明年起吉林省将统一城乡居民基本医保制度，门诊、住院，有啥新政策？

据吉林省人民政府网站消息，我省印发《关于印发进一步推进城乡居民基本医疗保险保障待遇统一的指导意见的通知》。《意见》明确，2020年1月1日起，全面实施统一的城乡居民基本医保制度，在市级统筹区域内实现保障待遇政策标准和经办管理服务的统一，为参保人员提供公平的基本医疗保障。统筹协调门诊和住院保障资源，形成完整的待遇保障链条，逐步提升医疗保障制度的整体保障绩效。

指导意见有哪些亮点？吉林省城乡居民基本医疗保险保障待遇如何统一？如何做好相关政策的衔接？如何确保政策落实？请看下图了解相关内容。



为进一步贯彻落实吉林省人民政府办公厅《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（吉政办发[2016]84号）和《关于印发加快推进城乡居民基本医疗保险制度“六统一”实施方案的通知》（吉医改办联发[2017]2号，以下简称2号文件）等文件精神，按照省委省政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的总体部署，进一步推进城乡居民基本医疗保险保障待遇统一，我省提出这些举措。

如何统一待遇标准？

参保人员在定点医疗机构发生的符合城乡居民基本医疗保险基金支付范围的门诊医药费用，按以下政策规定范围执行。

门诊



城乡居民门诊保障政策按照“普通门诊统筹+慢病门诊保障+特殊疾病门诊保障”的保障层次建立和完善。

健全完善普通门诊统筹制度

（1）保障范围

各统筹地区要建立与“基本医疗有保障”相适应的普通门诊统筹制度，把门诊多发病、常见病，以及国家医疗保障局等四部门联发《关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的指导意见》（医保发〔2019〕54号，以下简称54号文件）中确定的高血压、糖尿病等门诊保障相关用药纳入普通门诊统筹支付范围。

定点医疗机构提供的诊疗服务与家庭医生签约所提供的6项服务内容重叠的，按《吉林省基本医疗保险家庭医生签约服务付费暂行办法》（吉人社联字〔2018〕63号）要求执行。

已纳入家庭医生签约服务医保付费内容的，不再向签约居民收取相关服务项目的费用。

按照《国家医疗保障局 财政部 关于做好2019年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2019〕30号）要求，实行个人（家庭）账户的统筹地区，应于2020年底前取消，向普通门诊统筹平稳过渡。

（2）待遇标准

报销比例与报销范围

普通门诊统筹在二级、一级及以下医疗机构报销比例统一为50%。其中，按54号文件规定高血压、糖尿病，以及原城镇居民和新农合的部分门诊慢病中，符合二级医疗机构门诊用药范围和保障政策要求的，可放宽至二级医疗机构。其他用药应限于一级及以下医疗机构。

起付标准与报销额度

普通门诊统筹在二级、一级及以下医疗机构的起付标准（线），由各统筹地区结合基金承受能力自行确定。在一个保险年度内，门诊报销额度设为700元和1000元两档，由各统筹地区结合本地城乡居民可支配性收入情况，进行选择设定。

（3）服务管理

按照普通门诊统筹与家庭医生签约服务“两种制度并行、相关待遇衔接”的原则，城乡居民可自愿选择签约家庭医生，并在签约家庭医生所在定点基层医疗卫生机构享受普通门诊统筹待遇，以及家庭医生签约服务。

