

索引号:	11220000MB19566296/2020-03393	分类:	政策解读、待遇保障;其他
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》政策解读		
发文字号:		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》政策解读](#)

为全面调整优化省直医保制度政策，省医疗保障局、省财政厅联合出台了《关于调整省直城镇职工医疗保障相关政策的通知》（以下简称《通知》），现将有关政策解读如下：

一、《通知》的出台背景

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制度体系，合理均衡各类省直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，出台本《通知》。

二、《通知》的主要政策

（一）基本医疗保险。新增普通门诊统筹和门诊慢性病保障政策，扩大门诊特殊疾病保障范围。同步提高统筹基金年度最高支付限额至20万元，建立重大疾病保障待遇制度。

（二）补充保险制度

1. 门诊待遇。取消原门诊公务员补助待遇享受需个人账户余额为零的限制，扩大了待遇覆盖人群范围，利于个人账户余额较多、每月注入金额较高的人群享受门诊公补待遇；取消公补药店、一级及以下定点医疗机构门诊公补服

务，有效加强公补基金管理，提高基金使用效率；调整后的公补待遇与新增的门诊统筹待遇相辅相成，全面覆盖参保人员门诊就医需求。

2. 住院待遇。原超过省直医保统筹基金最高支付限额 1 元-40000 元由公补支付的部分，通过调整省直大额医疗费用补充保险支出结构予以保障。提高大额补充保险年度累计最高支付限额至 50 万元，报销比例保持 90%不变。

（三）政策衔接。扩大了个人账户适用范围；调整缴费年限政策，明确实际缴费年限为职工在我省境内实际缴费的年限；调整保健对象政策，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付；保健对象个人账户注入按现有政策执行。

（四）健全保障措施

1. 强化门诊保障制度服务管理

省直医保门诊保障待遇采取定点管理；省直定点零售药店不再提供公补用药服务；探索门诊统筹、门诊特殊疾病按总额、按人头付费，门诊慢性病按病种、按人头付费；对省直门诊特、慢病病种实行“精准化”管理；省直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。

2. 建立待遇激励机制

普通门诊统筹未使用限额可调剂至当年门诊慢病使用；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；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。《通知》自 2020 年 7 月 1 日起执行。2020 年度普通门诊统筹待遇及门诊慢性病待遇，基金可支付费用最高支付限额折半计算。

