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

保政办规〔2022〕1号

各县（市、区）人民政府，各园区管委会，市直各委、办、局：

《保山市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。

保山市人民政府办公室

2022年12月14日

（此件公开发布）

保山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 为贯彻落实建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制，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）、《云南省人民政府办公厅关于印发云南省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法（暂行）的通知》(云政办规〔2021〕1号)精神和相关政策规定，结合保山市实际，制定本实施细则。

第二条 本实施细则以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持“保障基本、统筹共济，平稳过渡、政策连续，协同联动、因地制宜”的基本原则，将门诊费用纳入保山市职工医保统筹基金支付范围，改革保山市职工医保个人账户，提高医保基金使用效率，减轻参保人员医疗费用负担。

第三条 本实施细则所指的职工医保门诊共济保障是指通过改革职工个人账户，统筹职工基本医疗保险基金，实施职工基本

医疗保险门诊互助共济、统筹报销，提高职工基本医疗保险基金使用效率和参保人的门诊待遇水平。

职工医保门诊共济保障包括职工医保普通门诊（含门诊检查）、门诊慢性病、门诊特殊病、门诊急诊抢救、国家医保谈判药品门诊保障、日间手术等。

第四条 本实施细则适用于保山市职工医保参保人员（含灵活就业参保人员，以下简称参保人员）。

第五条 市医保局负责牵头制定保山市职工医保门诊共济保障实施细则，市、县两级各有关部门结合自身工作职责，共同做好基金管理、医疗卫生行政管理、市场监督规范、打击欺诈骗保等各项工作。市、县两级医保经办机构负责保山市职工医保门诊共济保障工作的具体组织实施。

第二章 基金管理

第六条 保山市职工医保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。调整统筹基金和个人账户结构后，增加的统筹基金主要用于门诊共济保障，提高参保人员门诊待遇。

职工大额医疗费用补助、国家公务员医疗补助标准按照现行政策规定执行。

第七条 保山市职工医保缴费费率调整为9.7%，灵活就业参保人员选择统账结合参保的缴费费率调整为8.5%，选择单建统筹参保的缴费费率调整为6.5%。

第八条 市医保局会同市财政局进一步规范健全医保基金管理制度。医保经办机构负责医保基金预算管理、门诊医疗费用的审核和结算，完善工作流程，做好收支信息统计。

第三章 门诊保障

第九条 参保人员在定点医疗机构普通门诊就诊，产生符合医保规定的政策范围内医疗费用（以下简称政策范围内费用），纳入普通门诊保障。

在一个自然年度内，参保人员每次普通门诊就诊结算，政策范围内费用统筹基金起付标准：一级及以下定点医疗机构30元（含村卫生室、社区卫生服务站等，下同），二级定点医疗机构60元，三级定点医疗机构90元。70周岁以上(含70周岁)参保人员起付线按现行政策减半支付。

在职参保人员普通门诊政策范围内费用统筹基金支付比例：一级及以下定点医疗机构 60%，二级定点医疗机构 55%，三级定点医疗机构 50%。退休参保人员支付比例在此基础上提高 5%。

普通门诊费用统筹基金年度最高支付限额为 5000 元，与年度住院最高支付限额分别计算。超过 5000 元的普通门诊政策范围内费用，按照就诊医疗机构职工医保住院统筹基金支付比例报销，与年度住院最高支付限额合并计算。

第十条 职工门诊慢性病年度起付标准 500 元，统筹支付比例 80%。患有一种门诊慢性病的，年度支付限额 3000 元，患 2 种以上门诊慢性病的年度最高支付限额为 4000 元。门诊慢性病年度支付限额不与住院合并计算，门诊慢性病医疗费用不进入大病报销。

第十一条 职工门诊特殊病年度起付标准 500 元（职工患严重精神障碍的门诊治疗不设年度起付线），统筹支付比例 90%，年度支付限额与住院合并计算。

第十二条 参保人员同时患有门诊慢性病和门诊特殊病的，根据其就诊诊断，分别按照按门诊慢性病、特殊病政策享受待遇，其起付标准、统筹基金支付限额均分别计算。与门诊慢性病、特