签约居民年度内，可根据疾病诊疗情况，最多变更一次定点基层医疗机构。

各统筹地区要加强普通门诊统筹服务管理，严格家庭医生处方考核，防止滥开药物，按照家庭医生考核办法和基金监管办法，强化基金绩效管理。

统一门诊慢病保障待遇

（1）全省统一病种

将风湿性心脏病（心功能Ⅱ级及以上）等20种疾病分批纳入全省门诊慢病保障范围。

本指导意见实施时，先行确定18种（附件1）。

为加强医疗服务规范化管理，对全省统一病种统一确定具体准入标准（另行发文制定）。

请各统筹地区对照执行，为深化按病种付费制度改革奠定基础。

（2）各地新增病种

各统筹地区在全省统一病种保障范围的基础上，结合地方病、本地常见病和基金承受能力等因素，可适当新增相关门诊慢病保障病种。

各统筹地区新增病种应结合基金承受能力和本地城镇职工门诊慢病保障病种情况，在原城镇居民和新农合门诊医保中，未纳入全省统一门诊慢病病种的范围内选择，但总数应不超过5种。

具体保障政策标准和经办服务管理，参照全省统一病种保障政策执行。

（3）保障政策标准

起付标准与报销比例

全省统一病种，其省内医疗机构发生的政策规定范围内慢病门诊医药费用报销比例为60%，同时按病种设定年度政策范围内医疗费报销限额（附件1）。各病种个人自付起付标准（线），由各统筹地区自行确定。

各统筹地区参照全省统一病种的保障政策，自行规定本地新增病种的保障政策。其中，本统筹地区职工门诊保障低于此待遇标准的应参照执行。高于此待遇标准的，仍按原政策执行。

全省统一病种与本地新增病种，可根据病情诊断情况，享受多病种保障待遇。同时享受多病种保障待遇的，每增加1个病种相应享受的待遇标准，由各统筹地区自行确定。但一个保险年度内，基本医保对参保人员普通门诊统筹保障和门诊慢病保障的最高报销额度不能突破6500元。

完善门诊特殊疾病保障待遇

对制度整合期间，2号文件确定的恶性肿瘤放化疗等41个门诊特殊疾病（附件2），制度整合后，全省统一实施，整体纳入城乡居民门诊特殊疾病保障范围。

门诊特殊疾病保障，原则上在二级及二级以上定点医疗机构开展，具体定点医疗机构范围由医疗保险经办机构通过协商签订协议方式确定。门诊特殊疾病报销比例可参照住院报销比例执行。其中，苯丙酮尿症按照省医疗保障局印发《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。

各统筹地区要组织对这41个门诊特殊疾病进行梳理分析、研判评估。综合考虑各病种本地发病率、医疗服务成本以及基金承受能力等因素，通过专家评估、费用测算、协商谈判等环节，同定点医疗机构合理确定特殊疾病的具体付费方式和起付标准、支付标准。制定待遇保障标准时，要考虑与本地城镇职工保障待遇间的有序衔接。



住院

统一住院统筹待遇

参保城乡居民在定点医疗机构发生的符合城乡居民基本医疗保险基金支付范围的住院医疗费用，分别设个人自付起付标准、支付比例和年度基金支付限额。

起付标准与报销比例

按照定点医疗机构级别（未定级或级别界定不明晰的，可以医保经办机构与医疗机构定点协议管理中，双方约定的医疗机构级别为准），确定参保人员个人自付起付标准（线），以及按照统筹基金年度最高支付限额分段确定报销比例（见附件3）。其中，定点医疗机构起付标准（线），由统筹地区结合城乡居民收入水平，并参照各地现行定点医疗机构起付标准自行确定。

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。

支付限额及其统计口径

政策范围内，城乡居民基本医保住院统筹基金年度最高支付限额（含门诊特殊疾病、特药保障等医疗费用支出）统一调整为20万元。

统一42种重大疾病医疗保障待遇

为进一步提高城乡居民医疗保障水平，对原新农合儿童白血病等42种重大疾病，实行城乡居民统一的保障政策。针对在定点医疗机构就诊，主诊断和主要治疗操作标准明确、诊疗技术比较成熟的疾病实行按病种付费。具体保障政策待遇标准按《关于统一城乡居民42种重大疾病医疗保险支付政策的通知》执行。

