

云南省医疗保障局
云南省财政厅
云南省卫生健康委员会
云南省总工会
国家税务总局云南省税务局
云南银保监局

文件

云医保〔2022〕34号

云南省医疗保障局 云南省财政厅
云南省卫生健康委员会 云南省总工会
国家税务总局云南省税务局 云南银保监局
关于印发云南省省本级职工基本医疗保险
门诊共济保障实施细则的通知

各省本级参保单位，定点医药机构：

现将《云南省省本级职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则》印发给你们，请认真贯彻执行。



云南省医疗保障局



云南省财政厅



云南省卫生健康委



云南省总工会



国家税务总局云南省税务局



云南银保监局

2022年3月29日

(此件公开发布)

云南省省本级职工基本医疗保险 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，结合省本级工作实际，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，将门诊费用纳入省本级职工医保统筹基金支付范围，改革省本级职工医保个人账户，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担。

第三条 本实施细则所指的省本级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）以及门诊慢性病、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 本实施细则适用于省本级职工医保全体参保人员。

第五条 省医疗保障局负责省本级职工医保门诊共济保障的政策制定。省医疗保险基金管理中心（以下简称省医保中心）负责省本级职工医保门诊共济保障工作的组织实施。

第二章 门诊保障

第六条 省本级职工医保参保人员在定点医疗机构门诊就诊，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），包括：药品、检查、治疗、诊断、检验、手术、护理、医用耗材等费用，纳入门诊保障。

第七条 在一个自然年度内（下同），参保人员普通门诊就诊每次结算，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（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。

在职职工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。

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，与住院年度最高支付限额分别计算。超过6000元最高支付限额的普通门诊政策范围内费用，按照就诊定点医疗机构省本级（下同）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。

第八条 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 2000 元，每增加一个病种增加 1000 元，统筹基金年度最高支付限额上限为 5000 元，与住院年度最高支付限额分别计算。

第九条 职工医保门诊特殊病政策范围内费用，统筹基金起付标准为 880 元，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。

第十条 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。

第十一条 符合条件的协议期内国家医保谈判药品，在二级及以上定点医疗机构门诊按诊疗规范（指南）就诊或开具门诊处方的费用，扣除先行自付 10%政策范围内费用后，统筹基金起付标准为 880 元，每种谈判药每年支付一次起付标准，与住院起付标准分别计算；统筹基金支付比例执行就诊或者开具处方定点医疗机构住院支付比例；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。在普通门诊、门诊慢性病、门诊特殊病、门诊急诊抢救、日间手术等其他门诊共济保障中使用的国家

医保谈判药品，按照相应门诊共济保障政策所规定的起付标准执行。

第十二条 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；统筹基金支付比例执行就诊定点医疗机构住院支付比例；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。

第三章 个人账户管理

第十三条 在职职工个人缴纳的基本医疗保险费，全部计入个人账户，计入标准为本人参保缴费基数 2% 。单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

第十四条 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% 。

第十五条 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（授权人）及其配偶、父母、子女（使用人）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) 配偶、父母、子女的范围按《中华人民共和国民法典》等法律规定执行。

第十六条 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。

第十七条 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。

第四章 经办服务与系统建设

第十八条 个人账户用于第十四条的支付前，需先进行个人账户共济的绑定。参保人员可通过“云南医保”微信小程序或到云南省医疗保障局服务大厅（环城南路439号）自愿为其配偶、父母、子女进行个人账户共济绑定。绑定人员分授权人和使用人，授权人为个人账户共济绑定的申请人，使用人为授权人的配偶、父母、子女，仅限于云南省内参保人员。具体绑定流程可在云南省医疗保障局官网或微信公众号查询。

个人账户共济使用时，优先使用本人个人账户，个人账户余额不足时，再使用个人账户共济授权人的个人账户余额。

第十九条 个人账户共济使用。参保人员及其配偶、父母、子女在定点医药机构就医或者配药时所发生的政策范围内费用，

使用医保凭证（含社会保障卡、医保电子凭证等，下同）按照下列规定办理：

（一）参保人员的配偶、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纳入国家医保信息系统，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，个人账户绑定后，凭使用人的医保凭证结算。

（二）授权人和使用人在同一统筹区，使用人在省本级两定医药机构所发生的费用由省医保中心与两定医药机构对账、结算；当授权人和使用人在不同统筹区，使用人在两定医药机构使用授权人个人账户所发生的费用，由两定医药机构与所属统筹区经办机构对账、结算后，由省异地费用结算中心负责清算。

