

玉溪市人民政府关于
印发玉溪市职工基本医疗保险
门诊共济保障实施细则（暂行）的通知
玉政规〔2022〕1号

各县（市、区）人民政府，市直各委、办、局，各人民团体和企事业单位，中央、省驻玉单位：

现将《玉溪市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则（暂行）》印发给你们，请认真贯彻执行。

2022年10月7日

（此件公开发布）

玉溪市职工基本医疗保险门诊共济保障 实施细则（暂行）

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”）门诊保障制度，切实减轻职工门诊医疗费用负担，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）、《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，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 本实施细则适用于玉溪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”）。

第三条 职工医保门诊共济保障坚持保障基本，实行统筹共济，切实维护参保人员权益；坚持平稳过渡，保持政策连续性，确保改革前后待遇顺畅衔接；坚持协同联动，完善门诊保障机制

和改进个人账户制度同步推进。

第四条 本实施细则所指的职工医保门诊共济保障，包括职工医保普通门诊、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。

第五条 各县（市、区）人民政府应当切实加强组织领导，建立协调机制，落实职工医保门诊共济保障机制改革。

市、县（市、区）医保部门负责本行政区域内职工医保门诊共济保障工作的组织实施。

市、县（市、区）有关部门结合自身工作职责，共同开展好基金管理、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。

第二章 基金管理

第六条 参保单位缴纳的基本医疗保险费（含灵活就业人员缴纳的单位部分）全部计入统筹基金。在职职工个人缴纳的基本医疗保险费计入个人账户。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。

第七条 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。医保经办机构应当加强医保基金预算管理，完善工作流程，做好收支信息统计。

第三章 门诊保障

第八条 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（下同），参保人员每次普通门诊就诊，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（含村卫生室、社区卫生服务站等，下同）30元，二级定点医疗机构60元，三级定点医疗机构90元。

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%。退休人员的支付比例高于在职职工5个百分点。

参保人员在非定点医疗机构就诊发生的医疗费用，医保基金不予支付。

第九条 普通门诊政策范围内费用统筹基金年度最高支付限额为6000元，与年度住院最高支付限额分别计算。超过6000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 职工医保门诊慢性病政策范围内费用统筹基金起付标准为300元，与住院起付标准分别计算；统筹基金支付比例

为 80%；单个病种统筹基金支付限额为 3000 元，每增加一个病种增加 1000 元，统筹基金年度最高支付限额为 5000 元，与住院年度最高支付限额分别计算。

第十一条 职工医保门诊特殊病政策范围内费用，统筹基金年度起付标准 800 元，与住院起付标准分别计算；在二级及以上定点医疗机构就诊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（其中，慢性肾功能衰竭和重性精神病门诊特殊病费用不设起付标准，政策范围内报销比例为 90%），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。

第十二条 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。

第十三条 参保人员使用符合条件的协议期内国家医保谈判药品，扣除先行自付费用后的政策范围内费用，统筹基金起付标准按照 800 元执行，每种谈判药每年只支付一次统筹基金起付标准，与住院起付标准分别计算；统筹基金支付比例按照就诊或者开具处方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。

第十四条 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。

第四章 个人账户管理

第十五条 在职职工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%，用人单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

退休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%。

第十六条 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。可以用于支付：

（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具有国家医保标准编码的药品、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。

（四）其他符合国家、省规定的费用。

配偶、父母、子女范围按照《中华人民共和国民法典》等法律规定执行。配偶、父母、子女范围仅限在云南省参保人员。

第十七条 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。

第十八条 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 费用结算

第十九条 参保人员自行通过全省统一的“智慧医保”信息系统网上经办平台，将符合条件的配偶、父母、子女添加进个人账户支付人员名单，添加进个人账户支付人员名单的人员就诊时，可以使用参保人员医保凭证（含社会保障卡、医保电子凭证等，下同）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。

第二十条 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。

第二十一条 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。

第二十二条 符合规定的“互联网+”门诊医疗费用按照互联网医院依托的实体定点医疗机构级别进行结算报销。

第二十三条 建立健全药品“双通道”保障机制，参保人员持外配处方在“双通道”定点零售药店配药，产生的政策范围内费用按照开具处方的定点医疗机构级别进行结算报销。

第二十四条 市医保局应当结合医保基金收支实际，在确保有关待遇正常享受的基础上，围绕门诊共济政策与住院待遇科学衔接，健全完善门诊共济结算办法。

第六章 管理监督

第二十五条 完善管理服务措施，引导医疗资源合理利用。通过协同推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长期处方管理等，引导参保人员在基层首诊。结合完善门诊慢特病管理措施，规范基层定点医疗机构诊疗及转诊等行为。

第二十六条 市医保局应当结合门诊共济实施，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，进一步加强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。

第二十七条 为确保医保基金安全，切实发挥多部门联动作用，贯彻落实好我市打击欺诈骗取医保基金工作联席会议制度，联席会议成员单位在监管中发现的问题，应当及时进行处理。对不属于本单位职能职责的问题，应当及时移交有关单位依法进行处理。

第二十八条 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。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。

第七章 附则

第二十九条 职工医保门诊共济保障与职工医疗互助、公务员医疗补助等政策互相衔接，保持待遇保障水平总体稳定。

第三十条 职工医保门诊共济保障机制在一定时期内保持稳定，今后根据我市社会经济发展实际，由市医保局会同市财政局在省级政策规定范围内研究调整。

第三十一条 本实施细则自 2023 年 1 月 1 日起实施，我市原有关规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。