按照《吉林省人口和计划生育领导小组会议确定事项清单》要求，符合条件的危重孕产妇因产科出血和妊娠合并高血压而产生的住院医疗费用，参照城乡居民42种重大疾病医保支付政策，逐步提升危重孕产妇的待遇保障水平。

鼓励开展日间手术

医疗机构开展日间手术治疗的，经与医疗保险经办机构协商签订协议后，按照门诊特殊疾病统筹管理。

如何做好政策衔接？

确保原有享受门诊保障人员待遇整体上不降低

各统筹地区要妥善处理政策统一前后存在的待遇差，确保保障待遇整体上不降低。

各地要摸清享受原门诊保障政策的人员底数，建立台账管理，有序衔接新旧待遇，确保原保障待遇执行至当期待遇终止日期。

文件实施后，经审核符合政策规定的新进人员，按新门诊政策保障待遇标准，确定相应保障待遇。

在脱贫攻坚期内，建档立卡农村贫困人口大病兜底及相关保障待遇保持不变。

基本医保向贫困人口实施特惠保障等混淆制度功能、三重保障制度外叠床架屋、随意扩大受益范围等靶点不聚焦的，要恢复三重保障制度各自功能定位，并于2020年底前平稳过渡到现有三重制度框架内，并同步做好资金并转、政策对接、管理衔接，保持政策连续性和稳定性。

统一实施新生儿落地参保政策

全省统一实施新生儿落地参保政策。

未实施的地区，要健全新生儿落地参保政策；已实施的地区，要进一步完善与城乡居民保障待遇的无缝衔接，实现城乡居民全生命周期的医疗保障，维护参保家庭成员的医疗保险合法权益。

统一目录内乙类医药费用自付比例

各统筹地区医保统筹基金支付乙类的药品、诊疗项目(含医用耗材)和服务设施项目费用时，先由参保人员个人支付比例统一调整为10%（高值医用耗材实行限价管理的除外）；支付甲类的药品、诊疗项目和服务设施项目时，不得再另行设定个人支付比例。

如何保障政策实施？

完善多渠道筹资机制

适当调整和提高个人筹资标准，在精算平衡的基础上，逐步建立个人缴费标准与经济社会发展水平、政府补助标准、城乡居民可支配收入相适应的稳定筹资机制。

合理界定学生儿童与成年人缴费标准的比例关系，逐步将这两类群体缴费标准的比例稳定在1：1.5左右。

指导有条件的地区，探索加大对不同困难群体资助参保的政策措施。拓宽筹资渠道，引导鼓励更多社会组织、慈善基金和公益性捐助资金等相关社会力量多方筹资，资助困难群体参加医疗保险，引导城乡居民持续参保。

健全待遇正常调整机制

根据城乡居民人均收入水平，动态调整各保障层次医保待遇标准。

逐步建立健全保障待遇水平与医疗服务价格、城乡居民可支配性收入等因素联动的城乡居民基本医疗保险待遇标准正常调整机制。

确保城乡居民医保与城镇职工医保待遇水平保持合理的梯度结构，形成待遇支付水平的层次化、均衡化。

建立待遇激励共济机制

依托多层次统筹保障制度，探索建立城乡居民待遇激励共济机制。

普通门诊统筹当年未使用限额可调剂至门诊慢性病限额；普通门诊统筹、门诊慢性病当年未使用限额可调剂至住院（特病）使用。

当年未使用的门诊待遇限额，可按一定比例折算，结转至下一年度合并累计使用；或经一定累积（计），可提高下一年度的基金支付比例，激励参保人员参与保障待遇绩效管理。

优化医疗保险付费机制

各统筹地区要不断完善医疗保险支付机制和利益调控机制。

支持分级诊疗模式和家庭医生签约服务制度建设。

依托基层医疗卫生机构推行按人头付费，各地根据基础包签约数量，将家庭医生签约服务费中医保支付的部分（每人20元/年）全额列入基金支出预算及年度定点机构总额控制指标。明确按人头付费的医保基金承担的家庭医生签约基础性服务包付费应涵盖一般诊疗费和基本医疗服务的相关费用。

