

云南省人民政府办公厅文件

云政办规〔2024〕2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》的通知

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》已经省人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。



（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

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，更好解决职工医保参保人员普通门诊保障问题，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）精神，结合我省实际，制定本办法。

第二条 坚持保障基本，确保保障水平与经济社会发展水平相适应。坚持社会共济，充分发挥统筹基金作用，提高医保基金使用效率。坚持协同联动，完善门诊保障机制和改进个人账户制度同步推进。坚持立足基层，发挥门诊共济保障机制作用，推动完善基层医疗卫生服务体系。

第三条 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。

第四条 省级医疗保障部门负责全省职工医保门诊共济保障工作的业务指导。

各州（市）、县（市、区）医疗保障部门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。

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 门诊共济保障

第五条 职工医保参保人员在定点医疗机构（定点“互联网”医疗机构）就诊、符合条件的定点零售药店购药，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。

第六条 在一个自然年度内（下同），参保人员每次普通门诊就诊结算，统筹基金起付标准为：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）20元，二级定点医疗机构40元，三级定点医疗机构60元。

第七条 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高于在职职工10个百分点。

第八条 普通门诊统筹基金年度最高支付限额全省统一为6000元。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，按照职工医保住院待遇保障，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。

第三章 个人账户

第九条 在职职工个人账户每月计入标准为本人月缴纳基本医疗保险费基数的2%。退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度为实施改革当年本省基本养老金平均水平的2%左右，具体划入额度为：70周岁以下退休人员每月划入106元，70周岁及以上退休人员每月划入142元。

第十条 个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用。还可以用于支付：

（一）参保人员本人及其近亲属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）参保人员近亲属参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

第四章 管理服务

第十一条 根据临床诊疗需求增加基层医疗卫生机构常见病、多发病的医保目录药品、基本药物和集中带量采购药品备药品种和数量，做好供应保障。

第十二条 支持定点零售药店开通门诊统筹服务，将符合条件的定点零售药店纳入门诊统筹管理。医疗机构不能提供的医保目录内药品，在确保医疗安全的前提下，参保人员可凭本省定点

医疗机构（定点“互联网”医疗机构）通过医保电子处方中心流转的外配处方，在纳入门诊统筹管理的定点零售药店购买，发生的费用可由统筹基金按照规定支付，执行与开具处方定点医疗机构相同的医保待遇政策。

第十三条 纳入门诊统筹管理的定点零售药店按照公平合理、诚实信用、质价相符的原则自主制定药品销售价格，配合推进药品价格公开，不得实行不公平高价、歧视性高价。倡导参考省药品集中采购平台价格销售医保药品。

纳入门诊统筹管理的定点零售药店医保目录内药品执行医保支付标准。已形成医保支付标准的协议期内谈判药品、集中带量采购药品等，按照医保支付标准执行；其他医保目录内药品，按照不高于省药品集中采购平台药品挂网价格的实际销售价格作为医保支付标准，实际销售价格高于平台挂网价格的部分，医保统筹基金不予支付。

第十四条 完善分级诊疗和家庭医生签约服务，支持基层医疗卫生机构做好日常慢性病管理和常见病诊治。鼓励基层医疗卫生机构开设全科医学门诊或慢病门诊，对病情稳定并需长期服用药物的患者，可按照规定开具长处方。

第十五条 完善与门诊共济保障相适应的付费机制。完善医保定点医药机构服务协议管理，强化协议条款约束作用，健全医疗服务监控、分析和考核体系，引导定点医疗机构规范提供诊疗和用药保障服务，引导定点零售药店规范药品管理。

第十六条 完善门诊异地就医直接结算管理服务机制，进一步扩大门诊省内及跨省定点医药机构联网结算范围，方便参保人员在定点医疗机构就医和定点零售药店购药。

第十七条 严格执行医保基金预算管理制度，普通门诊统筹费用纳入年度总额预算管理。加强基金审核制度和内控制度建设，强化基金风险防控。

第十八条 强化对门诊医疗行为和医疗费用的监管，规范门诊医药服务，严厉打击利用门诊待遇骗取医保基金的违法违规行为，涉嫌犯罪的移交司法部门予以处理。

第五章 组织实施

第十九条 职工医保门诊共济保障机制涉及广大参保人员切身利益，各州（市）人民政府要高度重视，切实加强组织领导，建立协调机制，抓好工作落实。

第二十条 各统筹地区要按照本办法，科学决策，统筹安排，结合本地实际进一步明确和细化政策规定，做好改革前后的政策衔接，确保参保人员待遇平稳过渡，积极稳妥实施改革。

第六章 附 则

第二十一条 省级医疗保障、财政、卫生健康、药监部门可根据国家部署、医保基金支付能力、医学技术发展等情况对门诊共济保障相关政策适时进行调整。

第二十二条 本办法由省级医疗保障部门负责解释。

第二十三条 本办法自 2024 年 11 月 1 日起施行。2021 年 12 月 22 日云南省人民政府办公厅印发的《云南省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法（暂行）》（云政办规〔2021〕1 号）同时废止。

抄送：省委各部委，省人大常委会办公厅，省政协办公厅，省监委，省法院，省检察院。

云南省人民政府办公厅

2024年9月3日印发

