

红河州人民政府办公室关于印发 红河州职工基本医疗保险门诊共济保障 实施细则的通知

红政办规〔2022〕2号

各县市人民政府，州直各委、办、局：

《红河州职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则》已经十三届州人民政府第18次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻落实。

2022年11月28日

（此件公开发布）

红河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 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）和《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，为建立健全红河州职工基本医疗保险门诊共济保障机制，结合红河州实际，制定本实施细则。

第二条 红河州职工医保门诊共济坚持“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，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，提高职工基本医疗基金使用效率，减轻参保人员医疗费用负担。

第三条 本实施细则适用于红河州职工医保全体参保人员（以下简称参保人员），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。

第四条 州医疗保障局负责全州职工医保门诊共济保障政策的制定，加强基金预算管理，指导和协调门诊共济保障的经办工作，组织对定点医疗机构进行监督管理。各县市医疗保障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。州级各有关部门结合自身工作职责，共同开展好基金管理、医疗卫生行政管理、市场监督规范、打击欺诈骗保等各项工作。

第二章 基金管理

第五条 红河州职工医保单位缴纳的基本医疗保险费（含灵活就业人员缴纳的用人单位部分）全部计入统筹基金。在职职工（含灵活就业人员）医保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。

第六条 医疗保障部门会同财政部门进一步规范健全医保基金管理制度。红河州医保经办机构要加强医保基金预算管理，完善工作流程，做好收支信息统计。

第三章 门诊保障

第七条 红河州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。

第八条 职工医保参保人在定点医疗机构门诊就诊，产生的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），纳入保障范围。

第九条 普通门诊待遇标准

1. 起付标准。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。

2. 报销比例。参保人员普通门诊政策范围内费用，医保统筹基金支付比例：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%。退休参保人员支付比例较在职职工提高5%。

3. 支付限额。普通门诊统筹基金年度最高支付限额5000元，与年度住院最高支付限额分别计算。超过5000元的普通门诊政策范围内费用，按照就诊医疗机构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。

第十条 慢性病门诊待遇标准

慢性病门诊费用起付标准为 400 元，与住院起付标准分别计算。每年累计超过起付标准以上的政策范围内费用，统筹基金报销比例为 90%。单一病种统筹基金年度报销限额为 2000 元（其中，精神病最高支付限额为 3000 元），每增加一个病种，报销限额增加 500 元，统筹基金年度最高支付限额为 3000 元。慢性病门诊费用由职工医保统筹基金单独支付，与年度住院最高支付限额分别计算。

第十一条 特殊病门诊待遇标准

职工特殊病门诊费用起付标准为 800 元，与住院起付标准分别计算，统筹基金支付比例按照普通住院报销比例执行，慢性肾功能衰竭（尿毒症）和重性精神病报销比例为 90%。统筹基金年度最高支付限额与住院费用年度最高支付限额合并计算。

第十二条 门诊急诊抢救待遇标准

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），政策范围内费用按照救治医疗机构级别（一级及以下按一级执行）住院起付标准、支付比例执行，仅产生门诊急诊抢救费用并未达起付标准的统筹基金不予支付。同一时间段内以门诊急诊抢救收治住院的，若该次住院已收取起付费，则该笔门诊急诊抢救费用就不再收取起付费。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 国家医保谈判药品保障标准

参保人员使用符合条件的协议期内国家谈判药品，扣除 10% 先行自付费用后的政策范围内费用，统筹基金起付标准为 800 元，每种谈判药品每年只需支付一次统筹基金起付费，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职工医保住院最高支付限额合并计算。

第十四条 日间手术待遇标准

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。

第四章 个人账户管理

第十五条 在职职工（含灵活就业人员）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%。

第十六条 退休人员个人账户划入比例，暂时维持 2022 年的划入比例。以后视实际情况逐步调整到红河州当年基本养老金平均水平的 2%。

第十七条 国家公务员医疗补助标准按照现行政策规定执行。

第十八条 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：

1. 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。

2. 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。

3. 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。

第十九条 个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身、养生保健消费、健康体检等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

第二十条 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。

第五章 经办服务

第二十一条 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（含社会保障卡、医保电子凭证等，下同）按照下列规定办理：

1. 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；

2. 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。

第二十二条 参保人员自行通过“云南医保”微信小程序或到参保地经办机构申请通过“智慧医保”信息系统网上经办平台，将符合条件的配偶、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，在定点医疗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。个人账户共济使用时，优先使用本人个人账户，本人个人账户余额不足时，再使用个人账户共济授权人的个人账户余额。

第二十三条 贯彻落实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，实行联网结算。参保人员就医时未能联网结算的，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。

第二十四条 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照互联网医院依托的实体定点医疗机构级别进行报销结算。

第二十五条 按照红河州药品“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照开具处方的定点医疗机构级别进行结算报销。

第二十六条 参保人员门诊急诊抢救医疗费用不受定点医疗机构、异地就医备案等规定限制。参保人员孕期门诊检查费用不执行门诊共济报销政策，按照职工生育保险有关规定执行。

第二十七条 加强职工医保门诊保障与职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助、职工重大疾病医疗补助、建国初期参加革命工作补助、部分退休干部医疗补助等待遇政策的衔接，保持政策总体稳定。

第二十八条 职工基本医疗保险门诊不予支付的范围：

1. 已纳入基本医疗保险住院结算的院前急诊、抢救等医疗费用；
2. 住院期间发生的门诊医疗费用；
3. 应当从工伤保险基金中支付的医疗费用；

4. 应当由第三人负担的医疗费用；
5. 应当由公共卫生负担的医疗费用；
6. 境外发生的医疗费用；
7. 其他不符合基本医疗保险支付范围和支付标准的费用。

第六章 医疗服务与监督管理

第二十九条 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。

第三十条 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，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；落实集中带量采购药品医保资金结余留用政策，鼓励医疗机构优先使用集采药品及医用耗材，降低医疗费用，减轻参保人自付费用负担。

第三十一条 协同推进医保支付方式改革，建立适应医疗机构或医共体医保资金打包付费支付方式；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有关分组付费；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。

第三十二条 各级医保部门要根据门诊共济制度，严格贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，压实监管责任，推进基金监管常态化、制度化，严厉打击欺诈骗保行为。

第三十三条 为确保医保基金安全，切实发挥多部门联动机制，贯彻落实好红河州打击欺诈骗保联席会议制度，在监管中发现问题，根据工作职能职责安排，按规定移交有关部门按照有关法律法规及时进行处理。

第七章 附则

第三十四条 本实施细则自 2022 年 12 月 31 日起施行。以往红河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。

第三十五条 红河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。

第三十六条 本实施细则由州医保局负责解释。