

索引号:	11220000MB19566296/2022-03657	分类:	待遇保障;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2022年08月30日
标题:	省医疗保障局 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		
发文字号:	吉医保联〔2022〕22号	发布日期:	2022年08月31日

# 省医疗保障局 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

各市（州）医疗保障局、财政局，长白山管委会医疗保障局、财政局，梅河口市医疗保障局、财政局：

为贯彻落实《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》（吉政办发〔2021〕59号，以下简称“59号文件”），进一步明确职工基本医疗保险（以下简称职工医保）门诊共济保障机制相关政策，结合我省实际，现就有关要求问题通知如下：

## 一、定点机构范围

职工医保普通门诊统筹在三级及以下定点医疗机构开展；门诊慢性病原则上在二级及以下定点医疗机构开展；门诊特殊疾病原则上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。

有条件的统筹区可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性病、特殊疾病（以下简称门诊慢特病）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。

## 二、门诊待遇保障政策

（一）门诊保障病种范围。普通门诊统筹不设定具体病种。门诊慢特病全省统一设定病种（具体病种另行制定），并逐步由病种保障向费用保障过渡。

（二）普通门诊统筹。起付标准按自然年度累计计算，最高不超过300元，具体标准由各统筹区确定。在职职工在一级及以下医疗机构、二级医疗机

构、三级医疗机构的普通门诊统筹支付比例分别为60%、55%、50%，对退休人员的倾斜支付比例同统筹区住院统筹基金倾斜支付比例一致。统筹基金年度最高支付限额不超过2000元，具体标准由各统筹区确定。

(三) 门诊慢性病。门诊慢性病与普通门诊统筹起付标准合并计算。支付比例原则上设60%和70%两档，由统筹区选择确定。统筹基金年度最高支付限额不超过6500元。各统筹区可结合实际，按病种设定具体的统筹基金年度最高支付限额。

(四) 门诊特殊疾病。起付标准原则上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。

(五) 急诊抢救。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支付政策执行，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。

(六) 日间手术。对相关日间手术实行收付费管理的，可以不设起付线，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。

(七) 动态调整。职工医保门诊保障相关待遇，可根据各地经济社会发展、基金运行实际情况实行动态调整。

### 三、关于费用结算

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。

### 四、关于支付方式

加强门诊医药费用数据采集和分析应用。完善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。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疾病病种，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。

### 五、关于监督管理

坚持以收定支、收支平衡、略有结余原则，加强医保基金预算管理与基金稽核制度、内控制度建设。建立健全医保基金安全防控机制，全面加强医保行政监管和经办稽核，将门诊医疗费用纳入常态化监管范围，强化智能监控，保持对虚构医疗服务项目、过度诊疗、医保卡套现等欺诈骗保行为高压态势。强化定点医疗机构协议管理，建立健全适合门诊特点的医疗服务管理和考核体系，加强对门诊就诊率、转诊率、次均费用、费用结构等的考核，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

## 六、组织实施相关要求

（一）制定实施细则。各统筹区要根据 59 号文件和本通知要求，在 2022 年年底前制定出台具体实施细则，明确细化门诊共济保障机制相关政策。

（二）确保规范统一。省里明确门诊保障机制主要政策框架和标准，全省统一执行。各统筹区要规范门诊保障政策措施，确保地市范围内实施统一政策。已开展普通门诊统筹的统筹区要细化完善政策标准，新启动改革的统筹区要严格落实省里要求，确保不跑偏走样。

（三）做好政策衔接。各统筹区要做好职工医保门诊与住院待遇支付、各类补充保险、参保关系转移接续后待遇支付的政策衔接。以自然年度计算的原有门诊保障待遇，执行至 2022 年年底。

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。

苯丙酮尿症患者按照《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。

吉林省医疗保障局 吉林省财政厅

2022 年 8 月 30 日

[《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》政策解读](#)