

# 昆明市人民政府办公室文件

昆政办〔2022〕15号

## 昆明市人民政府办公室 关于印发昆明市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）、区人民政府，市政府各委办局，各开发（度假）区管委会，自贸试验区昆明片区管委会，各直属机构，市属企业：

《昆明市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则（暂行）》，已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。



（此件公开发布）

# 昆明市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** 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，为建立健全昆明市职工基本医疗保险门诊共济保障机制，结合实际，制定本实施细则。

**第二条** 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，将门诊费用纳入昆明市职工医保统筹基金支付范围，调整昆明市职工医保个人账户，提高医保资金使用效率，减轻参保人员医疗费用负担。

**第三条** 本实施细则所指的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。

**第四条** 本实施细则适用于昆明市职工医保参保人员（含灵活就业参保人员，以下简称参保人员）。

**第五条** 市医保局负责牵头制定昆明市职工医保门诊共济保

障政策，市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。市、县两级医保经办机构负责昆明市职工医保门诊共济保障工作的具体组织实施。

## 第二章 基金管理

**第六条** 昆明市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。

**第七条** 昆明市灵活就业参保人员中选择单建统筹的，其缴费费率调整为6%（未包含昆明市长期护理保险个人缴费部分）。

**第八条** 市医保局会同市财政局进一步规范健全医保基金管理制度。昆明市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

**第九条** 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。

在一个自然年度内（下同），参保人员每次普通门诊就诊结算，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 30 元，二级定点医疗机构 60 元，三级定点医疗机构 90 元。

在职参保人员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%。退休参保人员支付比例高于在职参保人员 5 个百分点。

普通门诊费用统筹基金年度最高支付限额为 6000 元，与年度住院最高支付限额分别计算。超过 6000 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** 慢性病门诊费用起付标准为 300 元，与住院起付标准分别计算，超过起付标准以上政策范围内费用报销比例统一为 80%，单一病种最高支付限额为 2000 元（其中，精神病最高支付限额为 3000 元），每增加一个病种增加 1000 元统筹基金支付限额，年度最高支付限额 5000 元。慢性病门诊费用由职工医保统筹基金单独支付，不与年度住院最高支付限额合并计算。

**第十一条** 门诊特殊病享受住院报销待遇，特殊病门诊费用起付标准 880 元，与住院起付标准分别计算，在二级及以上定点医疗机构就诊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（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%）。统筹基金支

付限额与年度住院最高支付限额合并计算。

**第十二条** 同时患有门诊慢性病和门诊特殊病的参保人员，根据其就诊诊断，分别按照门诊慢性病、特殊病政策享受待遇，其起付标准、统筹基金支付限额均分别计算。与门诊慢性病、特殊病治疗有关的药品、诊疗项目和医用耗材，纳入门诊慢性病、特殊病支付范围。

**第十三条** 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按住院待遇报销，参保人员门诊急诊抢救后3日内在同一家定点医疗机构住院的，起付标准与住院起付标准合并累计计算。参保人员在120救护车上发生的院前急诊抢救费用，不设置起付标准，按一级医疗机构住院待遇报销。门诊急诊抢救统筹基金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。

**第十五条** 日间手术统筹基金起付标准按照三级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。已公布病种结算标准的日间手术实行按病种付费。

## 第四章 个人账户管理

**第十六条** 在职参保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<sup>2</sup>的2%（已包含昆明市长期护理保险缴费中应由个人账户划入部分）。

**第十七条** 退休参保人员个人账户继续按现有比例从基本医疗保险费中划入。划入比例视实际情况逐步调整到昆明市当年基本养老金平均水平的2%。

**第十八条** 个人账户可以用于支付：

（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纳入国家医保信息系统或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、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、养生保健消费等超出基本医疗保险保障范围的支出。

**第二十条** 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

**第二十一条** 参保人员自行通过全省统一的“智慧医保”信息系统网上经办平台，将符合条件的配偶、父母、子女添加进个人账户支付人员名单，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。

**第二十二条** 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。

**第二十三条** 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。

**第二十四条** 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。

**第二十五条** 市、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享受。

## 第六章 异地就医结算

**第二十六条** 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结算。

**第二十七条** 市级医保经办机构要结合门诊共济实施，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。

## 第七章 支付方式改革

**第二十八条** 市医保局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，既紧紧围绕门诊共济政策又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。

**第二十九条** 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。

**第三十条** 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 基金监管

**第三十一条** 市医保局要结合门诊共济实施，健全完善医保基金安全防控机制，严厉打击欺诈骗保行为。进一步加强基金稽核制度和内控制度建设，强化对医疗行为和医疗费用的监管，严肃查处各类涉及医保基金的违法违规行为，进一步加强对定点医药机构门诊支出的监管力度，确保医保基金安全高效、合理使用。

**第三十二条** 为确保医保基金安全，切实发挥多部门联动作用，贯彻落实好昆明市打击欺诈骗保联席会议制度，在监管中发现的问题，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。

## 第九章 宣传引导

**第三十三条** 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，制作刊播公益广告，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。

## 第十章 附 则

**第三十四条** 昆明市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、特殊医疗保障等政策互相衔接，参保人员门诊就诊后产生的医药费用，经医保报销后的个人负担部分，符合规定的继续按相应政策予以保障，保持待遇保障水平总体稳定。

**第三十五条** 昆明市职工医保门诊共济保障实施中坚持稳妥推进，待遇稳定，适时调整的基本原则，今后根据昆明市社会经济发展实际，由市医保局会同市财政局在省级政策规定范围内研究调整。

**第三十六条** 本实施细则自 2022 年 4 月 1 日起施行，由市医保局负责解释。



---

抄送：市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室。

---

昆明市人民政府办公室

2022年3月30日印发

---