殊病治疗相关的药品、诊疗项目和医用耗材，纳入门诊慢性病、特殊病支付范围。

70周岁以上(含70周岁)参保人员门诊慢性病、特殊病起付线按现行政策减半支付。

第十三条 在门诊发生符合卫生健康部门规定的急诊抢救（含院前急诊抢救），政策范围内费用统筹基金起付标准、支付比例执行救治医疗机构级别（一级及以下按一级执行）住院起付标准、支付比例，统筹基金年度最高支付限额与住院年度最高支付限额合并计算。

第十四条 在一个自然年度内，参保人员因患病使用符合条件的协议期内国家谈判药品，先以该谈判药品价格为标准先行自付10%的费用后，再按三级医疗机构住院起付线标准支付金额。每种谈判药品每年须支付一次且只支付一次起付标准（即起付线）金额，并与住院起付线分别计算。70周岁以上(含70周岁)参保人员起付线按现行政策减半支付。

在二级及以上定点医疗机构就诊扣除先行自付费用后超过起付标准以上政策范围内费用，按照就诊医疗机构住院报销比例执行。

统筹基金支付限额与住院年度最高支付限额合并计算，执行住院最高支付限额标准。

第十五条 日间手术统筹基金起付标准按照就诊定点医疗机构住院起付标准减半执行，与住院起付标准分别计算；统筹基金支付比例按照就诊定点医疗机构住院支付比例执行；统筹基金年度最高支付限额与住院年度最高支付限额合并计算。

日间手术费用包含患者入院 48 小时内按规范化诊疗达到临床疗效出院发生的全部医疗费用，按住院待遇进行结算。超过 48 小时的退出日间手术转入住院，其费用纳入住院费并按一次住院进行结算。日间手术按项目付费，医疗机构开展的不属于基本医疗保险支付范围内的日间手术，医保不予支付。

第四章 个人账户

第十六条 在职参保人员个人缴纳的基本医疗保险费，全部计入本人的个人账户，计入标准为本人参保缴费基数的 2%。

第十七条 退休参保人员个人账户继续由统筹基金按定额划入，划入额度逐步调整到统筹地区实施改革当年基本养老金平均水平的 2%。

第十八条 个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构或者定点零售药店发生的政策范围内自付费用。可用于支付:

（一）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，以及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。

（二）参保人员的配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

（三）参保人员及其配偶、父母、子女参加职工大额医疗费用补助、长期护理保险及购买商业健康保险等的个人缴费。

配偶、父母、子女范围按《中华人民共和国民法典》等法律规定执行。配偶、父母、子女范围原则上限于本省参保人员。

第十九条 个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身、养生保健消费和健康体检等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

第二十条 个人账户余额可以结转使用和继承。职工医保关系转移时，因转入地无个人账户等特殊原因，个人账户余额无法转移接续的，可申请一次性清退。

第五章 经办服务

第二十一条 各级定点医药机构、医保经办机构应做好保障工作。参保人员凭本人医保凭证（含社会保障卡、医保电子凭证等，下同）在各级定点医药机构门诊就诊和配药，在定点医药机构从个人账户中划扣，个人账户不够支付的，由就诊购药人自付。特殊原因不能现场即时结算的，凭其医保凭证、就诊处方、医疗费用发票等资料到参保地医保经办机构办理结算。

第二十二条 参保人员门诊就医或者购药时所发生的政策范围内费用，凭本人医保凭证按照下列规定办理：

（一）属于统筹基金支付的，定点医药机构实时上传费用信息并即时结算。

（二）属于个人账户支付的，定点医药机构实时上传费用信息并从个人账户中划扣；个人账户不够支付的，由参保人员自付。

第二十三条 市、县两级医保部门要根据职工医保门诊共济制度，进一步健全医保定点机构服务协议管理，完善医保考核体系，在确保医保基金安全平稳运行的基础上，落实好参保人员门诊共济待遇享受。

市、县两级卫生健康部门要结合职工医保门诊共济实施的实际，调整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。

