

**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

各市(州)、县(市、区)人民政府,省政府各部门、各直属机构,有关单位:

《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》已经省政府同意,现印发给你们,请结合实际认真贯彻执行。

一、积极稳妥推进。建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制是深化医疗保障制度改革的重要内容,涉及广大参保人员切身利益,政策性和技术性强。各级人民政府要统筹安排,科学决策,确保在2022年10月底前出台实施细则,2023年1月开始施

行。各统筹地区要结合实际细化政策措施,妥善处理改革前后的政策衔接,确保参保人员待遇平稳过渡。各统筹地区实施细则公布后15日内向省医保局备案。省医保局、财政厅要会同有关部门(单位)加强对各地的工作指导。

二、强化工作协同。建立医保、财政、卫生健康、药品监管等部门协同联动监管服务机制,加强对医疗机构的监管考核,促进定点医疗机构规范诊疗行为。建立人力资源社会保障、医保部门数据共享交换机制,及时共享统筹地区不同制度的退休人员基本养老金平均水平等相关数据。做好门诊费用与住院费用支付政策的衔接,稳步提高门诊保障待遇水平。

三、注重宣传引导。创新宣传方式,丰富宣传手段,广泛开展宣传,准确解读政策。把握正确的舆论导向,充分宣传建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制对减轻参保人员医疗费用负担、促进制度更加公平更可持续的重要作用,大力宣传医疗保险共建共享、互助共济的重要意义。建立舆情监测和处置机制,积极主动回应社会关切,营造良好舆论氛围。

四川省人民政府办公厅

2021年12月28日

# 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

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步健全互助共济、责任共担的职工基本医疗保险(以下简称职工医保)制度,更好解决职工医保参保人员门诊待遇保障问题,切实减轻其医疗费用负担,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),制定本实施办法。

**第二条** 按照既尽力而为、又量力而行原则,坚持人人尽责、人人享有,完善制度、引导预期,加快医疗保障重点领域和关键环节改革,将门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围,改革职工医保个人账户,建立健全门诊共济保障机制,提高医保基金使用效率,逐步减轻参保人员医疗费用负担,实现制度更加公平更可持续。

**第三条** 本办法适用于参加我省职工医保的人员(含退休人员及灵活就业人员)。

## 第二章 完善个人账户

**第四条** 改进职工医保参保人员个人账户计入办法,单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

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%。

退休人员个人账户原则上由统筹基金按定额划入,划入额度按照基本医疗保险统筹地区(以下简称统筹地区)制定实施改革政策当年基本养老金平均水平的 2% 左右确定。

参加职工医保单建统筹的参保人员不建立个人账户。

**第五条** 个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构和定点零售药店发生的政策范围内自付费用。

个人账户可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用,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,参加城乡居民基本医疗保险、补充医疗保险、重特大疾病保险、长期护理保险等由政府开展的与医疗保障相关的社会保险的个人缴费。

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。各统筹地区要健全完善个人账户使用管理办法,做好收支信息统计。

### **第三章 强化门诊共济保障**

**第六条** 调整职工医保统筹基金和个人账户结构后,增加的统筹基金主要用于增强门诊共济保障,将参保人员在定点医疗机构、符合条件的定点零售药店发生的政策范围内普通门诊费用、购药费用(以下简称医药费)纳入职工医保统筹基金支付范围,提高

参保人员门诊保障水平。

**第七条** 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。

参加统账结合和单建统筹缴费费率与统账结合单位缴费费率一致的人员,按年度设起付线,一个自然年度内,在职职工起付线200元、退休人员150元;支付比例为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%,退休人员在上述相应支付比例基础上提高5%至10%;年度支付限额由各统筹地区依据基金运行情况确定,退休人员年度支付限额可适当增加。

单建统筹缴费费率低于统账结合单位缴费费率的人员,普通门诊费用统筹保障待遇由各统筹地区结合本地实际自行确定。

**第八条** 参加职工医保并采取药物治疗的高血压、糖尿病(以下简称“两病”)患者,其认定标准、用药范围、保障水平、管理服务与城乡居民“两病”门诊用药保障保持一致。

“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,不得重复享受待遇。

**第九条** 各统筹地区可根据医保基金承受能力,逐步扩大由统筹基金支付的门诊慢特病病种范围,将部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病门诊费用纳入门诊慢特病保障范围。对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗,可参照住院待遇进行管理。逐步探索统一全省门诊慢特病病种名称、认定标准、支付范围、保障水平等内容。

**第十条** 门诊共济保障方式主要包括普通门诊费用统筹保障、“两病”门诊用药保障、门诊慢特病保障等。对政策范围内个人自付的医药费用,可纳入补充医疗保险(包括职工大额医疗费用补助或公务员医疗补助等)支付范围,按各统筹地区相应规定执行。

## 第四章 管理与监督

**第十一条** 建立完善与门诊共济保障相适应的监督管理机制,完善管理服务措施,创新制度运行机制,引导参保人员合理利用医疗资源,确保医保基金平稳运行,充分发挥保障功能。严格执行医保基金预算管理制度,加强基金稽核制度和内控制度建设。

**第十二条** 建立健全医保基金安全防控机制,严格贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》,全面加强对定点医药机构医疗服务行为、药品及医用耗材进销存等的监督和管理,实现医保基金全领域、全流程、全方位监管。

纳入门诊共济保障服务范围的定点零售药店应当定期向医保经办机构报告流转处方、药品进销存台账和财务核算账目,以实现基金监管向“管服务、管技术、管价格”转变。

加强门诊医疗费用医保大数据智能监控,严厉打击过度诊疗、不合理用药、个人账户套现等欺诈骗保违法违规行,确保基金安全高效、合理使用。

**第十三条** 建立个人账户全流程动态管理机制,进一步完善

个人账户管理办法,严格执行基金收支预算管理,加强对个人账户使用、结算、支付等环节的审核,实现对个人账户全流程动态管理,确保基金平稳运行。建立健全基金管理内控制度,完善经办和稽核、会计和出纳等不相容岗位相互制约机制,防范化解内部监管风险。

**第十四条** 拓展普通门诊统筹保障服务范围,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,支持外配处方在定点零售药店结算和配药,充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。

**第十五条** 强化定点医药机构协议管理,将优先使用医保目录药品(诊疗项目)、控制自费比例、严禁诱导院外购药、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,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。

将使用医保基金情况纳入医保信用管理,发挥基金监管的激励和约束作用。

完善全省统一的医疗保障信息平台功能,积极推进门诊费用异地就医直接结算。

推动基层医疗服务体系建设,完善分级诊疗和家庭医生签约

服务,规范长期处方管理,引导参保人员在基层就医首诊。结合完善门诊慢特病管理措施,规范基层医疗机构诊疗及转诊等行为。

**第十六条** 完善与门诊共济保障相适应的付费机制,加强门诊医药费用数据采集和分析应用。对基层医疗服务可按人头付费,积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合;对日间手术及符合条件的门诊特殊病种,推行按病种付费。有条件的统筹地区可结合按疾病诊断相关分组付费和按病种分值付费等工作实际,探索门诊统筹支付方式改革;对不宜打包付费的门诊费用,可按项目付费。科学合理确定医保药品支付标准,引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。

## 第五章 附 则

**第十七条** 省医保局、财政厅可根据国家部署、医保基金支付能力、医学技术发展等情况,对门诊共济保障和个人账户相关政策适时进行调整。

**第十八条** 本办法由省医保局负责解释。

**第十九条** 本办法自 2022 年 2 月 1 日起施行,有效期 5 年。此前规定与本实施办法不一致的,以本实施办法为准。