巴中市人民政府办公室
关于印发巴中市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则的通知

各县（区）人民政府，巴中经开区、文旅新区管委会，市政府各部门、直属事业单位，有关单位：

《巴中市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则》已经市政府同意，现印发给你们，请遵照执行。

巴中市人民政府办公室

2022 年 11 月 3 日

巴中市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步健全统筹共济、责任共担的职工基本医疗保险（以下简称职工医保）制度，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保职工医疗费用负担，根据《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号）、《四川省人民政府办公厅关于印发四川省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法的通知》（川办发〔2021〕85号）等文件要求，结合实际，制定本实施细则。

第二条 坚持保障基本，既尽力而为、又量力而行；坚持公平适度、统筹共济，保障能力与经济社会发展水平相适应；坚持权利义务对等，确保制度更公平、基金更可持续。

第三条 职工医保门诊共济保障方式包括普通门诊费用统筹保障（以下简称“门诊统筹”），高血压、糖尿病（以下简称“两病”）门诊用药保障，门诊慢性病、特殊疾病保障（以下简称门诊慢特病保障）。

第四条 本实施细则适用于参加本市职工医保的人员（含退休人员及灵活就业人员）。

第二章 个人账户管理

第五条 在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人参保缴费基数的2%。单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

退休人员（享受医疗保险退休待遇的参保人员）个人账户由统筹基金按定额划入，机关事业单位、企业（灵活就业人员）退休人员个人账户划入基数分别为本市2022年度机关事业单位、企业基本养老金平均水平，划入比例为2.8%。

第六条 参保人员达到法定退休年龄且达到本市规定的基本医疗保险最低缴费年限的，从办理退休手续次月起按退休人员政策计入个人账户。

参保人员达到法定退休年龄时未达到我市规定的基本医疗保险最低缴费年限，选择继续按月缴纳基本医疗保险费的，按在职人员政策计入个人账户；选择一次性补缴不足年限基本医疗保险费的，按退休人员政策计入个人账户。

第七条 个人账户的本金和利息归参保人员个人所有，用于支付本人及其配偶、夫妻双方父母、子女的下列费用：

（一）在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用；

（二）在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用；

（三）参加基本医疗保险、补充医疗保险等与医疗保障相关的社会保险个人缴费。

第八条 符合下列情形之一的，个人账户资金可一次性支付给本人或法定继承人：

（一）参保人员自愿终止职工基本医疗保险关系的；

（二）参保人员死亡的。

第九条 个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

第三章 门诊共济保障待遇

第十条 参加职工医保并在待遇享受期内的人员，按规定享受职工医保普通门诊费用统筹保障待遇，费用由统筹基金保障。

第十一条 职工门诊统筹支付范围按照职工基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围和四川省医用耗材、民族药、中药饮片、医院制剂以及医疗服务价格等相关政策执行。

第十二条 门诊统筹不予支付的范围：

（一）应从工伤保险基金中支付的；

（二）应由第三人负担的；

（三）应由公共卫生负担的；

（四）在境外就医的；

（五）体育健身、养生保健消费、健康体检；

（六）法律法规及政策规定的其他情形。

第十三条 职工门诊统筹待遇标准按下列规定执行。

参保人员在门诊统筹定点医药机构发生的政策范围内普通门诊医药费用，年度起付线以上、最高支付限额以内的部分按比例报销。一个自然年度内累计计算起付线和最高支付限额。

（一）起付标准：在职职工起付线 200 元/年，退休人员（享受医疗保险退休待遇的参保人员）起付线 150 元/年。

（二）报销比例：三级定点医疗机构和定点零售药店 50%，二级及以下定点医疗机构 60%。退休人员（享受医疗保险退休待遇的参保人员）在上述相应支付比例基础上提高 10%。