市、县两级市场监管部门要结合职工医保门诊共济实施的实际，进一步加强零售药店管理，规范零售药店药品经营行为，配合开展门诊处方流转工作，维护参保人员购药合法权益。

第二十四条 协同推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长期处方管理，引导参保人员在基层就医首诊；参保人员符合法律、法规规定在门诊施行计划生育手术的按生育保险相关规定享受待遇，不重复报销；落实集采药品结余资金留用政策，鼓励医疗机构优先使用集采药品耗材，降低医疗费用，减轻参保人自付费用负担。

第六章 异地就医结算

第二十五条 贯彻落实职工医保门诊共济保障异地就医直接结算。退休异地安置人员、长期驻外工作人员及按规定转诊异地就医的参保人员，可以在备案后到统筹地区外的异地定点医疗机构就医，门诊共济保障费用实行联网结算。就医时未能联网结算的，参保人员凭其医保凭证、医疗费用发票、病历等材料到参保

地医保经办机构办理结算；且当年产生的门诊医疗费用最迟须于次年 3 月 31 日前申报办理报销手续，逾期申报的，参保地医保经办机构原则上不予报销。

第二十六条 市级医保经办机构要结合职工医保门诊共济实施，健全完善对异地门诊就医、个人账户使用等的经办服务管理机制。

第七章 保障政策

第二十七条 保持现行门诊保障政策连续稳定。现行的门诊慢性病、门诊特殊病、门诊急诊抢救、日间手术等保障政策仍然延续，待遇水平不降低，保障参保人员门诊医疗服务需求。

第二十八条 符合规定的“互联网+”门诊医疗费用按互联网医院依托的实体定点医疗机构级别进行结算报销。

第二十九条 参保人员凭定点医疗机构（定点“互联网”医疗机构）外购处方在“双通道”药店购买“双通道”药品，执行与开具处方医疗机构就医相同的医保待遇政策，门诊期间在“双通道”药店购买的“双通道”药品，按照国家谈判药品门诊待遇保障政策执行。

第八章 监督管理

第三十条 各定点医药机构应当遵守基本医疗保险和医疗卫生各项法律法规及政策规定，坚持“因病施治、合理检查、合理用药”的原则，引导参保人员合理就医、购药，严禁虚构医疗服务、伪造医疗文书或票据，虚记多记药品、耗材、诊疗项目、医疗服务设施费用、夸大病情或疗效等欺骗、诱使、强迫参保人员接受诊疗和消费等违法违规行为。

第三十一条 市、县两级医疗保障部门要结合职工医保门诊共济实施，健全完善医保基金安全防控机制，严厉打击欺诈骗保行为。进一步加强基金稽核制度和内控制度建设，强化对医疗行为和医疗费用的监管，严肃查处各类涉及医保基金的违法违规行为，进一步加大对定点医药机构门诊支出的监管力度，确保医保基金安全高效、合理使用。

第三十二条 市、县两级相关部门要充分发挥多部门联动作用，贯彻落实好保山市打击欺诈骗保联席会议制度，在监管中发现的问题，按规定移交有关部门按照相关法律法规及时处理。

第九章 法律责任

第三十三条 各级医疗保障行政部门、医疗保险经办机构、定点医药机构及其工作人员、参保人员违反本实施细则规定的，依照《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等相关规定处理。

第十章 附 则

第三十四条 保山市职工医保门诊共济保障机制与企业补充医疗保险、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助和中华人民共和国成立初期参加革命工作部分退休干部医疗补助等待遇政策互相衔接，参保人员门诊就诊后产生的医药费用，经医保报销后的个人负担部分，符合相关政策规定的继续按相应政策予以保障，保持待遇保障水平总体稳定。

第三十五条 保山市职工医保门诊共济保障实施坚持稳妥推进、待遇稳定、适时调整的原则，今后根据保山市经济社会发展实际，由市医保局会同市财政局等部门适时研究调整。

第三十六条 本实施细则由市医保局负责解释。

第三十七条 本实施细则自 2023 年 1 月 1 日起施行。