

威海市医疗保障局
威海市财政局
威海市卫生健康委员会

文件

威医保发〔2022〕38号

威海市医疗保障局
威海市财政局
威海市卫生健康委员会

关于做好基本医疗保险门诊共济保障 工作有关问题的通知

各区市医疗保障局、财政局、卫生健康局，国家级开发区科技创新局、财政局、卫生健康管理办公室，南海新区党群与人力资源部、财政局、公共服务局：

为贯彻落实好《威海市人民政府办公室关于印发威海市基本医疗保险门诊共济保障实施细则的通知》（威政办发〔2022〕4号），现就做好门诊共济保障工作的有关问题通知如下：

一、明确门诊共济保障机制实施时间和保障对象范围

基本医疗保险门诊共济保障机制中的参保人员普通门诊待遇政策自 2022 年 12 月 1 日起施行；门诊慢特病政策自 2023 年 1 月 1 日起执行。

职工门诊共济保障机制的保障对象范围为：参加职工医保的在职职工、退休人员、灵活就业人员以及以及按威劳发〔2001〕17 号、威劳发〔2002〕22 号、威劳发〔2003〕27 号文件规定缴纳职工基本医保费的人员以及按威政办发〔2006〕77 号文件参保的人员（统称“老城居人员”）。居民门诊共济保障机制的保障对象范围为：参加居民医保的城乡居民。

二、明确参保人员普通门诊待遇政策

（一）普通门诊定点服务单位的确定。

全市基本医疗保险综合（专科）定点医疗机构以及门诊定点医疗机构中的社区卫生服务中心，直接确认为普通门诊定点医疗机构；乡镇卫生院（社区卫生服务中心）延伸举办的村卫生室（社区卫生服务站），凡能够满足服务要求的，均应作为所属定点医疗机构服务终端开展普通门诊定点服务；非社区卫生服务中心延伸举办的社区卫生服务站，可自愿申请为普通门诊定点医疗机构；根据工作进展，逐步将符合条件的定点零售药店和其他定点诊所纳入普通门诊定点服务单位范围。

市医保部门分期分批向社会公布开展普通门诊定点服务的村卫生室（社区卫生服务站）名单。

（二）参保人员普通门诊待遇的就医管理。

参保人员普通门诊待遇暂实行定点管理。参保职工和居民均应在全市普通门诊定点服务单位中选择1家，作为本人普通门诊待遇定点备案机构（以下简称待遇定点机构），其中，参保职工可在全市普通门诊定点服务单位中自主选择，参保居民应在乡镇卫生院（社区卫生服务中心）和非延伸举办的社区卫生服务站中选择。参保人员选择乡镇卫生院（社区卫生服务中心）的，也可在其延伸举办的村卫生室（社区卫生服务站）享受普通门诊待遇。

参保人员可随时选择待遇定点机构进行备案，未备案的，按首次就医的符合规定的普通门诊定点服务单位确定，选择后年度内可变更3次，年度内未变更的，自动延续为下一年度待遇定点机构。参保人员选择或变更待遇定点机构，既可通过到拟选择或变更的待遇定点机构、就近的医保服务站（点）现场办理，也可以通过关注威海医保局微信公众号等掌上办理。

（三）参保人员普通门诊医疗费用的保障范围。

参保职工普通门诊医疗费用的保障范围为：在本人待遇定点机构以及异地就医门诊发生的符合规定的医疗费用。

参保居民普通门诊医疗费用的保障范围暂为：在本人待遇定点机构以及异地就医门诊发生的符合规定的药品费用、门诊以针灸为主（认定标准为患者一个结算周期内，针灸类治疗费用应高于其它中医特色疗法治疗费用）治疗规定病种发生的符

合规定的费用、一般诊疗费（含挂号费、诊查费、注射费以及药事服务成本）。8周岁及以下参保儿童门诊治疗规定的小儿推拿类疾病发生的符合规定的中医适宜技术费用（不含检验检查费用）同时纳入保障范围（门诊针灸和小儿推拿类疾病具体诊疗病种和方案等详见附件1）。今后，随工作进展情况适时扩大。

参保人员在发热门诊就诊发生的核酸检测费用同步纳入保障范围，具体支付政策按现行住院患者核酸检测费用保障政策执行。

参保人员住院期间不享受普通门诊待遇。参保人员急诊抢救，未转为住院的，符合规定的急诊抢救费用按普通门诊政策报销，其中，急诊抢救无效死亡的，可按照一次住院进行报销；转为住院的，与住院费用合并计算，按照住院政策报销。

