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

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。

文山州人民政府办公室

2022年12月2日

（此件公开发布）

文山州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）制度，更好解决职工医保参保人员门诊保障问题，切实减轻医疗费用负担，根据《中华人民共和国社会保险法》《云南省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法（暂行）》及相关政策规定，结合文山州实际，制定本实施细则。

第二条 本实施细则所指门诊共济保障是通过改革职工个人账户，统筹职工医保门诊基金，实施职工医保门诊互助共济、统筹报销，提高职工医保统筹基金使用效率和参保人的门诊待遇水平。

第三条 职工门诊共济保障包括职工医保普通门诊以及门诊慢性病、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、日间手术等。

第四条 本实施细则适用于本州职工医保全体参保人员，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医保人员。

第五条 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。

第六条 州医疗保障部门负责门诊共济保障相关政策的制定，加强基金预算管理，指导和协调门诊共济保障的经办工作；组织对定点医药机构进行监督管理。各级医疗保险经办机构负责门诊医疗费用的审核和结算，对门诊共济保障定点医药机构开展日常监督管理。

财政部门负责职工医保统筹基金专户管理，配合医疗保障部门开展监督检查。

卫生健康部门负责医疗服务体系建设，提高基层医疗机构服务能力和水平，完善家庭医生签约服务，规范医疗机构长期处方管理。

第二章 门诊保障办法

第七条 职工医保门诊基金统筹。文山州各参保单位依法缴纳的职工医保参保费用全部计入职工医保统筹基金，增加的统筹基金主要用于门诊共济保障。

第八条 职工医保参保人员在定点医药机构就诊、购药，产生符合医保规定的政策范围内医药费用（以下简称政策范围内费用)，纳入门诊保障。

第九条 门诊保障标准

（一）普通门诊保障标准

1．起付线标准。在一个自然年度内，参保人员每次普通门诊结算起付线标准为：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。

2．支付标准。参保人员普通门诊就诊起付线以上、门诊限额标准内的政策范围内费用，医保统筹基金按照一级及以下定点医疗机构支付60%，二级定点医疗机构支付55%，三级定点医疗机构支付50%。退休人员的支付比例提高5%。

3．限额标准。普通门诊政策范围内费用统筹基金年度最高支付限额为6500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，在执行普通门诊起付线的基础上，按照现行住院标准执行。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。

（二）门诊特慢病保障标准。职工门诊特慢病病种统一执行省级规定的病种。特慢病门诊待遇标准按照下列规定执行：

1．起付线标准。在一个自然年度内，参保人因特慢病在各级定点医疗机构门诊就诊的，慢性病起付线标准统一为300元，特殊病起付线标准统一为400元；与住院起付线标准分别计算。70岁及以上参保人员起付线减半。

2．支付标准。参保人因特慢病在门诊就诊，起付线以上、限额标准内的政策范围内费用，不分医疗机构级别，统筹基金统一按照慢性病支付80%、特殊病支付90%的标准执行。

3．限额标准。单一慢性病病种最高支付限额3000元，符合多种慢性病病种准入条件的患者，每增加一个病种限额标准增加1000元，合并累计最高支付限额不超过5000元。慢性病门诊支付限额与住院年度最高支付限额分别计算，不纳入年度住院封顶线计算。

门诊特殊病最高支付限额执行住院最高支付限额标准。

（三）门诊急诊抢救保障标准

参保人在医疗机构门诊就诊发生的符合卫生健康部门规定的急诊抢救（含院前急诊抢救）产生的政策范围内费用纳入职工医保统筹基金支付范围。起付线按照各级别定点医疗机构住院起付线标准执行，70岁及以上参保人员起付线减半；支付标准按照现行住院标准执行；最高支付限额执行年度住院最高支付限额标准。

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。

（四）协议期国家医保谈判药品保障标准

在一个自然年度内，参保人员因患疾病使用协议期内国家医保谈判药品，先以该谈判药品价格为标准先行自付10%的费用后，再支付400元的起付线金额，每种谈判药品每年只支付一次起付标准，并与住院起付标准分别计算，70岁及以上参保人员起付线减半；政策范围内费用，不分医疗机构级别，统筹基金统一按照90%的比例支付；年度最髙支付限额执行住院最高支付限额标准。

（五）日间手术保障标准

按照各级别定点医疗机构住院起付线标准减半执行；起付线以上、限额标准以下政策范围内费用，统筹基金按照现行住院标准执行；年度最高支付限额执行住院最高支付限额标准。

第十条 严格执行基本医保药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施标准，按照国家、省和州级确定的支付标准支付。

