

济宁市医疗保障局、
济宁市财政局文件
济宁市卫生健康委员会

关于印发《济宁市居民基本医疗保险办法》的通知

负担，经市政府同意，现就进一步优化完善职工基本医疗保险门诊共济保障机制有关政策通知如下。

一、提高门诊统筹保障水平

参保人员在定点医疗机构发生的政策范围内普通门诊医疗费用，一个自然年度内一级及以下、二级、三级医疗机构年度起付标准分别为100元、200元、300元，不同等级医疗机构起付标准累计计算。

提高基本医疗保险普通门诊统筹基金自然年度支付限额，

及以下、二级、三级定点医疗机构在职职工医保基金支付比例分别为80%、70%、60%，退休人员报销比例相应再提高

费资金全部划入个人账户。

二、发挥多层次医疗保障体系减负作用

认真贯彻落实《中共山东省委 山东省人民政府贯彻落实〈中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见〉实施意见》，通过建立公务员医疗补助、企业补充医疗保险及职工医疗互助等，进一步减轻参保人员门诊费用负担，保障整体待遇平稳中有升。

四、提升门诊就医购药便捷度

加快定点零售药店纳入门诊统筹管理工作进度，及时为符合条件的定点零售药店开通直接联网结算服务。进一步扩大多门诊省内及跨省定点医疗机构联网结算范围，便利异地就医购药。鼓励定点医疗机构配备人员，加强信息化建设。

改善患者就医体验，推动大型医疗机构设立便民门诊，实行挂号、就医、购药报销“一站式”服务；增加基层医疗卫生机构门诊服务供给，满足群众日常就医需求。对高血压、糖尿病等病情稳定并需要长期服用固定药物的慢性病患者，可按规定开具长处方，方便慢性病患者长期用药。

个人负担部分，其余部分由医保经办机构与定点医疗机构结

异地就医人员分类和备案。参保人员在市域外定点医疗机构门诊就医不能联网结算的，符合规定的普通门诊医疗费，由

参保所属地医保经办机构予以报销。

（二）及时拨付门诊统筹医保基金。按照属地结算管理原

则，门诊统筹医保基金按付和管理实行全市统一政策，市、

区（县）级负责。门诊统筹基金按月拨付，参照住院结报办法

逐条对照原《上海市医疗保险条例》和《上海市基本医疗保险办法》，结合实际，对原办法中与新办法不一致的条款进行修改。修改后的办法自2013年1月1日起施行。本办法施行后，原办法同时废止。

班，积极稳妥推进，确保政策尽早落地见效。

(二) 强化协调配合。实行职工基本医疗保险门诊共济保障机制是一项全局性系统工程。各级各部门要明确责任，细化分工，加强协调配合，形成工作合力，加强基金监管，完善门诊就医流程，提高工作效率，及时让群众享受待遇。

(三) 加强宣传引导。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，提高政策知晓度。要建立舆



