

索引号:	11220000013544357T/2021-06469	分类:	卫生、体育、卫生;通知
发文机关:	吉林省人民政府办公厅	成文日期:	2021年12月24日
标题:	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		
发文字号:	吉政办发〔2021〕59号	发布日期:	2021年12月29日

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

各市（州）人民政府，长白山管委会，长春新区、中韩（长春）国际合作示范区管委会，各县（市）人民政府，省政府各厅委办、各直属机构：

《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》已经省政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

吉林省人民政府办公厅

2021年12月24日

（此件公开发布）

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

建立健全职工基本医疗保险（以下简称职工医保）门诊共济保障机制是重大民生工程。为充分发挥职工医保共济保障作用，更好地解决职工医保参保人员门诊保障问题，切实减轻参保人员医疗费用负担，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），结合我省实际，制定本办法。

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，深入贯彻习近平总书记视察吉林重要讲话重要指示精神，全面实施“一主六双”高质量发展战略，既尽力而为、又量力而行，坚持人人尽责、人人享有，完善制度、引导预期，加快医疗保障重点领域和关键环节改革，将门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围，改革职工医保个人账户，建立健全门诊共济保障机制，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担，实现制度更加公平更可持续。

（二）基本原则。坚持保障基本，实行统筹共济，切实维护参保人员权益。坚持平稳过渡，保持政策连续性，确保改革前后待遇顺畅衔接。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、逐步转换。坚持因地制宜，在整体设计基础上，鼓励各统筹地区从实际出发，积极探索增强职工医保门诊保障的有效途径。

（三）工作目标。2022年6月底前，健全职工医保门诊保障政策，完善个人账户管理机制，优化门诊就医管理办法。2022年底前，所有统筹地区出台建立健全职工医保门诊共济保障机制实施细则，做好待遇兑现和统计调度工作。2023年底前，职工医保基金内部结构更加优化，门诊医疗费用支付方式改革稳步推进，基金监管机制更加健全，所有统筹地区改革目标任务落地落实。

二、门诊共济保障

（四）建立健全普通门诊统筹。普通门诊统筹覆盖职工医保全体参保人员，逐步将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。支持分级诊疗制度实施，按定点医疗机构级别设置起付标准和差别化支付比例，起付标准以上、最高支付限额以下政策范围内支付比例不低于50%。普通门诊统筹基金与住院统筹基金对退休人员倾斜支付比例保持一致。

（五）稳步提高门诊慢性病、特殊疾病保障水平。根据医保基金承受能力，逐步调整由统筹基金支付的门诊慢性病、特殊疾病（以下简称慢特病）病种范围，将部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病纳入门诊慢性病保障范围内，对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理。不断健全门诊共济保障机制，逐步由病种保障向费用保障过渡。根据基金承受能力，逐步提高城乡居民医保门诊保障水平。

（六）做好门诊保障政策衔接。抓实关键改革，紧紧扭住加强门诊共济保障和改进个人账户两项任务，形成联动机制。要妥善处理政策前后存在的差异，确保保障待遇整体上不降低。要摸清享受原门诊保障政策人员底数，建立台账管理，有序衔接新旧待遇。做好职工医保同大额医疗费用补助、公务员医疗补助等待遇支付的政策衔接。

三、个人账户

（七）改进个人账户计入办法。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）：在职职工个人账户按月由个人缴纳的基本医疗保

险费计入，计入标准为本人参保缴费基数的2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；退休人员个人账户按月由统筹基金按定额划入，划入额度逐步调整到统筹地区根据本办法实施改革当年基本养老金平均水平的2%左右。在职转退休的职工，从次月起为其变更个人账户计入比例和办法。按照本办法改进个人账户计入办法后，增加统筹基金主要用于建立健全门诊共济保障机制，提高职工医保参保人员普通门诊统筹、门诊慢性病保障和门诊特殊疾病保障待遇水平。

（八）规范个人账户使用范围。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。可以用于支付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药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。探索个人账户用于本人参加职工大额医疗费用补助、长期护理保险及用于配偶、父母、子女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。个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

四、服务与监督

（九）完善付费机制。对基层医疗服务可按人头付费，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合；对日间手术及符合条件的门诊特殊病种，可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。

（十）完善配套措施。支持外配处方在定点零售药店结算和配药，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，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。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。

（十一）加强监督管理。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。

五、保障措施

（十二）加强组织领导。各地要提高政治站位，加强部门联动，强化对重点领域和关键环节的组织领导，形成工作合力。各统筹地区政府要研究制定落实本办法的具体实施细则，协调解决重点难点问题，确保领导到位、责任到位、工作到位，确保制度平稳运行，各项改革政策措施落到实处。

（十三）强化部门协同。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，引导参保人合理有序就医；人力资源社会保障部门要及时提供各统筹地区退休人员基本养老金平均水平等数据；药监部门要加强药品生产、流通环节质量安全监管，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。

（十四）注重宣传引导。各地要创新宣传方式，丰富宣传手段，广泛开展宣传，准确解读政策。要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，以及医疗保险共建共享、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。