参保人员办理异地长期居住备案的，在居住地发生的符合规定的门诊医疗费用，按在我市同级别医保定点医疗机构治疗的政策报销。自备案的居住地转诊到参保地外其他地区就医的，按临时外出就医政策执行。参保人员临时外出就医门诊费用个人首先负担10%，计入个人年度支付限额，计算基数按照实际发生的政策范围内费用确定，最高不超过规定的年度支付限额。

（四）普通门诊医疗费用的结算办法。

普通门诊医疗费用的医保基金坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，纳入全市年度医保基金总额预算管理，暂实行总额预付下的按人头付费结算办法。具体办法另行公布。

三、完善参保人员门诊慢特病待遇政策

(一) 职工门诊慢特病和居民特定门诊慢特病年度支付限额的计算。参保职工门诊慢特病和参保居民特定门诊慢特病的年度支付限额，统一按本人实际备案的门诊慢特病病种的年度费用标准计算(病种的年度费用标准详见附件2)。参保人员备案两个及以上病种的，年度支付限额以备案病种中年度费用标准最高的病种为基数(最多不超过3个病种)，按年度支付限额=第一病种年度费用标准+第二病种年度费用标准的50%+第三病种年度费用标准的40%之和确定。其中儿童脑瘫、肢体残疾、孤独症、智力残疾、视力残疾、听力残疾、言语残疾、尿毒症门诊透析、器官移植抗排异治疗、白内障等病种待遇按原政策执行，上述病种不参与计算年度支付限额。年度内新纳入职工门诊慢特病和居民特定门诊慢特病待遇享受范围的参保人员以及变更参保类型的参保人员，年度支付限额按年度剩余月数核定。已纳入职工门诊慢特病和居民特定门诊慢特病待遇享受范围的参保人员，年度内新申请认定的职工慢特病病种或居民特定门诊慢特病，依照申请时间顺序，按年度剩余月数核定支付限额。

(二) 完善参保人员门诊慢特病医疗机构的定点管理。参保职工门诊慢特病及参保居民普通门诊慢特病、特定门诊慢特病定点医疗机构，可根据自身医疗需求在全市范围内各自主选择1家，其中患有精神类、传染类慢特病的还可另选择1家专

业医疗机构。慢特病定点医疗机构一经选定，年内不予变更，下一年度需变更的，应于每年 12 月到拟选的慢特病定点医疗机构办理变更手续，不变更的，自动延续。

（三）参保人员门诊慢特病的申请和待遇享受。参保人员申请门诊慢特病待遇，应持医疗保障凭证及近期病历资料等规定材料到慢特病定点医疗机构办理备案，慢特病定点医疗机构原则每月审核办理一次，符合条件的自办结后次日享受待遇。其中，恶性肿瘤门诊放化疗、肾透析、器官移植抗排异治疗、精神类病种备案和居民“两病”备案以及符合条件的医疗救助对象申请备案时，慢特病定点医疗机构即时审核办结，符合条件的次日享受待遇。参保人员门诊慢特病备案后，一个年度内未发生门诊慢特病医药费用或发生的医药费用未达到起付标准的，暂停享受门诊慢特病待遇。

（四）定点医疗机构门诊慢特病费用结算办法仍按现办法执行，其中，治疗居民“两病”费用纳入医疗机构年度医保总额指标。参保人员门诊慢特病的病种类别、数量、名称、认定标准和年度费用标准根据上级规定和医保基金承受能力等适时调整，逐步对部分病种实行由病种保障过渡为费用保障。

四、全面抓好落实

（一）强化认识，形成工作合力。建立门诊共济保障机制是深化医疗保障制度改革的重大的改革，关系广大群众切身利益，政策性和敏感性都很强。各级医保、卫健和财政等部门和定点

服务单位要牢固树立全局意识，加强协调配合，精心组织实施。要密切跟踪制度运行情况，及时做好总结评估，形成齐抓共管的合力。

（二）强化责任，狠抓落实攻坚。各区市医保部门要发挥好统筹作用，切实加强自身和定点服务单位的业务培训，指导定点服务单位开展好服务工作。各区市医保和卫健部门要密切配合，全面摸清辖区内医疗机构的情况，结合基层医疗机构标准化建设和医保工作站推进等工作，突出抓好基层医疗机构门诊服务能力的提升，尽快将符合条件的村卫生室（社区卫生服务站）等纳入定点服务单位范围，夯实工作基础。要深入研究加强基金监管的新机制、新措施，强化监管能力建设，切实维护基金安全。各区市财政部门要会同做好门诊共济保障基金的预算安排、基金拨付、检查以及机制运行资金保障等工作。各定点服务单位要严格落实政策，遵循管理要求，严控费用增长，不断提升门诊服务能力和质量。各乡镇卫生院（社区卫生服务中心）要压实主体责任，切实履行好对村卫生室（社区卫生服务站）的业务指导和基金监管职责，努力提升其管理服务水平，确保群众就近便利地享受门诊待遇，促进分级诊疗向纵深推进。