（三）支付限额：在职职工支付限额为 800 元，退休人员支付限额为 1000 元。

第十四条 参加职工补充医疗保险（包括公务员医疗补助、职工大额医疗费用补助）的，在门诊统筹定点医药机构发生的政策

范围内普通门诊医药费用，经基本医疗保险门诊统筹报销后的剩余费用，纳入补充医疗保险支付范围。

（一）公务员医疗补助门诊支付标准：按 60%报销，一个自然年度内最高支付限额 700 元。

（二）职工大额医疗费用补助门诊支付标准：按 70%报销，一个自然年度内最高支付限额 600 元。

第十五条 采取药物治疗的“两病”患者，纳入“两病”门诊用药保障范围，其认定标准、用药范围、保障水平、管理服务等按城乡居民“两病”用药保障的相关规定执行。

参保人员在定点医疗机构门诊发生的“两病”政策范围内药品费用，不设起付线，统筹基金按 50%支付，年度最高支付限额高血压 200 元、糖尿病 300 元，患有两种疾病的，同时享受、分别计算。

第十六条 门诊慢特病保障待遇按照有关规定执行。“两病”患者符合门诊慢特病标准的，纳入门诊慢特病管理范围，执行门诊慢特病政策。门诊共济保障待遇不重复享受。

第四章 经办服务

第十七条 参保人员在门诊统筹定点医药机构门诊就医、购药的，凭本人医保凭证在定点医药机构直接结算。应由个人负担的

费用由个人与定点医药机构结算，应由统筹基金等支付的由经办机构与定点医药机构结算。

未直接结算的，由个人全额垫付，原则上应在次年 6 月底前凭身份证明或医保凭证复印件、医药费用发票原件、费用明细清单（盖章）等资料到参保地医保经办机构办理结算。

第十八条 拓展普通门诊统筹保障服务范围，医疗保障部门可将资质合规、管理规范、信誉良好、布局合理、进销存管理系统与医保系统对接且满足对所售药品实现电子追溯等条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入普通门诊统筹保障服务范围。

第十九条 医疗保障经办机构应加强定点医药机构服务协议管理，将优先使用医保集采药品、定点零售药店药品售价不高于在四川省药械集中采购及医药价格监管平台上同产品的挂网价格等要求纳入协议管理内容，强化协议条款及指标约束作用，健全医疗服务监控、分析和考核体系，引导定点医药机构规范提供诊疗和用药保障服务。

第二十条 纳入普通门诊统筹保障服务范围的定点零售药店应将医药费用信息及时上传医保信息系统，并按照服务协议约定将流转处方、药品进销存台账和财务核算账目定期向医疗保障经办机构报告。

第五章 监督管理

第二十一条 医疗保障部门应当加强对纳入医保基金支付范围的医疗服务行为、门诊医疗费用、药品及医用耗材进销存等的监督和管理，强化医保大数据智能监控，规范医疗保障经办业务，严厉打击欺诈骗保违法违规行为。

第二十二条 医疗保障经办机构应当建立健全内控制度、完善岗位责任及风险防控机制。加强内部稽核工作，按照职责分工和相关财务制度规定进行会计核算和编制基金预、决算报表及分析，确保基金安全。

第二十三条 卫生健康部门应加强医疗服务行为的监督管理，督促定点医疗机构完善门诊就医管理机制，优化门诊就医流程，推广多学科诊疗服务模式，优化预约诊疗，加强处方监管，规范诊疗行为，配合医疗保障部门开展门诊处方流转工作，为参保人员提供优质高效的门诊服务。

第二十四条 医保、公安、财政、卫健、市场监督管理等部门要切实发挥多部门协同监管作用，建立健全打击欺诈骗保联席会议制度，按照职能职责及时依法依规处理，确保医保基金安全高效、合理使用。

第六章 附 则

第二十五条 市医保局、市财政局可根据国省部署、经济社会发展水平、医保基金支付能力、医疗技术发展等情况，对门诊共济保障和个人账户相关政策适时进行调整。

第二十六条 本实施细则自 2023 年 1 月 1 日起施行，有效期 5 年。此前规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。