

白山市建立健全职工基本医疗保险 门诊共济保障机制实施方案

为进一步健全互助共济、责任共担的职工基本医疗保险制度，全面贯彻落实《吉林省人民政府办公厅关于印发吉林省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法的通知》（吉政办发〔2021〕59号）精神，根据《吉林省医疗保障局 吉林省财政厅关于明确贯彻落实建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制有关要求的通知》（吉医保联〔2022〕22号）和《吉林省医疗保障局 吉林省财政厅关于印发吉林省城镇职工基本医疗保险个人账户管理办法的通知》（吉医保联〔2022〕15号）要求，结合我市实际，制定本实施方案。

一、总体要求

（一）指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻落实习近平总书记视察吉林重要讲话重要指示精神，深度融入全省“一主六双”高质量发展战略，全面建设践行“两山”理念试验先行区，既尽力而为、又量力而行，加快推进医疗保障重点领域和关键环节改革，建立完善白山市职工基本医疗保险政策，推进职工医保个人账户改革，不断增强门诊共济保障功能，稳步提升门诊统筹保障水平。

（二）基本原则。坚持保障基本、促进公平，确保参保人员

公平享受医保权益与服务。坚持政策优化、平稳过渡，保持基本政策的稳定性、连续性，确保改革后待遇的顺利开展。坚持协同联动、规范统一，将完善门诊保障机制与改进个人账户制度同步推进，确保各项制度转换有序。坚持因地制宜、分类施策，科学制定差异化管理政策，分时分类、稳妥有序地实施改革措施，制定符合白山实际的职工基本医疗保险门诊共济保障机制。

（三）工作目标。2023 年底前，职工医保基金内部结构更加优化，个人账户管理机制更加完善，门诊统筹管理和基金监管机制更加健全，医保制度更加公平可持续。

二、主要措施

（一）建立职工基本医疗保险门诊待遇保障政策。

1. 普通门诊统筹

病种范围与起付标准。普通门诊统筹在三级及以下定点医疗机构开展，不设定具体病种。起付标准按自然年度累计计算，一个自然年度内计算一次起付标准，一级及以下定点医疗机构起付标准 100 元；二级定点医疗机构起付标准 200 元；三级定点医疗机构起付标准 300 元。

支付比例与最高支付限额。在职职工在一级及以下定点医疗机构、二级定点医疗机构、三级定点医疗机构发生的政策范围内普通门诊统筹支付比例分别为 60%、55%、50%，退休人员支付比例均相对应倾斜 5%。统筹基金年度最高支付限额 1000 元。

2. 门诊慢性病保障

病种范围与起付标准。门诊慢性病统筹在二级及以下定点医疗机构开展，全市统一病种，将糖尿病等 27 种疾病纳入门诊慢性病保障范围（附件 1）。起付标准按自然年度累计计算，一个自然年度内计算一次起付标准，一级及以下定点医疗机构起付标准 200 元；二级定点医疗机构起付标准 400 元；门诊慢性病与同等级普通门诊统筹起付标准合并计算。

支付比例与最高支付限额。在职职工及退休人员在定点医疗机构发生的政策范围内门诊慢性病医药费用统筹支付比例为 60%。按病种设定具体的统筹基金年度最高支付限额（附件 1）。患有两种或两种以上门诊慢性病参保患者，可根据病情诊断情况，享受多病种保障待遇，每增加一个病种，支付额度增加 300 元。统筹基金年度最高支付限额不超过 6500 元。

3. 门诊特殊疾病保障

病种范围与起付标准。门诊特殊疾病在二级及以上定点综合医疗机构、专科医疗机构（不限定等级）中开展，全市统一病种，将结核等 55 种疾病纳入门诊特殊疾病保障范围（附件 2）。起付标准与同等级住院起付标准一致，一个自然年度内计算一次起付标准，前往上级定点医疗机构治疗门诊特殊疾病起付标准补差计算。

支付比例与最高支付限额。支付比例按同级定点医疗机构住

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。

苯丙酮尿症参保患者按照《吉林省医疗保障局印发关于进一步做好苯丙酮尿症基本医疗保障工作的通知》（吉医保联〔2019〕12号）规定的相关保障待遇政策执行。

参保人员享受普通门诊和门诊慢特病待遇有交叉时，优先享受门诊慢特病待遇，住院期间不再享受普通门诊和门诊慢特病待遇。门诊慢特病用药与医保“双通道”药品有交叉时，执行“双通道”药品政策。

