

文山州职工基本医疗保险 门诊共济保障实施细则

政策解读

2022年12月2日，《文山州人民政府办公室关于印发文山州职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则的通知》（文政办规〔2022〕1号）（以下简称《实施细则》）印发执行，为使社会各界和广大群众掌握了解《实施细则》精神，现就《实施细则》相关政策进行解读。

医保



文山^{壮族}苗族自治州人民政府办公室文件

文政办规〔2022〕1号

文山州人民政府办公室 关于印发文山州职工基本医疗保险 门诊共济保障实施细则的通知

各县（市）人民政府，州直各委、办、局：

《文山州职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则》已经州人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。



（此件公开发布）

一、背景和依据

政策背景

1.职工基本医疗保险制度建立以来，无职工医保门诊保障，参保职工普通门诊就医无基本医疗保险待遇支付政策支持，不能统筹报销费用，制度不完善。

2.职工个人账户结余过大、保障功能不足、共济性不够、减轻医疗费用负担效果不明显的问题较为突出；个人账户管理和使用亟待规范统一，需要实现门诊保障和个人账户使用的有机统一。

3.党中央、国务院和省州党委、人民政府关于深化医疗保障制度改革文件明确要求要建立健全职工门诊共济保障机制，健全职工基本医疗保险制度。

政策依据

- 1.《中华人民共和国社会保险法》。
- 2.《云南省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法》。
- 3.《云南省医疗保障局云南省财政厅关于印发云南省医疗保障制度筹资及待遇政策（2021年版）的通知》（云医保〔2021〕110号）。
- 4.其他相关医保政策规定。



政策

二、目标和任务

目标

通过改革职工个人账户，统筹职工门诊基本医疗保险基金，实施职工基本医疗门诊互助共济、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。

任务

1. 统筹门诊资金，建立门诊共济保障，规范支付标准，保障职工门诊报销待遇。
2. 加强个人账户管理，规范个人账户资金使用
3. 加强信息系统建设，提升经办服务水平。
4. 强化基金监管，促进医保基金安全运行。

政策



三、基本原则和主要内容

基本原则

坚持保基本、稳政策、促联动的原则，实行统筹共济，完善门诊保障机制和改进个人账户制度同步进行、逐步转换，确保改革前后待遇顺畅衔接，切实维护参保人员权益。

主要内容

对标对表省《实施办法（暂行）》要求，制定了总则、门诊保障办法、个人账户管理、信息系统建设、经办服务、监督管理、法律责任、附则8个部分31条。



三、主要内容—对象、范围和个人账户

保障对象

我州参加职工医保的在职职工、退休人员和灵活就业人员、新就业形态劳动者等，全部纳入保障，实现全覆盖。

保障范围

普通门诊、门诊慢性病、门诊特殊病、门诊急诊抢救、协议期国家医保谈判药品门诊保障、日间手术。

改革个人账户

分类优化个人账户计入办法。在继续保留职工医保个人账户的基础上，针对在职和退休人员，分类调整。对在职职工个人缴纳的职工医保费，继续全部划入个人账户，以往单位缴纳职工医保费，统筹用于保障参保人员门诊费用保障。退休人员个人账户继续由统筹基金按原比例划入，并在一定时期内保持稳定，今后将根据社会经济发展和国家改革部署，逐步调整。

扩大个人账户使用渠道。将参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医产生的医疗费用，在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材产生的费用，以及参加城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、长期护理保险及购买商业健康保险等的个人缴费，纳入个人账户支付范围，提高个人账户使用效益，促进长期护理保险和商业健康保险产业发展。

明确个人账户转移接续措施。明确个人账户余额可以结转使用和继承。在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。

政策



三、主要内容——个人账户使用范围

人群范围

参保人员本人及按《中华人民共和国民法典》等法律规定的下列人员：

1. 参保人的配偶；
2. 参保人的父母；
3. 参保人的子女。

费用范围

1. 在定点医疗机构就医发生的政策范围内由个人负担的医疗费用，
2. 在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的政策范围内由个人负担的费用。
3. 参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。
4. 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。