（三）强化宣传，营造良好氛围。各区市医保、卫健部门和定点服务单位要采取灵活多样的形式，大力宣传好新制度对提高群众待遇水平的重要意义，深入解读好政策调整的必要性，积极解答好不同群体的疑惑，正确引导社会舆论，取得群众理

解支持，营造良好工作氛围。要畅通沟通渠道，密切关注舆情，切实做好重大风险的防范和化解，保障政策顺利实施。

市里将不定期地对各区市的推进情况进行督导，对进展缓慢、工作不力的区市将通报给各区市政府（管委）。各区市实施过程中遇重大问题要及时向市级主管部门汇报。

- 附件：1.门诊针灸类疾病和小儿推拿类疾病诊疗方案
2.职工门诊慢特病和居民特定门诊慢特病病种年度费用标准



（此件主动公开）

附件 1

门诊针灸类疾病和小儿推拿类疾病诊疗方案

门诊针灸类疾病诊疗方案

一、头面躯体经络病症

(一) 头痛

1. 西医诊断：包括偏头痛、紧张性头痛、丛集性头痛等疾病。
2. 疗程：不超过 14 天。
3. 每日中医特色治疗项目不超过 6 种。

(二) 肘劳

1. 西医诊断：肱骨内、外上髁炎。
2. 疗程：不超过 14 天。
3. 每日中医特色治疗项目不超过 6 种。

(三) 伤筋

1. 西医诊断：腕关节、踝关节、膝关节、肩关节、肘关节、髋关节等关节疼痛及关节韧带软组织损伤（限急性损伤）。
2. 疗程：不超过 14 天。
3. 每日中医特色治疗项目不超过 6 种。

二、内科病症

(一) 咳嗽

1. 西医诊断：慢性支气管炎。
2. 疗程：不超过 14 天。

3.每日中医特色治疗项目不超过6种。

(二) 眩晕

1.西医诊断：椎-基底动脉供血不足、眩晕综合征、贫血、体位性低血压、耳石症等。

2.疗程：不超过14天。

3.每日中医特色治疗项目不超过6种。

(三) 痴呆

1.西医诊断：血管性痴呆。

2.疗程：不超过30天。

3.每日中医特色治疗项目不超过7种。

(四) 虚劳

1.西医诊断：恶性肿瘤术后、放化疗后。

2.疗程：不超过30天。

3.每日中医特色治疗项目不超过7种。

(五) 胁痛

1.西医诊断：肋间神经痛、胆囊炎、胆石症、急慢性肝炎、胸膜炎等疾病。

2.疗程：不超过21天。

3.每日中医特色治疗项目不超过6种。

(六) 腹痛

1.西医诊断：肠痉挛、肠易激综合征、急慢性肠炎等疾病。

2.疗程：不超过21天。

3.每日中医特色治疗项目不超过6种。

三、皮肤科

(一) 白疮

1. 西医诊断：寻常性银屑病。
2. 疗程：不超过 21 天。
3. 每日中医特色治疗项目不超过 6 种。

四、妇科病

(一) 崩漏

1. 西医诊断：异常子宫出血。
2. 疗程：不超过 21 天。
3. 每日中医特色治疗项目不超过 7 种。

(二) 绝经前后诸证

1. 西医诊断：围绝经期综合征。
2. 疗程：不超过 21 天。
3. 每日中医特色治疗项目不超过 7 种。

(三) 乳癖

1. 西医诊断：乳腺增生。
2. 疗程：不超过 28 天。
3. 每日中医特色治疗项目不超过 7 种。

(四) 子宫脱垂

1. 西医诊断：子宫脱垂、阴道壁脱垂。
2. 疗程：不超过 15 天。
3. 每日中医特色治疗项目不超过 7 种。

五、门诊针灸类疾病中医特色疗法频次限定表

序号	疗法	频次	序号	疗法	频次
1	普通针刺	每天 1-2次	12	长圆针疗法	每周2次
2	温针	每天1次	13	雷火灸或 热敏灸	每天1次
3	头皮针	每天1次	14	隔物灸法	每天1次
4	微针针刺	每天1次	15	隔物灸法 (脐灸)	每周1次
5	芒针	每天1次	16	督灸	每周1次
6	眼针	每天1次	17	穴位贴敷 治疗	每天1次
7	子午流注 开穴法	每天1次	18	耳针(包括耳 穴压豆、耳穴 埋针、磁珠压 耳穴)	每周2次
8	浮针	每周2次- 隔天1次	19	放血疗法	每周2次- 隔天1次
9	埋针治疗	每周1次	20	拔罐疗法	每周2次- 隔天1次
10	小针刀 治疗	每周1次	21	刮痧治疗	每周1次
11	火针	每周2次- 隔天1次			

