

西双版纳傣族自治州人民政府 办公室文件

西政办规〔2022〕2号

西双版纳州人民政府办公室关于印发 西双版纳州职工基本医疗保险门诊共济保障 实施细则（暂行）的通知

各县、市人民政府，试验区管委会，各区管委会，州直各委、办、局，中央、省属驻州各单位：

《西双版纳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，请认真贯彻落实。

（此件公开发布）



西双版纳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 为建立健全西双版纳州职工基本医疗保险（以下简称职工医保）门诊共济保障机制，根据《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），结合实际，制定本细则。

第二条 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。将门诊费用纳入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，减轻参保人员医疗费用负担，实现制度更加公平更可持续。

第三条 本细则适用于西双版纳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（以下简称参保人员）。

第四条 本细则所指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）、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。

第五条 州医保局负责牵头制定全州职工医保门诊共济保障政策并组织实施，各级医疗保障经办机构负责门诊共济保障的

经办管理服务工作。

第二章 基金管理

第六条 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全部计入。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保障，落实参保人员门诊待遇。

第七条 州医保局会同州财政局进一步规范健全医保基金管理制度，加强医保基金预算管理，完善工作流程，做好收支信息统计及基金运行风险评估。

第三章 普通门诊保障

第八条 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 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 在职职工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 在一个自然年度内，普通门诊费用统筹基金年度最高支付限额为 5000 元，与年度住院最高支付限额分别计算。超过年度最高支付限额的普通门诊政策范围内费用，按照职工医保住院统筹基金支付比例报销，与年度住院最高支付限额合并计算。

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，统筹基金起付标准为 300 元，与住院起付标准分别计算，每年只计算一次；统筹基金支付比例为 80%；单一病种统筹基金支付限额为 2000 元，每增加一个病种增加 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，统筹基金起付标准为 800 元，与住院起付标准分别计算，每年只计算一次；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费用不设起付标准，政策范围内报销比例为 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。

第十四条 参保人员同时罹患门诊慢性病和门诊特殊病的，按照其就诊诊断，分别按照门诊慢性病、特殊病政策享受待遇，

分别计算起付标准和年度最高支付限额。

第十五条 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），政策范围内费用统筹基金起付标准、支付比例按照救治定点医疗机构级别（一级及以下按一级执行）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。

第十六条 参保人员使用符合条件的协议期内国家谈判药品，每种谈判药品每年按本州三级医疗机构住院起付标准支付一次，在二级及以上定点医疗机构就诊扣除先行自付费用后超过起付标准以上政策范围内费用，按照就诊医疗机构住院报销比例执行。统筹基金支付限额与住院年度最高支付限额合并计算。在普通门诊、门诊慢性病、门诊特殊病、门诊急诊抢救、日间手术等其他门诊共济保障中使用的国家医保谈判药品，按照相应医疗类别对应的起付标准执行。

第十七条 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

第十八条 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% 。

灵活就业人员以单建统筹模式参加职工医保，其所缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金，不再划入个人账户。

第十九条 退休参保人员个人账户继续按现行标准从基本医疗保险基金中划入。今后，划入比例视本州经济社会发展实际情况和改革部署，逐步调整到西双版纳州当年基本养老金平均水平的 2% 左右。

第二十条 个人账户可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女以下费用：

（一）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）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医疗保险参保人员。

第二十一条 个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身、养生保健消费等超出基本医疗保险保障范围的支出。

第二十二条 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 经办服务与费用结算

第二十三条 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。

第二十四条 参保人员（授权人）可通过“云南医保”微信小程序或到各级医疗保障经办服务窗口等线上线下途径自愿为符合条件的配偶、父母、子女（使用人）添加绑定进个人账户共济人员名单，可共济使用授权人个人账户用于第二十条规定的费用支付。

