

|       |                                          |       |                  |
|-------|------------------------------------------|-------|------------------|
| 索引号:  | 112224000136069178/2022-14949            | 分类:   | 医疗保障;通知          |
| 发文机关: | 延边州人民政府办公室                               | 成文日期: | 2022 年 12 月 22 日 |
| 标题:   | 延边州人民政府办公室关于印发延边州职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则的通知 |       |                  |
| 发文字号: | 延州政办发〔2022〕31 号                          | 发布日期: | 2022 年 12 月 26 日 |

# 延边州人民政府办公室关于印发 延边州职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则的通知

延州政办发〔2022〕31 号

各县（市）人民政府，州人民政府各委办局：

《延边州职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》已经州人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。

延边州人民政府办公室

2022 年 12 月 22 日

（此件公开发布）

## 延边州职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则

### 第一章 总则

**第一条** 为进一步健全互助共济、责任共担的职工基本医疗保险（以下简称职工医保）制度，更好地解决职工医保参保人员门诊保障问题，切实减轻其医疗费用负担，按照《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）、《吉林省医疗保障局 吉林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）要求，结合我州实际，制定本实施细则。

**第二条** 本细则适用于我州职工医疗保险全体参保人员。

**第三条** 门诊共济保障机制坚持保障基本，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。

**第四条** 州医疗保障行政部门负责组织实施全州职工医保门诊共济保障工作。医疗保险经办机构具体负责门诊共济保障统筹基金的筹集、管理和待遇审核、基金支付、稽核等工作。

## **第二章 门诊待遇保障**

**第五条** 普通门诊统筹待遇按下列规定执行：

普通门诊统筹在三级及以下定点医疗机构开展，不设定具体病种，将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。

起付标准按自然年度累计计算。一级及以下定点医疗机构起付标准 100 元，二级定点医疗机构起付标准 200 元，三级定点医疗机构起付标准 300 元。前往上一级定点医疗机构的起付标准补差计算。

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住院统筹基金倾斜支付比例一致，即分别为 62%、57%、52%。

统筹基金年度最高支付限额 1000 元。

**第六条** 门诊慢性病待遇按下列规定执行：

门诊慢性病原则上在二级及以下定点医疗机构开展，执行全省统一设定的病种。

门诊慢性病不设定起付标准。

统筹支付比例为 60%。

统筹基金按年度最高支付限额支付。具体标准另行制定。

**第七条** 门诊特殊疾病待遇按下列规定执行：

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，执行全省统一设定的病种。

起付标准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。

统筹支付比例按同级定点医疗机构住院支付比例执行。

## **第八条 急诊抢救待遇按下列规定执行：**

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。

## **第九条 日间手术待遇按下列规定执行：**

对相关日间手术实行收付费管理的，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。

## **第三章 费用结算**

**第十条** 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。

**第十一条** 异地就医的参保人员，可在备案后到州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。

## **第四章 监督管理**

**第十二条** 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。

**第十三条** 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。

**第十四条** 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、费用结构等方面的考核，引导定点医疗机构规范提供诊疗服务。

## **第五章 政策衔接**

**第十五条** 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。

**第十六条** 在一个参保年度内，门诊共济保障个人自付部分纳入门诊公务员医疗补助累计范畴；县级公立医院机构改革门诊诊查费补助费用按原渠道解决，计入门诊共济保障统筹基金累计。门诊特殊疾病、急诊抢救和日间手术的统筹基金支出合并计入基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额，超过年度最高支付限额以上的由大额医疗费用补助支付。

**第十七条** 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。

**第十八条** 苯丙酮尿症患者按照《吉林省医疗保障局 吉林省卫生健康委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。

**第十九条** 参保人员办理基本医保关系在职转退休，从办理之日次月起，为其变更门诊共济保障统筹基金支付比例。

## **第六章 附则**

**第二十条** 个人账户管理办法按照《延边州医疗保障局 延边州财政局关于转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》（延州医保联发〔2022〕11号）执行。

**第二十一条** 本细则由延边州医疗保障局负责解释。

**第二十二条** 本细则自2023年1月1日起施行。