备注：红外线治疗和电针可作为针刺辅助治疗实施。

门诊小儿推拿类疾病诊疗方案

一、适应症：小儿（指不超过8周岁儿童）发热、感冒、咳嗽、厌食、便秘、腹泻、夜啼、汗证、遗尿、弱视、斜颈、腺样体肥大。

二、治疗方法：手法推拿、手指点穴、捏脊、拔罐

三、疗程：不超过10天（小儿弱视不限疗程）

附件 2

职工门诊慢特病和居民特定门诊慢特病病种 年度费用标准

单位：元

序号	慢特病名称	年度费用标准
1	恶性肿瘤门诊放化疗(含保守治疗)	5000/15000(去势治疗)
2	慢性乙型病毒性肝炎	4000
3	慢性丙型病毒性肝炎	4000
4	肝硬化	6000
5	系统性红斑狼疮(SLE)	6000
6	苯丙酮尿症	1500
7	再生障碍性贫血	7000
8	血友病	限额与住院合并计算
9	肺结核	3000
10	肺外其他部位结核	3000
11	耐多药结核和广泛耐药结核	限额与住院合并计算
12	四氢生物蝶呤(BH4)缺乏症	30000
13	冠心病	4000
14	肺心病	3600
15	脑出血、脑梗塞恢复期	3000

序号	慢特病名称	年度费用标准
16	椎-基底动脉供血不足	2000
17	高血压病	3000
18	类风湿病	6000
19	I型糖尿病	3000
20	II型糖尿病	3000
21	甲状腺机能亢进	2000
22	甲状腺机能减退	2000
23	肥厚性心肌病	3600
24	血小板减少性紫癜	5000
25	过敏性紫癜	2000
26	先天性心脏病	2500
27	风湿性心脏瓣膜病	2000
28	心脏或血管手术后长期抗凝治疗	2500
29	癫痫	2500
30	精神病（含抑郁症）	5000
31	慢性肾功能不全	6000
32	慢性肾炎	3000
33	肾病综合症	6000
34	慢性肺纤维化	3600
35	慢性支气管炎	1500

序号	慢特病名称	年度费用标准
36	支气管哮喘	3600
37	痛风	2000
38	结石病	2000
39	慢性结肠炎	3500
40	胃及十二指肠溃疡	3000
41	前列腺肥大	3000
42	慢性前列腺炎	1500
43	慢性盆腔炎	1500
44	慢性附件炎	1500
45	更年期综合症	1500
46	股骨头缺血性坏死	2500
47	肢端坏疽	2000
48	创伤性关节炎	1500
49	颈椎病	2000
50	腰椎间盘突出症	2000
51	银屑病	3000
52	白癜风	2500
53	帕金森氏病	3000
54	脑垂体瘤	2500
55	进行性延髓麻痹	3000

序号	慢特病名称	年度费用标准
56	重症肌无力	2000
57	柯兴氏综合症	3000
58	神经性耳聋	1500
59	尿崩症	2500
60	原发性醛固酮增多症	2500
61	原发性神经性肌萎缩	3500
62	脑白质多发性硬化症	3500
63	骨髓异常增生综合症 (MDS)	5000
64	真性红细胞增多症	3000
65	原发性血小板增多症	2000
66	溶血性贫血	5000
67	骨髓纤维化	5000
68	白塞氏病	3000
69	皮炎	3000
70	硬皮病	3000
71	脂膜炎	3000
72	结节性多动脉炎	3000
73	慢性阻塞性肺疾病	3600
74	干燥综合症	5000
75	骨关节炎	1500

序号	慢特病名称	年度费用标准
76	糖尿病患者胰岛素治疗	3000
77	重性精神病人药物维持治疗	3000
78	儿童和青少年注意缺陷多动障碍	5000

备注：1.年度费用标准指该病种起付标准以上合规医疗费用额，根据病种诊疗费用和医保基金承受能力等情况适时调整。

2.儿童脑瘫、肢体残疾、孤独症、智力残疾、视力残疾、听力残疾、言语残疾，尿毒症门诊肾透析、器官移植抗排异治疗、白内障等病种保障待遇按原政策执行。