

索引号:	11220000MB19566296/2020-03392	分类:	待遇保障;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2020年06月24日
标题:	关于调整省直城镇职工医疗保障相关政策的通知		
发文字号:	吉医保联〔2020〕13号	发布日期:	2020年06月30日

关于调整省直城镇职工医疗保障相关政策的通知

吉医保联〔2020〕13号

省直各相关单位:

根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）和《吉林省人民政府关于全面推进医疗保障市级统筹的意见》（吉政发〔2020〕3号）等文件精神，为进一步健全完善省直城镇职工医疗保障（以下简称“省直医保”）制度体系，合理均衡各类省直参保人员（以下简称“参保人员”）的医保待遇，建立更加完善的待遇保障链条，提高职工医保基金使用效能，为“十四五”期间规范全省职工医疗保障政策奠定基础，全面调整优化省直医保制度政策，现就有关事宜通知如下：

一、基本医疗保险制度

（一）门诊保障

省直医保门诊保障制度按照“普通门诊统筹保障+慢性疾病门诊保障+特殊疾病门诊保障”的保障层次建立和完善。

1. 建立普通门诊统筹保障制度

（1）待遇保障范围

参保人员因多发病、常见病，在指定定点医疗机构门诊就医购药，发生的符合基本医疗保险基金支付范围和支付政策的医疗费用（以下简称“基金可支付费用”），由省直医保统筹基金按规定支付。

（2）待遇支付标准

参保人员发生的普通门诊统筹基金可支付费用，年度累计2000元以内（含2000元）部分，由省直医保统筹基金支付50%。

2. 完善门诊慢性疾病保障待遇

(1) 疾病保障范围

将溶血性贫血等 44 种疾病（治疗）纳入省直医保门诊慢性疾病保障范围（附件 1）。

(2) 待遇支付标准

参保人员在指定定点医药机构门诊治疗慢性疾病发生的基金可支付费用，年度累计 7000 元以内（含 7000 元）部分，由省直医保统筹基金支付 60%。

3. 健全门诊特殊疾病保障政策

(1) 疾病保障范围

将艾滋病等 45 种疾病（治疗）纳入省直医保门诊特殊疾病保障范围（附件 2）。

(2) 待遇支付标准

参保人员在指定定点医疗机构门诊治疗特殊疾病发生的基金可支付费用，按同级定点医疗机构的住院支付标准执行；一个自然年度内只收取一次全额起付标准费用；一个自然年度内基金支付额度计入本年度住院保障基金支付限额。苯丙酮尿症按照《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。

(二) 住院保障

1. 住院统筹待遇

(1) 统筹基金起付标准及最高支付限额

参保人员在省直定点医疗机构住院（含门诊特殊疾病治疗）发生的基金可支付费用，年度累计 20 万元以内（含 20 万元）部分，由统筹基金按规定支付；参保人员在三级、二级、一级及以下省直定点医疗机构住院（含门诊特殊疾病治疗）发生的基金可支付费用，起付标准分别为 1000 元、700 元、400 元。

(2) 调整待遇支付标准

省直参保在职人员在省直定点医疗机构住院（含门诊特殊疾病治疗）发生的基金可支付费用，起付标准以上、基金可支付费用累计最高限额以下部分，统筹基金按三级、二级、一级及以下省直定点医疗机构分别支付 85%、88%、91%。

省直参保退休人员在省直定点医疗机构住院（含门诊特殊疾病治疗）发生的基金可支付费用，起付标准以上、基金可支付费用累计最高限额以下部分，

统筹基金按三级、二级、一级及以下省直定点医疗机构分别支付 87%、90%、93%。

乙类医保普通药品、诊疗项目及医疗服务设施项目、医用耗材个人先行自付比例为：在职人员调整为 10%，退休人员调整为 8%。

2. 重大疾病保障待遇

参照《关于统一城乡居民 42 种重大疾病医疗保险支付政策的通知》（吉医保联〔2019〕22 号，以下简称 22 号文件）精神，建立健全省直重大疾病保障政策。针对在二级及以上省直定点医疗机构就诊，主诊断和主要治疗操作标准明确、诊疗技术比较成熟的终末期肾病等 39 种重大疾病（即除儿童白血病、儿童先天性心脏病、儿童尿道下裂外的其余居民大病病种）和开展日间手术治疗的病种，按照《关于进一步扩大医疗生育保险按病种付费试点工作的通知》（吉人社办字〔2017〕90 号，以下简称 90 号文件）要求，实行按病种付费。具体保障政策待遇标准按 22 号文件和 90 号文件规定执行。

二、补充保险制度

（一）大额医疗费用补充保险制度

省直参加基本医疗保险的单位和职工，应当按照相关文件规定，参加省直单位职工大额医疗费用补充保险，省直单位职工大额医疗保险费原则上由个人缴纳。

参保人员一个自然年度内，住院（含门诊特殊疾病治疗）发生的基金可支付费用，超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上，年度累计 50 万元以内（含 50 万元）的部分，由大额医疗费用补充保险基金支付 90%。

