



大理白族自治州人民政府关于印发大理州职工 基本医疗保险门诊共济保障实施细则（暂行） 的通知

大政规〔2022〕1号

各县、市人民政府，州级各有关部门：

《大理州职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则（暂行）》已经州人民政府同意，现印发给你们，请认真抓好贯彻落实。

2022年11月30日

（此件公开发布）



大理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，结合大理州实际，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，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，将门诊医疗费用纳入大理州职工基本医疗保险（以下简称职工医保）统筹基金支付范围，改革职工医保个人账户，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担，促进健康大理高质量发展。

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 本实施细则适用于大理州职工医保全体参保人员。

第五条 州医疗保障局负责大理州职工医保门诊共济保障的政策制定。州医疗保障服务中心、各县市医疗保障局及其经办机构分别负责州县职工医保门诊共济保障工作的组织实施。

第二章 基金筹集

第六条 大理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。

第三章 门诊保障

第七条 大理州职工医保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，纳入普通门诊保障。

第八条 在一个自然年度内（下同），参保人员普通门诊就诊每次结算，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。



在职职工普通门诊政策范围内费用统筹基金支付比例为：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分别提高 5 个百分点。

普通门诊政策范围内医疗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。

第九条 职工医保门诊慢性病政策范围内费用统筹基金起付标准为 300 元（年度内支付一次），与住院起付标准分别计算；统筹基金支付比例按照就诊医疗机构住院报销比例执行，患一种、两种、三种、四种及以上慢性病的，一个自然年度内累计支付限额分别为 2400 元、3600 元、4200 元、5000 元，年度最高支付限额总额不超过 5000 元。统筹基金最高支付限额与住院年度最高支付限额分别计算。

第十条 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大理州三级定点医疗机构首次住院起付标准执行（年度内支付一次），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（其中慢性肾功能衰竭和重性精神病门诊特殊病不设起付标准，政策范围内支付比例为



90%)；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。

第十一条 在门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），政策范围内费用统筹基金起付标准、支付比例按救治医疗机构级别住院起付标准、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。

第十二条 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诊疗规范就诊或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大理州三级定点医疗机构首次住院起付标准执行，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。

第十三条 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合并计算。

第四章 个人账户管理

第十四条 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%。



第十五条 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大理州实施改革当年基本养老金平均水平的 2%。

第十六条 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）在定点医药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、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、子女范围原则上限于本省参保人员。

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出。



第十八条 个人账户余额可以结转使用和继承。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 经办服务与系统建设

第十九条 参保人可通过登录“云南医保”微信小程序或到州、县市医疗保障经办机构自愿为其配偶、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，可使用参保人员医保凭证（含社会保障卡、医保电子凭证等，下同）在定点医药机构从个人账户中划扣，个人账户不够支付的，由就诊购药人自付。

第二十条 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。

第六章 异地就医结算

第二十一条 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直接结算。就医时未能联网结算的，凭其医保凭证、医疗费用发票、费用明细、病历等材料到州、县市医疗保障经办机构手工报销。未经备案不予报销（急诊抢救除外）。

第二十二條 涉及跨统筹区异地清算的个人账户资金由州医疗保障服务中心按照“州级统一清分、按月全额拨付”的原则统一负责清算。清算个人账户资金时，用于支付参保缴费的由医疗保障经办机构向同级财政部门报送用款申请，用于支付异地就医医疗费用的按照异地就医相关文件要求，与结算费用一并划拨，同级财政部门通过财政专户，按月全额划拨清算的个人账户资金。

第七章 支付方式改革

第二十三條 医保部门要结合医保基金收支实际，在确保有关待遇正常享受的基础上，做好门诊共济政策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。

第二十四條 符合规定的“互联网+”门诊医疗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。

第二十五條 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，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 基金管理监督

第二十六条 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，引导定点医药机构规范提供诊疗服务。

第二十七条 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及入院前、出院后的检查治疗等费用分解、转嫁由门诊统筹支付，实现医保基金全领域、全流程、全方位监管，确保基金安全高效、合理使用。

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，建立医保基金安全防控机制，严厉打击欺诈骗保行为。

第二十八条 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。



第二十九条 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监管，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。

第三十条 州、县两级医疗保障部门要根据门诊共济制度，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。

第九章 附则

第三十一条 各有关部门要结合自身职责，通过电视、报刊、官方网站、官方微信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，加大宣传，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。

第三十二条 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政策保持总体稳定，并与职工医保门诊共济保障机制相衔接。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关政策予以保障。



第三十三条 大理州职工医保门诊共济保障机制在一定时期内保持稳定，今后根据社会经济发展，由州医保局会同州财政局研究调整。

第三十四条 本实施细则自 2022 年 12 月 31 日起施行，有效期至 2025 年 12 月 30 日。