

楚雄彝族自治州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 为建立健全楚雄州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，结合楚雄州实际，制定本实施细则。

第二条 职工基本医疗保险门诊共济保障实行州级统筹、分级管理。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，改革楚雄州职工医保个人账户，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，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 本实施细则适用于楚雄州职工基本医疗保险参保人员（含灵活就业人员）。

第五条 楚雄州医疗保障局负责牵头制定楚雄州职工医保门诊共济保障政策。

楚雄州打击欺诈骗保联席会议成员单位结合自身工作职责，共同开展好基金管理、医疗卫生行政管理、市场监管规范、打击欺诈骗保等各项工作。

楚雄州医保经办机构负责楚雄州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 楚雄州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。

第七条 楚雄州医疗保障局会同楚雄州财政局进一步规范健全医保基金管理制度。

楚雄州医保经办机构应当进一步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 个人账户管理

第八条 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的2%。

第九条 退休人员个人账户继续按现有比例划入。今后划

入比例视实际情况逐步调整到楚雄州当年基本养老金平均水平的2%。

第十条 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以下政策范围内自付费用，可用于支付：

（一）参保人员本人（授权人）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）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。

第十一条 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范围的支出。

第十二条 个人账户余额可结转使用和继承。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 门诊保障

第十三条 楚雄州职工医保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提高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。超过普通门诊年度最高支付限额的政策范围内费用，按照就诊定点医疗机构住院支付比例进行报销，与住院费用年度最高支付限额合并计算。

第十四条 在一个自然年度内，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，与住院和特殊病门诊起付标准分别计算；统筹基金支付比例为在职人员85%，退休人员90%；单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总额不超过5000元，与住院年度最高支付限额分别计算。

第十五条 门诊特殊病享受住院报销待遇，在一个自然年度内，特殊病门诊费用起付标准按照统筹区内三级定点医疗机构住院起付标准执行，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%）。统筹基金支付限额与年度住院最高支付限额合并计算。

第十六条 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。

第十七条 门诊发生符合卫生健康部门规定的72小时内急诊抢救（含院前急诊抢救），根据救治医疗机构级别（一级及以下按一级执行），政策范围内费用统筹基金起付标准、支付比例按照该级别定点医疗机构住院起付标准、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。参保人员门诊急诊抢救后即刻住院的，门诊急诊抢救起付标准与住院起付标准合并计算。

第十八条 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照诊疗规范（指南）就诊或者开具门诊处方的费用，扣除先行自付10%后的政策范围内费用，统筹基金起付标准按照统筹区内三级定点医疗机构住院起付标准执行，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。

第十九条 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。

第五章 经办服务

第二十条 参保人可通过登录国家医保服务平台APP、“云南医保”微信小程序等自愿为其配偶、父母、子女进行个人账户共济绑定。添加进个人账户支付人员名单的人员就诊时，可使用参保人医保凭证在定点医药机构实时划扣个人账户，个人账户不足的由就诊购药人自付。

第二十一条 参保人员门诊就医或者配药时所发生的政策范围内费用，凭本人医保凭证（含社会保障卡、医保电子凭证等，下同）按照下列规定办理：

（一）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。

第二十二条 卫生健康部门应当结合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，为参保群众提供优质高效的门诊服务。

第二十三条 市场监管部门应当结合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，配合卫生健康部门开展门诊处方流转工作，维护参保群众购药合法权益。

第二十四条 医保部门应当根据门诊共济制度，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，在确保基金安全平稳运行的基础上，落实好参保人门诊共济待遇享受。

第六章 异地就医结算

第二十五条 贯彻落实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，凭其医保凭证、医疗费用发票、病历等材料于次年3月31日前到参保地医保经办机构办理结算，资料不齐或者超期未申报的，原则上

不予受理。

第二十六条 州级医保经办机构应当结合门诊统筹实施，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。

第二十七条 参保人员门急诊抢救医疗费用结算不受定点医疗机构、异地就医备案等规定限制。

第七章 支付方式

第二十八条 医保部门应当结合医保基金收支实际，在确保相关待遇正常享受的基础上，既紧紧围绕门诊共济政策又与住院待遇科学衔接，拟定科学合理的门诊共济结算办法，同时不断完善现有住院结算办法。

第二十九条 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。

第三十条 探索建立药品“双通道”保障机制，参保人员持外配处方在定点零售药店配药时，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。

第八章 监督管理

第三十一条 建立健全医保基金安全防控机制。

（一）严格贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，加强对定点医药机构医疗行为和医疗费用的监管，实现医保基金全领域、全流程、全方位监管，严厉打击欺诈骗保行为。

（二）压实定点医药机构基金使用主体责任、卫生健康部门行业主管责任、医保部门基金监管责任，落实卫生健康、公安、市场监管、审计等有关部门协同监管责任，严肃查处定点医药机构、参保人、医保经办机构违法违规行为。

第三十二条 建立健全医疗服务监控、分析和考核体系。

（一）完善定点医药机构服务协议，贯彻落实协商谈判机制，严把入口关，将“技术好、服务优、价格低、布局合理”作为前置条件，严格评审评估标准，强化协议条款及指标约束作用。

（二）建立医疗服务监控预警提醒和分析考核制，常态化监测医药费用增长快、次均费用高、患者自费比例高、检查费用占比高、目录外项目使用多等异常指标，引导定点医疗机构规范诊疗服务。

（三）量化医保协议日常监管考核，将考核结果与医保费用年终清算、协议续签和终止等挂钩，激励定点医药机构加强自我管理，规范诊疗行为，发挥基金监管激励和约束作用。

第三十三条 为确保基金安全，切实发挥多部门联动作用，贯彻落实好楚雄州打击欺诈骗保联席会议制度，在监管中发现的问题，根据工作职能职责安排，按规定移交相关部门按照相关法律法规及时进行处理。

第九章 附 则

第三十四条 各相关部门应当结合自身职责，通过电视、报刊、官网、公众号等各类渠道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。

第三十五条 楚雄州职工医保门诊共济保障与公务员医疗补助、建国初期参加革命工作部分退休干部医疗补助、企业补充医疗保险等政策互相衔接，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，符合规定的继续按照相应政策予以保障，保持待遇保障水平总体稳定。

第三十六条 职工医保门诊共济保障机制在一定时期内保持稳定，今后根据经济社会发展及上级要求，由州医保局会同州财政局等部门研究调整。

第三十七条 本实施细则自2022年7月1日起施行。