

吉林省人民政府办公室文件

吉市政办发〔2022〕39号

吉林省人民政府办公室 关于印发进一步健全完善吉林省职工医保 门诊共济和待遇保障机制实施细则的通知

各县（市）区人民政府，各开发区管委会，市政府各委办局、直属机构：

《进一步健全完善吉林省职工医保门诊共济和待遇保障机制实施细则》已经市政府2022年第14次常务会议讨论通过。现印发给你们，请认真遵照执行。

吉林省人民政府办公室

2022年12月26日

进一步健全完善吉林市职工医保 门诊共济和待遇保障机制的实施细则

第一章 总则

第一条 为逐步提升职工医保待遇保障水平，减轻参保人员医疗费用负担，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，根据《吉林省人民政府办公厅关于印发吉林省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知》（吉政办发〔2021〕59号）《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）等文件要求，为建立健全吉林市职工基本医疗保险制度，结合实际，制定本实施细则。

第二条 以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持“保障基本、统筹共济，平稳过渡、政策连续，协同联动、因地制宜”的基本原则，建立职工医保普通门诊统筹制度，规范门诊慢性、特殊疾病医疗保障制度，完善个人账户使用管理制度。坚持公平适度，从实际出发提高医保基金使用效率，确保全市职工医保制度平稳健康发展。

第三条 本实施细则所指的职工医保门诊共济保障，包括职工医保普通门诊（含门诊检查）、门诊慢性疾病、门诊特殊疾病、门诊急诊抢救、国家医保谈判药品门诊保障、日间手术等。

第四条 本实施细则适用于参加吉林市职工医疗保险人员。

第五条 市医疗保障局负责牵头拟制吉林市职工医保门诊共济保障政策,有关部门结合自身工作职责,共同开展好基金管理、医疗卫生行政管理、市场监督规范、打击欺诈骗保等各项工作。市县两级医保经办机构负责吉林市职工医保门诊共济保障工作的具体组织实施。

第二章 门诊共济保障

第六条 建立普通门诊统筹。普通门诊统筹不设定具体病种,参保人员在定点医疗机构普通门诊就诊,产生符合医保规定的政策范围内医疗费用,纳入普通门诊保障。

起付标准。在一个自然年度内个人计算一次起付标准,参保人员每年普通门诊就诊结算,政策范围内医疗费用统筹基金起付标准:一级及以下定点医疗机构 100 元,二级定点医疗机构 200 元,三级定点医疗机构 300 元。前往上级定点医疗机构普通门诊起付标准补差计算。

支付比例。在职参保人员普通门诊政策范围内医疗费用一级及以下定点医疗机构、二级定点医疗机构、三级定点医疗机构统筹基金支付比例分别为 60%, 55%, 50%。退休参保人员支付比例在在职人员支付比例基础上提高 5 个百分点。

最高支付限额。普通门诊费用统筹基金年度最高支付限额为 1000 元,与年度住院最高支付限额分别计算。超过最高支付限额的普通门诊政策范围内费用由个人自费。普通门诊统筹年度最高支付限额在当年度使用,不能结转下一年度,不能转让他人使

用。

第七条 门诊慢性疾病保障政策。参保人员经定点医疗机构确诊患有符合规定慢性疾病的，治疗慢性疾病发生政策范围内费用，在一个自然年度内超过起付标准以上部分，由职工医保统筹基金按比例支付。门诊慢性疾病病种按照全省统一设定病种执行。

起付标准。慢性疾病门诊费用起付标准为 800 元，与普通门诊统筹起付标准合并计算。

支付比例和最高支付限额。起付标准以上最高支付限额以内费用统筹基金支付比例统一为 70%，最高支付限额按病种设置。同时享受多病种保障待遇的，每增加 1 个病种，在限额最高的病种基础上增加 300 元门诊慢性疾病统筹基金支付额度。年度统筹基金累计最高支付限额不超过 6500 元。慢性疾病门诊费用由职工医保统筹基金单独支付，与年度住院最高支付限额分别计算。

第八条 门诊特殊疾病保障政策。参保人员经定点医疗机构确认为患有符合规定的门诊特殊疾病，在定点医疗机构发生规定范围内的特殊疾病医疗费用，可享受门诊特殊疾病统筹待遇。

起付标准。与同等级定点医疗机构住院起付标准一致，一个自然年度内个人计算一次起付标准，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。门诊特殊疾病统筹基金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。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（不限定级别）中开展。

第九条 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，在急诊抢救（留观）后住院治疗或急诊留观期间死亡的，其住院前发生的急诊留观医疗费用可参照同级别定点医疗机构住院待遇支付政策执行。在发生急诊留观后续未收入院治疗的，如存在医院无法转住院、无床位等特殊情况的，可将急诊留观发生的门诊费用按住院待遇核定报销。统筹基金支付限额与住院年度最高支付限额合并计算。其他急诊费用按门诊统筹政策待遇支付。

第十条 日间手术。日间手术实行收付费管理的，不设起付标准，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；已公布病种结算标准的日间手术实行按病种付费。

第十一条 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。

第十二条 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。

第三章 住院待遇保障

第十三条 起付标准。职工医保设置年度起付标准和次均起付标准，参保人员每次住院次均起付标准内费用统筹基金不予支付。每个自然年度内，次均起付标准累计达到6000元后再次入

院，不再收取起付标准费用，统筹基金按规定比例予以支付。参保人员在一级及以下、二级、三级定点医疗机构住院，第一次起付标准分别为 400 元、800 元、1100 元；第二次起付标准分别为 300 元、700 元、1000 元；第三次及以后起付标准分别为 200 元、600 元、900 元。