第二十条 参保人员及其配偶、父母、子女参加个人城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、长期护理保险等的个人缴费以及购买商业健康保险，按照下列规定办理：

（一）参保人员本人缴纳职工大额医疗费用补助、长期护理保险费用时，参保人员可通过“云南医保”微信小程序或云南省医疗保障局服务大厅申请使用本人个人账户缴费。

（二）参保人员的配偶、父母、子女参加个人城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、长期护理保险等的个人缴费，参保人员可通过“云南医保”微信小程序或云南省医疗保障局服务大厅申请使用本人个人账户为其缴费。

(三) 省医保中心在接到参保人代缴申请后，经系统自动审核其账户余额满足缴纳金额，并封存其代缴保费金额，由医保经办机构每月10日前向同级财政部门报送资金划拨计划，由同级财政部门通过财政专户进行划拨，划拨完成后，医保部门通过信息共享平台实行省级“总对总”，将标识为“个人账户代缴”、缴费档次设置为“0”的信息实时推送至税务部门。各参保统筹地区医保部门将个人账户代缴人员、金额提供同级税务部门。授权人与使用人不在同一统筹区的，由省异地费用结算中心负责清算，授权人与使用人在同一统筹区的，由各统筹区自行清算。

(四) 参保人员以其配偶、父母、子女为被保险人，购买商业健康保险时，可使用本人个人账户向已与省医保中心签订医保服务协议的商业保险公司进行购买。所发生的个人账户费用由商业保险公司与省医保中心进行对账、结算。

第二十一条 商业健康保险相关产品条款按中国银行保险监督管理委员会相关规定经审批或备案后，由其所属商业保险公司与省医保中心签订医保服务协议。相关商业健康保险产品由省医保中心、省监评中心赋码后纳入省本级医保系统管理。

第二十二条 推进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直接结算。就医时未能联网结算的，凭其医保凭证、医疗费用发票、费用明细、病历等材料到省医保中心

手工报销。

涉及跨统筹区异地清算的个人账户资金由省异地费用结算中心按照“省级统一清分、按月全额拨付”的原则统一负责清算。清算的个人账户资金由医保经办机构向同级财政部门报送用款申请，同级财政部门通过财政专户，按月全额划拨清算的个人账户资金。

第五章 支付方式

第二十三条 普通门诊按项目付费。积极探索打包付费，对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，推行按疾病诊断相关分组付费。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。

第二十四条 符合规定的“互联网+”门诊医疗服务纳入保障范围，产生的政策范围内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。

第二十五条 逐步建立药品“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开具处方的定点医疗机构级别进行结算报销。

第六章 基金管理监督

第二十六条 省本级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。

在职工基本医疗保险基金会计科目“5401 其他支出”科目下设的个人账户基金下新增“门诊共济支出科目”，对于发生的门诊共济支出，计入该科目。

第二十七条 创新门诊就医服务管理办法，健全医疗服务监控、分析和考核体系，严格医保定点服务协议管理，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

第二十八条 加强基金稽核制度和内控制度建设，加强对个人账户使用、结算等环节的审核。强化对医疗行为和医疗费用的监管，严肃查处“挂床”住院、诱导住院等违法违规行为，严格控制将住院期间的检查等费用分解、转嫁由门诊统筹支付，确保基金安全高效、合理使用。建立医保基金安全防控机制，严厉打击欺诈骗保行为。落实就医地医保经办机构对异地门诊就医、个人账户使用等经办服务管理。

第七章 宣传引导

第二十九条 牢牢掌握意识形态工作的主动权、主导权、话语权，在中央驻滇媒体、省市级主流媒体，政府官网、微信公众号等新媒体平台广泛开展职工医保门诊共济保障政策宣传引导和解读回应，制作刊播公益广告，扩大社会各界知晓度，凝聚社会共识和改革合力，推动参保人员树立“无病时帮助他人，有病时

人人帮我”的医疗保障共建共享、互助共济理念，营造良好社会氛围。

第八章 附 则

第三十条 省本级参保人员企业补充医疗保险、公务员医疗补助、建国初期参加革命工作部分退休干部医疗补助等政策保持总体稳定，并与职工医保门诊共济保障机制相衔接。普通门诊费用，经基本医保报销后，个人负担部分符合规定的继续按相应政策予以保障。

第三十一条 省本级职工医保门诊共济保障机制在一定时期内保持稳定，今后根据社会经济发展，由省医疗保障局会同省财政厅研究调整。

第三十二条 本实施细则自 2022 年 4 月 1 日起施行，由省医疗保障局负责解释。

