



# 临沧市人民政府办公室关于印发临沧市 职工基本医疗保险门诊共济保障 实施细则（暂行）的通知

临政办规〔2022〕2号

各县、自治县、区人民政府，市直各、委、办、局：

《临沧市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则（暂行）》  
已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

2022年10月16日

（此件公开发布）



# 临沧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，结合临沧实际，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，遵循“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，进一步改革完善临沧市职工医保个人账户，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** 本实施细则适用于临沧市职工基本医疗保险全体

参保人员，包括在职职工、退休人员和灵活就业人员、新就业形态劳动者及其他参加职工基本医疗保险的人员。

**第五条** 临沧市医疗保障局负责临沧市职工医保门诊共济保障政策的制定。市、县（区）医保经办机构负责临沧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** 临沧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。

**第七条** 市、县（区）医保经办机构应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** 职工基本医疗保险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。



**第九条** 在一个自然年度内（下同），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（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%。退休人员支付比例较在职职工提高 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。超过普通门诊最高支付限额的政策范围内费用，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，且最高支付限额与住院年度最高支付限额（含职工大额医疗费用补助）合并计算。

**第十条** 职工基本医疗保险门诊慢性病政策范围内费用统筹基金起付标准为 300 元（年满 70 周岁以上减半），与住院起付标准分别计算；统筹基金支付比例为 80%；单一慢性病病种统筹基金支付限额为 2000 元，参保人员罹患多种慢性病的，每增加一个病种，统筹基金支付增加 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** 职工基本医疗保险门诊特殊病政策范围内费用，统筹基金起付标准按照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，一个自然年度内起付标准累加

计算（年满 70 周岁以上减半）；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，最高支付限额与住院年度最高支付限额（含职工大额医疗费用补助）合并计算。在门诊特殊病中慢性肾功能衰竭和重性精神病（精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神障碍、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍）不设起付标准，统筹基金支付比例为 90%。

**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），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，统筹基金起付标准、年度最高支付限额与住院起付标准、年度最高支付限额（含职工大额医疗费用补助）合并计算。

**第十三条** 符合条件的协议期内国家医保谈判药品费用，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三级定点医疗机构住院起付标准执行，每种谈判药每年须支付一次且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（含职工大额医疗费用补助）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（含职工大额医疗费用补助）合并计算。

#### **第四章 个人账户管理**

**第十五条** 在职参保人员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%。

**第十六条** 退休人员按规定办理基本医疗保险在职转退休后，其单位和个人不再缴纳职工基本医疗保险费，划入个人账户比例继续按现行比例划入，今后视实际情况逐步调整到基本养老金平均水平的 2%。

**第十七条** 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（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。配偶、父母、子女的范围限于云南省内参保人员。

**第十八条** 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。

**第十九条** 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。

## 第五章 服务与监督

**第二十条** 参保人员自行通过医疗保障公共服务平台，将符合条件的配偶、父母、子女自愿为其进行个人账户共济绑定。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，个人账户不够支付的，由就诊购药人自付。

**第二十一条** 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。

**第二十二条** 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。

**第二十三条** 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,维护参保人员权益,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。

## **第六章 异地就医结算**

**第二十四条** 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。

**第二十五条** 市级医保经办机构应结合门诊共济实施，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。

**第二十六条** 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**

**第二十七条** 持续推进基本医疗保险付费总额控制，探索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。

**第二十八条** 逐步将符合规定的“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。

**第二十九条** 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。

## **第八章 组织实施**



**第三十条** 各县（区）人民政府要切实加强组织领导，建立协调机制，各部门要形成合力，落实职工医保门诊共济保障机制改革。

**第三十一条** 医保部门要根据门诊共济制度，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。

**第三十二条** 卫生健康部门要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，为参保人员提供优质高效的门诊服务。

**第三十三条** 市场监管部门要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，配合开展门诊处方流转工作，维护参保人员购药合法权益。

**第三十四条** 各有关部门要结合自身职责，利用主流媒体，政府官网、微信公众号等新媒体平台制作刊播公益广告，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，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。

## 第九章 附 则

**第三十五条** 临沧市职工基本医疗保险门诊共济保障机制与公务员医疗补助、建国初期参加革命工作部分退休干部医疗补助等待遇政策有效衔接，参保人员普通门诊费用，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，保持政策总体稳定。

**第三十六条** 临沧市职工医保门诊共济保障机制在一定时期内保持稳定，今后根据临沧市社会经济发展实际，由市医疗保障局会同市财政局在省级政策范围内研究调整。

**第三十七条** 本实施细则自 2023 年 1 月 1 日起施行，以往与本实施细则不符的，以本实施细则为准。以后国家和省级出台新的政策，按新政策规定执行。