统筹基金支付比例和最高支付限额。在职职工在一级及以下、二级、三级定点医疗机构住院，支付比例分别为 90%、87%、85%。退休人员支付比例在在职人员支付比例基础上提高 5 个百分点。年度最高支付限额 9 万元。

按照分级诊疗原则，对符合规定的转诊住院患者可以连续计算起付线。对上级医院向下级医院转诊开展后续治疗的患者取消当次基层住院起付线。

第十四条 参加基本医疗保险的单位和职工，应当按照相关文件规定，参加职工大额医疗费用补助。

参保人员一个自然年度内，住院（含门诊特殊疾病）治疗发生的符合医保规定的政策范围内医疗费用，超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上，年度累计 41 万元以内（含 41 万元）的部分，由职工大额医疗费用补助资金按比例支付。

第四章 职工个人账户

第十五条 个人账户使用范围：

（一）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。

(二) 参保人员及其配偶、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、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。

(三) 参保人员参加职工大额医疗费用补助、长期护理保险个人缴费。

(四) 参保人员配偶、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。

(五) 参保人员本人使用的个人账户支付的政策范围内个人自付部分(超出支付标准部分除外)纳入各类统筹基金起付标准累计范围。

个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身、养生保健消费等超出基本医疗保险保障范围的支出。

第十六条 个人账户计入办法。

2023年1月1日起,按照统账结合模式参加职工基本医疗保险人员,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2%。退休人员个人账户按定额计入,分两步达到计入标准,2023年1月1日起,计入标准调整为88.2元;2024年1月1日起,计入标准调整为72.6元。在职转退休的,次月起变更个人账户计入金额。

第十七条 个人账户资金归个人所有,滚存积累。

发生医保关系转移接续、继承,在办理停退保时同步计息结算。

第十八条 职工医保关系转移时，应申请办理医保关系转移接续业务，个人账户余额随同医保关系转移，如转入地医保部门无法接受个人账户金额导致不能随同转移的，可申请办理医保个人账户一次性支取。

第十九条 参保人员因死亡、出国（境）定居等原因不能继续参加基本医疗保险的，参保单位应及时向所在地医保经办机构申请办理参保状态变更，变更业务完成后，可申请办理医保个人账户一次性支取。

第五章 优化经办服务

第二十条 医保经办机构应完善线上及线下服务渠道，方便参保人员申请建立个人账户家庭共济使用账号，登记其家庭成员（包括参保人员本人的配偶、父母及子女）信息。家庭共济使用账号登记后，其他家庭成员无需重复登记确认。参保人员可以变更或撤销关联的家庭成员信息。

第二十一条 参保人员门诊就医或者购药时所发生的政策范围内医疗费用，凭本人医保凭证按照下列规定办理：

（一）属于统筹基金支付的，定点医药机构实时上传费用信息并即时结算；

（二）属于个人账户支付的，定点医药机构实时上传费用信息并从个人账户中划扣；个人账户不够支付的，由参保人员自付。

第二十二条 医保经办机构应按规定标准为参保人员逐月计入个人账户资金。参保单位中断缴费的，自中断之日起暂停其职工

个人账户计入，待足额补缴后，补划其应计入的个人账户资金。

第二十三条 健全完善异地门诊就医、个人账户使用等经办服务管理机制。

第二十四条 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。

第二十五条 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。

第二十六条 医疗保险经办机构对符合规定的“互联网+”门诊医疗费用按互联网医院依托的实体定点医疗机构级别进行结算报销。

第六章 部门职责分工

第二十七条 市医保局要健全完善医保基金安全防控机制，严厉打击欺诈骗保行为。进一步加强基金稽核制度和内控制度建设，强化对医疗行为和医疗费用的监管，严肃查处各类涉及医保基金的违法违规行为，进一步加强对定点医药机构门诊支出的监管力度，在监管中发现的问题，按规定移交有关部门按照有关法律法规及时进行处理，确保医保基金安全高效、合理使用。

第二十八条 卫生健康部门要调整完善门诊就医管理机制，优化门诊就医流程，推广多学科诊疗服务模式，优化预约诊疗，加强处方监管，规范诊疗行为，配合医疗保障部门开展门诊处方流转工作，为参保人员提供优质高效的门诊服务。

第二十九条 市场监管部门要进一步加强零售药店管理，规范零售药店药品经营行为，配合开展门诊处方流转工作，维护参保人员购药合法权益。

第三十条 市县两级医疗保障部门要进一步健全医保定点机构服务协议管理，完善医保考核体系，在确保医保基金安全平稳运行的基础上，落实好参保人员门诊共济待遇享受。

第三十一条 各有关部门要结合自身职责，通过电视、报刊、官方网站、官方微信公众号等各类渠道广泛开展职工医保门诊共济保障政策宣传引导和解读回应，制作刊播公益广告，扩大社会各界知晓度，凝聚社会共识和改革合力，推动参保人员树立“无病时帮助他人，有病时人人帮我”的医疗保障共建共享、互助共济理念，营造良好社会氛围。

第七章 附 则

第三十二条 对需国家医保平台调整改造支撑的新政策，按平台调整改造测试完毕的时点执行。

第三十三条 本实施细则自 2023 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2027 年 12 月 31 日。

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市纪委监委办公室，市法院、市检察院，各人民团体，各民主党派，驻吉各中省直单位，各企事业单位，各大专院校，江城日报社。

吉林市人民政府办公室文电处

2022年12月28日印发