三、主要内容—待遇标准

文山州职工基本医疗保险门诊共济保障待遇标准

门诊类型	待遇标准							是否合并住院最高支付限额
	起付线标准（元）			支付比例			限额标准（元）	
	一级及以下医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构	一级及以下医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构		
普通门诊	30	60	90	60%	55%	50%	6500	否
普通门诊超限	30	60	90	住院支付比例			住院支付限额	是
慢性病门诊	300			80%			单一病种3000，每增加一病种限额增加1000，最高5000。	否
特殊病门诊	400			90%			住院支付限额	是
国家谈判药品	药品先自付10%，再自付400起付金			90%			住院支付限额	是
门诊急诊抢救	医疗机构住院起付线			医疗机构住院支付比例			住院支付限额	是
日间手术	医疗机构住院起付线			医疗机构住院支付比例			住院支付限额	是

政策



四、政策涉及范围



政策



五、利好政策

对参保人

1. 参保人员普通门诊纳入统筹报销，超过限额部分，按照住院标准支付；
2. 除普通门诊外，其他门诊类型政策范围内费用，超过职工医保统筹基金最高支付限额的部分，纳入职工大额医疗费用补助报销；
3. 个人账户余额可结转使用和继承。

对老年人

1. 70岁及以上参保人特慢病门诊、协议期国家医保谈判药品门诊保障、急诊抢救等就诊起付线减半；
2. 退休人员普通门诊支付比例提高5%。

对定点医疗机构

1. 各级各类定点医疗机构纳入职工门诊就诊范围；
2. 定点医疗机构开展符合规定的“互联网+”门诊医疗服务纳入保障范围；
3. 推进支付方式改革，建立“结余留用，合理超支分担”的激励机制，促进医疗机构发展。

对定点药店

1. 个人账户资金继续在药店按规定支付；
2. 个人账户资金继续在药店使用开展国家谈判药品“双通道”服务工作的定点药店纳入门诊共济保障范围。



政策

六、注意事项

个人账户基金用于支付参保职工本人及其直系亲属就医、购药发生的政策范围内费用。下列情形个人账户不支付：

1. 公共卫生费用；
2. 体育健身费用；
3. 养生保健消费；
4. 健康体检费用。



七、名词解释

门诊共济保障：通过改革职工个人账户，统筹职工门诊基本医疗保险基金，调动医药机构资源，实施职工基本医疗保险门诊基金和个人账户互助共济、统筹报销。

门诊慢性病：云南省统一目录，共25种：冠心病、慢性心力衰竭、慢性风湿性心脏病、肺源性心脏病、慢性阻塞性肺气肿、活动性结核病、支气管扩张、支气管哮喘、脑血管意外（脑出血、脑血栓、脑梗塞、脑萎缩及后遗症）、原发或继发性高血压II~III级、肝硬化、慢性活动性肝炎、老年性前列腺增生 IIo~ IIIo、慢性肾小球肾炎、肾病综合症、糖尿病、强直性脊柱炎、类风湿性关节炎（包括幼年特发性关节炎、幼年性皮肌炎）、甲状腺机能亢进（减退）、阿尔茨海默病、癫痫、系统性硬化症、干燥综合症、原发性青光眼、精神病。

门诊特殊病：云南省统一目录，共17种：恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、器官移植术后抗排异治疗、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血(包括遗传性球形红细胞增多症、自身免疫性溶血性贫血)、地中海贫血、血友病、帕金森氏病、重症肌无力(包括肌营养不良症)、运动神经元病、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）、儿童生长发育障碍(生长激素缺乏症)、小儿脑瘫、儿童免疫缺陷病、耐药肺结核、新冠肺炎出院患者门诊康复、艾滋病抗病毒治疗。

协议期国家医保谈判药品门诊保障：参保患者所患疾病在具有二级及以上资质的定点医疗机构门诊按诊疗规范（指南）就诊，开具的符合谈判药品使用说明书规定的适应症范围和医保药品目录使用限制条件的国家公布的协议期医保谈判药品，按照门诊标准享受报销待遇。

政策范围内费用：指参保人发生的符合基本医疗保险支付范围的医疗费用。包含起付线以下费用和封顶线以上费用。不包含基本医疗保险目录中乙类范围的药品、医用耗材、医疗服务项目按比例由个人先行支付的费用；不包含基本医疗保险目录中的药品、医用耗材、医疗服务项目超过限价标准部分的费用；不包含基本医疗保险目录外由个人全额支付的药品、医用耗材、医疗服务项目的费用。



政策