（二）省直公务员医疗补助制度

省直参保单位应当按照相关文件规定，为符合条件的参保人员参保省直公务员医疗补助（以下简称“省直公补”）。参加省直公补的参保人员享受以下待遇：

1. 在指定定点医疗机构门诊治疗慢性疾病发生的基金可支付费用，最高支付限额以下部分，基金支付比例在统筹基金支付比例基础上提高 10%，提高部分由省直公补基金支付。

2. 在一个年度内发生的门诊基金可支付费用，应由个人负担的部分累计超过 2000 元以上，2001 元至 6000 元（含 6000 元）部分，由省直公补基金支付 70%；6001 元至 10000 元部分，由省直公补基金支付 80%。2000 元以下部分累计包括在省直定点医药机构门诊就医购药（不含门诊特殊疾病）发生的应由个人负担费用（含个人账户支出），2001 元至 10000 元部分累计包括在省直公务员门诊医疗补助定点医疗机构门诊就医（不含门诊慢性疾病、门诊特殊疾病）过

程中发生的应由个人负担的费用（含个人账户支出），原省直门诊医疗费公务员医疗补助办法不再执行。

3. 在一个年度内发生的住院（含门诊特殊疾病治疗）基金可支付费用，在基本医疗保险统筹基金最高支付限额以下应由个人负担的部分（不含起付标准费用），由省直公补基金支付 60%，省直公补基金实际最高累计支付限额为 10 万元。

4. 原超过省直医保统筹基金最高支付限额 1 元-4 万元由省直公补支付的部分，通过调整省直大额医疗费用补充保险支出结构予以保障。

5. 取消原省直公补制度对起付标准部分的支付政策。

（三）建立省直企业医疗补充制度

1. 在省直参保的企业可参照省直公务员医疗补助等制度的筹资标准，在省医保经办机构参加省直企业医疗补充，所需资金由企业自行筹集。

2. 在省直参加企业医疗补充的企业参保人员，比照享受省直公补等待遇的参保人员，享受相应的待遇。

3. 未参加省直企业医疗补充的省直参保企业，可在按规定参加省直基本医疗保险、大额医疗费用补充保险基础上，自行建立企业补充医疗保险，相关待遇可比照省直企业医疗补充制度执行，减轻参保职工的医药费负担。

三、关于政策衔接

（一）适当调整个人账户使用范围

个人账户可用于支付下列费用：本人在定点医药机构发生的由个人负担的医药费用；由个人负担的急诊、抢救医疗费用；本人配偶及父母、子女参加城乡居民医保的个人缴费部分；家庭医生签约服务费中应由个人负担的部分。个人账户不得用于支付应由公共卫生负担的医疗费用，不得用于支付基本医疗保险以外的与疾病治疗无直接关系的其他消费支出。

（二）调整缴费年限政策

参加省直医保的职工达到法定退休年龄，男累计缴费满 30 年，女累计缴费满 25 年，方可享受退休人员职工医保待遇。上述年限由视同缴费年限和实际缴费年限构成。视同缴费年限包括医保制度实施以前符合国家和我省规定的工龄、军龄或工作年限，以及在省外参加职工医保并缴费的年限；实际缴费年限为职工在我省境内实际缴费的年限，且应不低于 15 年。

（三）调整保健对象政策

1. 享受保健对象医疗保障待遇的人员，发生的门诊基金可支付费用，起付标准以上、最高支付限额以下部分，基金支付比例在普通参保人员基础上提高10%。

2. 享受保健对象医疗保障待遇的人员，发生的住院（含门诊特殊疾病治疗）基金可支付费用，在基本医疗保险统筹基金最高支付限额以下应由个人负担的部分（不含起付标准费用），基金支付比例在省直公补支付比例基础上提高10%。

3. 享受保健对象医疗保障待遇的人员，乙类医保普通药品、诊疗项目及医疗服务设施项目、医用耗材个人先行自付比例为5%。

上述享受保健对象医疗保障待遇人员，待遇提高部分由保健对象医疗补贴资金支持；个人账户注入按现有政策执行。

四、健全保障措施

（一）强化门诊保障服务管理

1. 管理方式。省直医保门诊保障待遇采取定点管理。

（1）普通门诊统筹定点医疗机构原则上在一级及以下省直定点医疗机构中选择。

（2）门诊慢性疾病患者备案后，享受相关慢性疾病医疗服务，门诊慢性疾病定点医药机构原则上在二级及以下省直定点医疗机构及零售药店中选定，确有特殊需要的，经省医保经办机构核定后，可扩展至三级省直定点医疗机构。

（3）参保人员备案后，享受相关门诊特殊疾病医疗服务。门诊特殊疾病定点医疗机构原则上在二级及以上省直定点医疗机构、专科医疗机构中选定，探索开展部分用于治疗门诊特病的药品在定点零售药店直接结算。

