

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

各州、市人民政府，省直各委、办、厅、局：

《云南省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法(暂行)》
已经省人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。

云南省人民政府办公厅

2021年12月22日

（此件公开发布）

云南省职工基本医疗保险门诊共济保障 实施办法（暂行）

第一章 总 则

第一条 为进一步健全互助共济、责任共担的职工基本医疗保险（以下简称职工医保）制度，更好地解决职工医保参保人员门诊保障问题，切实减轻其医疗费用负担，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），制定本实施办法。

第二条 本办法所指的职工医保门诊共济保障，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、国家医保谈判药品门诊保障、日间手术等。

第三条 职工医保门诊共济保障遵循“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。

第四条 本办法适用于本省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 省医保局负责全省职工医保门诊共济保障的政策制定及业务指导。

各州、市、县、区医保局负责本行政区域内职工医保门诊共济保障工作的组织实施。

第二章 基金管理

第六条 各职工医保统筹地区（以下简称统筹地区）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 统筹地区要加强医保基金预算管理，做好收支信息统计。

第三章 普通门诊保障

第八条 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。



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，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。

第十条 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。

第十一条 普通门诊政策范围内费用统筹基金年度最高支付限额，原则上为统筹地区在职职工人均年筹资总额，具体支付限额由各统筹地区确定。超过普通门诊年度最高支付限额的普通门诊政策范围内费用，纳入统筹地区职工医保住院待遇给予保障。

第四章 其他门诊保障

第十二条 职工医保门诊慢性病政策范围内费用，统筹基金起付标准原则上在300元左右，与住院起付标准分别计算；统筹基金支付比例在80%左右；单病种统筹基金支付限额在2000元左右，每增加一个病种可适当增加1000元左右，统筹基金年度最高支付限额增加总额不超过5000元，与住院年度最高支付限

额分别计算。具体支付比例和支付限额由各统筹地区确定。

第十三条 职工医保门诊特殊病政策范围内费用，统筹基金起付标准按照统筹地区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；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。

第十四条 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。

第十五条 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统筹地区三级定点医疗机构住院起付标准执行，每种谈判药每年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者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合并计算。

第十六条 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 个人账户管理

第十七条 在职职工个人缴纳的基本医疗保险费，全部计入本人的个人账户，计入标准为本人参保缴费基数²的 2%。

第十八条 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%左右。

第十九条 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本省参保人员。

第二十条 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。

第二十一条 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。

第六章 服务与监督

第二十二条 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。

第二十三条 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。

第二十四条 协同推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医

生签约服务、规范长期处方管理，引导参保人员在基层就医首诊。省医保局会同省卫生健康委、省财政厅等相关部门制定建立完善长期处方机制医保结算办法。

第二十五条 已建立紧密型县域医共体的地区，对基层医疗服务可按人头付费，积极探索将人头付费与慢性病管理相结合；推广多学科诊疗服务模式，优化预约诊疗；对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，推行按病种或者按疾病诊断相关分组付费；对重性精神病等不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。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。

第二十六条 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。

第二十七条 逐步建立药品“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，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。

第二十八条 加快全国统一的医疗保障信息平台建设，建立处方流转平台，依托“智慧医保”信息系统，实现职工医保门诊共济保障机制的信息化、便捷化。

第二十九条 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照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，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。

第三十条 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。

第三十一条 统筹地区医保部门要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、个人账户使用等的经办服务管理。

第七章 组织实施

第三十二条 各州、市人民政府要切实加强组织领导，建立协调机制，落实职工医保门诊共济保障机制改革。省医保局、省财政厅要会同有关部门，加强对各地的工作指导，上下联动，形

成合力。

第三十三条 统筹地区要注重宣传引导，创新宣传方式，丰富宣传手段，广泛开展宣传，准确解读政策。要建立舆情监测和处置机制，积极主动回应社会关切，营造良好舆论氛围。

第八章 附 则

第三十四条 统筹地区要做好企业补充医疗保险、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待遇政策与职工医保门诊共济保障机制的有效衔接，保持政策总体稳定。

第三十五条 各州、市人民政府要按照本办法要求，在 2022 年 12 月底前出台实施细则并执行。本省以往职工医保门诊共济和个人账户管理规定与本办法不一致的，以本办法为准。

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，由省医保局会同省财政厅等部门研究调整。

第三十七条 本办法由省医保局负责解释。