4. 急诊抢救保障

在门诊发生符合规定的急诊（含急诊留观）、抢救医疗费用，参照同级别定点医疗机构住院待遇报销，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。

5. 日间手术保障

对相关日间手术实行收付费管理的，不设起付线，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。

（二）推进职工医保个人账户改革。

1. 改进计入办法

按照统账结合模式参加基本医疗保险的参保职工（含灵活就业人员），在职职工单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基

金；个人缴纳的基本医疗保险费计入个人账户，计入标准为本人参保缴费基数的 2%。

退休人员个人账户由统筹基金按定额计入，分两步进行。第一步，2022 年年底前，以本统筹区 2021 年基本养老金平均水平作为固定基数，并按原比例计入退休人员个人账户金额；第二步，2023 年年底前，根据本统筹区 2021 年基本养老金平均水平的 2.8%统一计入退休人员个人账户金额。

2. 规范使用范围

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，支付参保人员本人及家庭成员在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用、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。支持个人账户支付本人参加职工大额医疗费用补助、长期护理保险个人缴费；支持支付登记的家庭成员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。

职工医保个人账户改革具体办法，按照《吉林省医疗保障局吉林省财政厅关于印发吉林省城镇职工基本医疗保险个人账户管理办法的通知》（吉医保联〔2022〕15 号）执行。

三、服务与监督

（一）加强基金监督管理。完善管理服务措施，创新制度运行机制，引导医疗资源合理利用，确保医保基金稳定运行，充分

发挥保障功能。严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核制度和内控制度建设。建立对个人账户全流程动态管理机制，加强对个人账户使用、结算等环节的审核。完善定点医药机构服务协议，加强对门诊服务的管理。加强医疗保障基金监管的宣传引导，强化参保人责任意识，规范参保人就医购药行为。更好发挥部门联动的综合监管作用，针对医疗保障门诊易发多发的违法违规问题，开展医疗保障基金监管专项行动。探索建立对定点医药机构诚信约束机制，依据信用评价结果对定点医药机构实施信用监管、信用奖惩措施。积极引导社会监督，完善举报奖励机制，加大举报奖励宣传，做好举报受理、调查、处理、反馈，鼓励社会公众参与医保基金监管工作。

（二）规范医疗费用结算。职工医保参保人员凭本人的医疗保障凭证（包括居民身份证、社会保障卡、医保电子凭证等）在定点医疗机构门诊就医，所发生的医疗费用应由医保基金支付的，定点医疗机构通过医保信息系统应当如实记账，按月向医保经办机构申请结算。异地就医的参保人员，可在备案后到统筹区外定点医疗机构门诊就医，联网结算医疗费用；对未能联网结算的，凭医疗保障凭证、医疗费用收据（发票）、病历等材料到参保地医保经办机构办理结算。

（三）健全医保付费机制。严格执行医保基金预算管理制度，推进门诊统筹基金总额预算管理，探索与门诊共济保障机制相适

应的支付方式。针对门诊医疗服务特点，创新医保支付政策和管理。对基层医疗门诊服务，探索按人头付费为主的付费方式；对门诊慢特病，积极探索按人头付费与慢性病管理相结合的方式；对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，逐步推行按病种付费；对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和医用耗材支付标准，引导医疗机构和患者主动使用疗效确切、价格合理的药品和医用耗材。

（四）完善相关配套措施。加快全国统一的医疗保障信息平台建设，推进门诊费用异地就医直接结算。通过协同推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长期处方管理等，引导参保人员在基层就医首诊。结合完善门诊慢特病管理措施，规范基层定点医疗机构诊疗及转诊等行为。做好高血压、糖尿病（以下简称“两病”）门诊用药保障工作，积极组织集中带量采购“两病”药品，加强基层医疗卫生机构“两病”药品配备和使用，实现基层医疗卫生机构根据临床需要配得齐、开得出“两病”门诊用药保障范围内的药品。

（五）建立动态调整机制。随着经济社会发展及基金运行情况，建立职工医保门诊待遇动态调整机制，因时应势调整职工医保门诊政策。逐步探索定点零售药店门诊保障服务工作。将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入门诊保障范围，支持开展普通门诊及门诊慢特病服务的定点医疗机构门诊医师处