（4）省直公务员普通门诊医疗补助定点医疗机构原则上在二级及以上省直定点医疗机构中选择，省直定点零售药店不再提供省直公补用药服务。

2. 付费方式。探索门诊统筹、门诊特殊疾病按总额、按人头付费，门诊慢性疾病按病种、按人头付费。

3. 病种管理。对省直门诊特殊、慢性疾病种实行“精准化”管理，经专家论证明确相关病种的准入标准和诊疗方案。参保患者不符合病种准入标准、超范围用药或诊疗所发生的医药费用，医保基金不予支付。省医保经办机构与定点医疗机构经过协商谈判，及时调整优化各病种付费内涵，确保参保人员待遇的公平性。

（二）建立待遇激励机制

1. 普通门诊统筹未使用限额可调剂至当年门诊慢病使用。
2. 当年未使用的普通门诊统筹待遇限额，可按 20%折算，结转至下一年度合并累计使用，结转额度限结转当年使用。
3. 参保人员连续 3 年未享受省直医保住院待遇，再次住院时，当次住院省直医保统筹基金支付比例提高 3%。

五、有关要求

- (一) 异地就医结算按照我省现行政策规定执行。
- (二) 省医保经办机构应根据本通知要求，坚持保障参保人员就医需求、确保医保基金安全的原则，制定具体经办管理办法及流程。
- (三) 本通知未尽事项按国家及我省的相关规定执行，由省医疗保障局、省财政厅负责解释。执行过程中如遇国家或我省相关政策调整，按调整后的政策执行。
- (四) 本通知自 2020 年 7 月 1 日起执行。本年度普通门诊统筹待遇及门诊慢性疾病待遇，基金可支付费用最高支付限额折半计算。

- 附件：1. 门诊慢性疾病保障范围
2. 门诊特殊疾病保障范围

吉林省医疗保障局 吉林省财政厅

2020 年 6 月 24 日

(此件主动公开)

附件 1

门诊慢性疾病保障范围

序号	疾病保障范围	序号	疾病保障范围
1	溶血性贫血	23	肺气肿

2	真性红细胞增多症	24	慢性支气管炎
3	甲状腺功能减退症	25	慢性阻塞性肺病
4	甲状腺功能亢进症	26	支气管哮喘
5	库欣综合征	27	克罗恩病
6	糖尿病并发症	28	溃疡性结肠炎
7	血脂异常	29	慢性胆囊炎
8	原发性慢性肾上腺皮质功能减退症	30	慢性胃炎
9	中枢性尿崩症	31	慢性胰腺炎
10	多发性硬化	32	胃食管反流病
11	脑血管意外偏瘫（外伤性脑出血除外）	33	消化性溃疡
12	青光眼	34	多发性肌炎和皮肌炎
13	心房颤动	35	股骨头坏死（股骨头置换术除外）
14	动脉硬化性闭塞症	36	骨关节炎
15	肺源性心脏病	37	结节性多动脉炎
16	风湿性心脏病	38	痛风
17	高血压并发症	39	肾衰竭（透析治疗除外）
18	冠心病（冠状动脉血管支架植入术后及冠脉旁路移植术后抗血小板治疗除外）	40	慢性盆腔炎
19	扩张型心肌病	41	慢性前列腺炎
20	慢性心力衰竭	42	慢性前列腺增生
21	心内膜炎	43	慢性肾小球肾炎
22	血栓闭塞性脉管炎	44	慢性肾盂肾炎

注：按照 ICD-10 疾病分类排序。

附件 2

门诊特殊疾病保障范围

序号	疾病保障范围	序号	疾病保障范围
1	艾滋病	24	克山病
2	布鲁氏菌病	25	心脏人工瓣膜置换术后抗凝治疗
3	囊虫病	26	血管支架植入术后抗血小板治疗
4	手足口病	27	血管旁路移植术后抗血小板治疗
5	血吸虫病	28	肺结核
6	恶性肿瘤放化疗	29	特发性肺纤维化
7	恶性肿瘤骨转移（门诊双磷酸盐治疗）	30	病毒性肝炎
8	前列腺癌（内分泌治疗）	31	肝硬化
9	乳腺癌（内分泌治疗）	32	结肠（直肠）息肉内镜治疗
10	白血病	33	胃息肉（内镜治疗）
11	骨髓增生异常综合征	34	痔疮（门诊手术治疗）
12	器官移植抗排异治疗	35	白癜风
13	血小板减少性紫癜	36	银屑病
14	血友病	37	大骨节病
15	再生障碍性贫血	38	风湿（类风湿）性关节炎
16	造血干细胞移植术后抗排异治疗	39	强直性脊柱炎
17	苯丙酮尿症	40	系统性红斑狼疮
18	重症精神病	41	肾、输尿管结石（体外冲击波碎石）
19	脑性瘫痪	42	肾病综合征
20	癫痫	43	肾衰竭（透析治疗）
21	肝豆状核变性	44	外阴白色病变
22	帕金森病	45	子宫内膜异位症（内分泌治疗）
23	重症肌无力		

注：按照 ICD-10 疾病分类排序。

[《关于调整省直城镇职工医疗保障相关政策的通知》政策解读](#)