未签约居民，仍按原就医渠道和医保政策执行，全面落实一般诊疗费医保支付政策，将挂号费、诊查费、注射费、药事服务费合并，按政策标准支付。

定点医疗机构一般诊疗费实行总额控制、预算管理，年度预算总额由当地医保经办机构会同定点医疗机构共同测算确定。

鼓励定点医疗机构做好健康管理，发挥家庭医生在医疗保险控费方面的“守门人”作用。

本指导意见从2020年1月1日起执行，关于高血压、糖尿病门诊的用药保障，以专项通知的执行时间为准。

城乡居民基本医疗保险门诊慢病全省统一病种、支付比例和支付限额参考表

序号	病种名称	支付比例	政策范围内年度医疗费额度（元）	基金年度最高支付限额（元）
1	糖尿病（饮食控制无效、合并四肢动脉病变、肾病或视网膜病变）	60%	2400	1440
2	冠心病（包括日常用药、支架植入术后抗凝治疗）	60%	3000	1800
3	肺源性心脏病（慢性心衰，心功能Ⅱ级及以上）	60%	1800	1080
4	风湿性心脏病（心功能Ⅱ级及以上）	60%	1800	1080
5	慢性肾盂肾炎	60%	2200	1320
6	慢性阻塞性肺病	60%	1900	1140
7	慢性胆囊炎	60%	2000	1200
8	脑血管意外偏瘫	60%	2000	1200
9	支气管哮喘	60%	1800	1080
10	甲状腺功能亢进症	60%	1900	1140
11	慢性胃炎	60%	1700	1020
12	慢性支气管炎	60%	1600	960
13	恶性肿瘤镇痛治疗	60%	2400	1440
14	心力衰竭（心功能Ⅱ级及以上）	60%	2100	1260
15	慢性肾小球肾炎	60%	2500	1500
16	心律失常（限房颤）	60%	1800	1080
17	慢性腹泻	60%	1600	960
18	痛风	60%	1900	1140

城乡居民基本医疗保险门诊特病全省统一病种参考表

序号	病种名称	序号	病种名称
1	恶性肿瘤放化疗	22	肾病综合征
2	白血病	23	血吸虫病
3	骨髓增生异常综合征	24	克山病
4	血友病	25	囊虫病
5	原发性血小板减少性紫癜	26	大骨节病
6	脑瘫	27	再生障碍性贫血
7	器官移植抗排异治疗	28	布鲁氏菌病
8	血管支架移植术后	29	手足口病
9	心脏换瓣膜术后	30	帕金森病
10	造血干细胞移植术后	31	癫痫
11	胃息肉内镜治疗	32	风湿（类风湿）性关节炎
12	痔疮门诊手术治疗	33	重症精神病
13	肾、输尿管结石（体外冲击波碎石）	34	强直性脊柱炎
14	乳腺癌（内分泌治疗）	35	银屑病
15	前列腺癌（内分泌治疗）	36	结肠（直肠）息肉内镜治疗
16	病毒性肝炎	37	重症肌无力
17	肝豆状核变性	38	白癜风
18	肝硬化	39	系统性红白狼疮
19	肺结核（免费项目除外）	40	艾滋病
20	外阴白斑	41	苯丙酮尿症
21	肾功能不全透析治疗		

城乡居民基本医保住院费用报销比例表

定点医疗机构级别	政策范围内年度基金报销分段	报销比例	备注说明
一级（含以下）	起付线(元)—30000元	80%	
	30001元—60000元	85%	
	60001元以上	90%	
二级	起付线(元)—30000元	70%	
	30001元—60000元	75%	
	60001元以上	80%	
三级	起付线(元)—30000元	55%	
	30001元—60000元	60%	
	60001元以上	65%	