方、医保医师电子流转处方到定点零售药店配药。探索将符合规定的“互联网+”门诊医疗服务纳入保障范围，按互联网医院依托的实体定点医疗机构结算政策支持。

四、工作要求

（一）加强组织领导。建立健全职工医保门诊共济保障机制，是深化医疗保障制度改革的重要内容，全面推进健康吉林建设的重要举措。各地、各部门要注重上下联动，形成强大工作合力，确保改革目标任务如期实现。医保部门要牵头做好建立健全职工医保门诊共济保障机制相关工作；财政部门要做好医保基金的监管使用工作，配合医保部门及时结算定点医药机构费用；卫生健康部门要加强医疗服务行为和质量管理，牵头做好分级诊疗、家庭医生签约服务、处方流转、提升基层医疗卫生机构服务能力等工作，引导参保人员合理有序就医；人力资源社会保障部门要及时提供白山地区退休人员基本养老金平均水平等数据；市场监管及药监部门要加强药品流通、生产环节质量安全监管，严厉打击违法违规行为；税务部门要做好参保人员参保缴费工作。

（二）积极稳妥推进。各地、各部门要明确目标任务，把握工作节点，妥善处理好改革前后职工医保门诊与住院待遇支付政策、各类补充保险政策、参保关系转移接续后待遇支付政策的衔接，确保参保人员待遇平稳过渡。做好政策风险评估应对工作，有效化解不稳定因素。提前谋划医保信息系统改造，为政策落地

创造良好的信息化条件。

（三）注重宣传解读。要创新宣传方式，丰富宣传手段，广泛开展宣传，准确解读政策。充分宣传建立健全职工医保门诊共济保障机制对减轻参保人员医疗费用负担、促进制度更加公平更可持续的重要作用，大力宣传医疗保险共建共享、互助共济的重要意义。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。

本方案自 2023 年 1 月 1 日起实施。

- 附件：1. 职工基本医疗保险门诊慢性病病种和最高支付限额表
2. 职工基本医疗保险门诊特殊疾病病种表

附件 1

职工基本医疗保险门诊慢性病 病种和最高支付限额表

序号	病种名称	基金年度最高支付限额（元）	备注
1	糖尿病	2160	
2	甲状腺功能减退症	1800	
3	甲状腺功能亢进症	1710	
4	高脂血症	1800	
5	青光眼	1800	
6	风湿性心脏病	1620	
7	高血压	1620	
8	肺源性心脏病	1620	
9	心肌病	1800	
10	慢性心力衰竭	1890	
11	心房颤动	1620	
12	冠心病	2700	
13	脑血管病后遗症	1800	
14	肢体动脉硬化性闭塞症	1800	
15	慢性支气管炎	1440	
16	慢性阻塞性肺疾病	1710	
17	支气管哮喘	1620	
18	慢性胃炎	1530	
19	克罗恩病	1440	
20	慢性胆囊炎	1800	
21	溃疡性结肠炎	1440	
22	痛风	1710	
23	慢性肾盂肾炎	1980	
24	慢性肾小球肾炎	2250	
25	肾功能不全	1800	
26	前列腺增生	1800	
27	女性盆腔炎	1800	

附件 2

职工基本医疗保险门诊特殊疾病病种表

序号	病种名称	序号	病种名称
1	结核	29	系统性红斑狼疮
2	病毒性肝炎	30	强直性脊柱炎
3	艾滋病	31	肾病综合征
4	布鲁氏菌病	32	透析
5	血吸虫病	33	动静脉人工内瘘成型术
6	手足口病	34	子宫内膜异位症（限内分泌治疗）
7	囊虫病	35	外阴白斑
8	恶性肿瘤门诊治疗	36	肾移植抗排异治疗
9	骨髓增生异常综合征	37	骨髓移植抗排异治疗
10	再生障碍性贫血	38	心移植抗排异治疗
11	血友病	39	肝移植抗排异治疗
12	血小板减少性紫癜	40	肺移植抗排异治疗
13	苯丙酮尿症	41	肝肾移植抗排异治疗
14	肝豆状核变性	42	干细胞移植抗排异治疗
15	克山病	43	肠移植抗排异治疗
16	精神病	44	角膜移植抗排异治疗
17	帕金森病	45	胰腺移植抗排异治疗
18	帕金森氏综合征	46	冠状动脉搭桥术后状态
19	癫痫	47	血管支架植入术后状态
20	脑瘫	48	具有其他心脏瓣膜置换
21	重症肌无力	49	痔疮（限门诊手术治疗）
22	白内障（限门诊手术治疗）	50	大骨节病
23	风湿性关节炎	51	结肠息肉（限内镜治疗）
24	大动脉炎	52	胃息肉（限内镜治疗）
25	肝硬化	53	直肠息肉（限内镜治疗）
26	银屑病	54	白癜风
27	类风湿性关节炎	55	肾输尿管结石（限体外冲击波碎石）
28	斯蒂尔病		