个人账户共济使用时，优先划扣使用人个人账户，使用人个人账户不足时，再划扣授权人个人账户，使用人无个人账户的，直接划扣授权人个人账户。

第二十五条 个人账户共济使用时，授权人及使用人在定点

医药机构就医或者配药时所发生的政策范围内费用，凭医保凭证按照下列规定办理：

（一）使用人在定点医药机构所发生的由个人负担的医疗费用，凭使用人的医保凭证结算。

（二）授权人和使用人在本州内的，在本州所属定点医药机构所发生的医疗费用由所属医保经办机构与定点医药机构对账、结算；在不同统筹区的，使用人在定点医药机构使用授权人个人账户所发生的医疗费用，由定点医药机构与所属医保经办机构对账、结算后，按异地就医费用结算相关规定清算。

第二十六条 授权人和使用人参加符合规定的城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、长期护理保险等的个人缴费以及购买商业健康保险，按照下列规定办理：

（一）授权人和使用人参加城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、长期护理保险等的个人缴费，授权人可通过“云南医保”微信小程序或到各级医疗保障经办服务大厅申请使用个人账户缴费。

（二）医保经办机构在接到授权人代缴申请后，个人账户余额满足缴纳金额的，封存其代缴保费金额，由医保经办机构每月10日前向同级财政部门报送资金划拨计划，由同级财政部门通过财政专户进行划拨。医保经办机构通过信息共享平台将相关信息实时推送至税务部门。授权人和使用人不在同一统筹区的，按

异地费用结算相关规定清算。

（三）授权人和使用人购买商业健康保险时，可使用授权人个人账户向与医保经办机构签订购买协议的商业保险公司进行购买。所发生的费用由商业保险公司与医保经办机构进行对账、结算。

第二十七条 商业健康保险相关产品条款按中国银行保险监督管理委员会相关规定经审批或备案后，由其所属商业保险公司与医保经办机构签订医保服务协议。相关商业健康保险产品经省医保局赋码后纳入医保系统管理。

第二十八条 落实门诊共济保障异地就医直接结算机制。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手工报销。

第二十九条 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 支付方式与基金监管

第三十条 职工医保普通门诊实行项目付费。积极探索按人头付费、按病种或者按疾病诊断相关分组付费等付费方式，引导

医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品。

第三十一条 符合规定的“互联网+”门诊医疗费用纳入保障范围，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。

第三十二条 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。

第三十三条 各级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。发挥多部门联动作用，落实好打击欺诈骗保联席会议制度，在监管中发现的问题，按规定移交相关部门按照相关法律法规及时进行处理。

第八章 组织实施

第三十四条 各县、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。州医保局、州财政局要会同有关部门，加强对各县、市的工作指导，上下联动，

形成合力。

第三十五条 各级医保部门要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。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，在确保基金安全平稳运行的基础上，落实好门诊共济待遇政策。

第三十六条 卫生健康部门结合门诊共济实施的实际，协同推动基层医疗服务体系建设，调整完善门诊就医管理机制，优化门诊就医流程，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首诊。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。

第三十七条 市场监管部门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。

第三十八条 财政、司法、公安等部门结合自身工作职责，共同做好基金管理、打击欺诈骗保等各项工作。

第三十九条 各相关部门要注重宣传引导，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。

第九章 附 则

第四十条 职工医保门诊共济保障机制与企业补充医疗保险、公务员医疗补助、特殊医疗保障等待遇政策互相衔接，保持政策总体稳定。

第四十一条 职工医保门诊共济保障机制在一定时期内保持稳定，今后根据西双版纳州经济社会发展实际，由州医保局会同州财政局在省级政策规定范围内研究调整。本州以往职工医保门诊政策和个人账户管理规定与本细则不一致的，以本细则为准。

第四十二条 本细则由州医保局负责解释。

第四十三条 本细则自 2023 年 1 月 10 日起执行。

抄送：州委办公室，州人大常委会办公室，州政协办公室。

西双版纳州人民政府办公室

2022 年 12 月 9 日印发