第十一条 门诊特殊病、慢性病患者自愿选择就诊购药定点医疗机构，医师或药师按照国家药品目录规定，依据药品说明书或用药限制内的最大用量开具处方或配药，对超过自然年度最大用药量的费用不予支付。

第十二条 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，产生的政策范围内费用按照互联网医院依托的实体定点医疗机构级别的支付标准进行结算。

第十三条 取得协议期国家医保谈判药品“双通道”定点资质的药店，对参保人员就诊所持外配处方政策范围内费用，按协议期国家医保谈判药品门诊保障标准进行结算。

第十四条 在异地定点医疗机构门诊就医发生的医疗费用参照文山州内定点医疗机构门诊待遇标准执行。

第三章 个人账户管理

第十五条 资金筹集。职工个人缴纳的基本医疗保险费、公务员医疗补助费及银行利息全部计入本人的个人账户。

（一）在职职工和灵活就业人员个人账户计入标准为本人参保缴费基数的2%；退休人员个人账户由职工医保统筹基金以本人上年度月平均养老金为基数乘以当年单位缴费比例所得金额的53%比例划入。今后按国家、省要求，逐步调整到本统筹地区基本养老金平均水平的2%。

（二）公务员医疗补助标准按照现行政策规定执行。

第十六条 个人账户支付范围。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。

配偶、父母、子女范围按《中华人民共和国民法典》等法律规定执行。配偶、父母、子女范围原则上限于云南省参保人员。

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岀。

第十八条 个人账户余额可结转使用和继承。职工医保关系转移时，随本人转移至基本医疗保险参保所在地，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 信息系统建设

第十九条 依托全国统一的医疗保障信息平台，完善信息系统建设，顺畅连接医保、定点医药机构信息系统，完善系统功能模块和参数配置，实现职工医保门诊共济保障机制高效运转。

第二十条 充分应用“国家医疗保障政务服务平台APP”、“一部手机办事通APP”等手机客户端，实现参保人异地就医自助备案、预约就医、个人业务信息查询等自助服务，简化办事程序，提高办事效率。各定点医疗机构应结合实际开发方便参保人员就诊的小程序，提供高效、便捷的就诊服务。

第五章 经办服务

第二十一条 参保人员门诊就诊政策范围内医疗费用结算按规定使用统筹基金和个人账户支付；个人账户不够支付的，由参保人自付。

第二十二条 各级定点医药机构、医保经办机构应做好参保人员费用保障工作，参保人员凭本人医保凭证（含社会保障卡、医保电子凭证等，下同）在各级定点医药机构门诊就诊和配药的费用，应现场及时结算，特殊原因不能现场结算的，凭其医保凭证、就诊处方、医疗费用发票等资料到参保地医保经办机构办理结算。

第二十三条 协同推进医保支付方式改革。建立复合式医保支付方式，完善职工医保资金“结余留用，合理超支分担”的激励机制，促进医疗机构合理诊疗、规范诊疗服务，落实分级诊疗制度，引导参保人员基层首诊；落实集采药品结余资金留用政策，鼓励医疗机构优先使用集采药品耗材，降低医疗费用，减轻参保人自付费用负担。

第二十四条 加强职工医保门诊保障与职工大额医疗费用补助政策的衔接，对参保人员门诊特殊病、门诊急诊抢救、日间手术及国家谈判药品门诊保障政策范围内费用，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。

第六章 监督管理

第二十五条 各级医保部门应完善定点医疗机构服务协议，严格定点医疗机构管理，将优先使用医保目录药品（医用耗材）、控制自费比例、严禁诱导院外购药、违规开具大处方等纳入协议管理，强化协议条款及指标约束作用，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

第二十六条 各级医保部门依据法律法规对定点医疗机构使用职工医保统筹基金和对参保人员使用个人账户资金进行全流程监督管理，按规定将定点医药机构及其医保医师、医保药师等相关工作人员，以及参保人员纳入医保信用体系管理。

第二十七条 各定点医药机构应当遵守基本医疗保险和医疗卫生各项法律法规及政策规定，规范门诊医疗服务行为，坚持“因病施治、合理检查、合理用药”的原则，引导参保职工合理就医。

第七章 法律责任

第二十八条 各级医保部门、定点医药机构及其工作人员、参保人员违反本细则规定的，依据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等相关规定处理。

第八章 附 则

第二十九条 本实施细则自2022年12月15日起施行。以往文山州职工医保门诊和个人账户管理规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。

第三十条 本实施细则施行后，国家和省另有政策规定的，执行国家和省的政策规定。

第三十一条 本实施细则由文山州医疗保障局负责解释。