



扬州市职工医保门诊共济保障政策 你来问我来答十六条

一、为什么要建立职工医保门诊共济保障机制？

我国职工医保制度从1998年开始建立以来,实行的是统筹基金和个人账户相结合的保障模式,即:统筹基金保障住院和门诊大病,个人账户保障门诊小病和药品费用的支出。随着社会经济的发展,个人账户的局限性逐步凸显,由于是个人积累式的,所以健康人群和非健康人群的个人账户积累差距很大,家庭成员之间个人账户也不能使用,有病的不够用,没病的不能用。2021年底,全国个人账户基金累计结存约1.17万亿元。另一方面存在不法分子实施欺诈骗保的现象。通过建立门诊共济保障机制,就是推动职工医保门诊保障由个人积累式保障模式向社会互助共济保障模式转变。

二、国家和省对建立健全职工医保门诊共济保障机制的部署要求是什么？

建立健全职工医保门诊共济保障机制,是党中央、国务院和省委、省政府关于深化医疗保障制度改革明确的重要任务。2021年4月,国务院办公厅印发《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》(国办发〔2021〕14号),国家医保局印发了《建立健全职工医保门诊共济保障机制三年行动方案(2021-2023年)》。2021年12月,省政府办公厅印发《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》(苏政办发〔2021〕108号)。国家和省两个文件的部署要求是,利用3年左右的时间,通过调整统筹基金和个人账户结构,增加的统筹基金主要用于门诊共济保障,提高参保人员门诊待遇,减轻参保职工特别是退休人员的门诊医药费用负担。

三、我市贯彻落实国家和省关于建立健全职工医保门诊共济保障机制是如何安排的？

为进一步完善职工医保制度,建立健全互助共济、责任共担机制,更好解决职工医保参保人员门诊医疗费用报销问题,依据国办发〔2021〕14号、苏政办发〔2021〕108号文件,我市制定了贯彻实施方案,经市政府常务会议研究同意,2022年年10月市政府印发《扬州市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施方案》(扬府规〔2022〕4号),市相关部门出台了实施细则。我市门诊共济保障机制从2023年1月1日起执行,主要内容:一是增加门诊共济保障功能,将普通门诊医疗费用纳入统筹基金报销范围。二是改进在职工个人账户计入办法;依据省规定对退休人员个人账户政策实行一年过渡期,于2023年底调整到位,并于2024年1月1日起执行。

四、什么是门诊“共济”,适用范围是什么？

职工医保基金分两大块:一是统筹基金,大池子;二是个人账户。建立门诊共济保障机制主要是两个“共济”,一个“大共济”,一个“小共济”。“大共济”是指建立门诊统筹制度,在全市职工医保参保人群范围内实行门诊统筹政策;“小共济”是指个人账户家庭范围内共济使用。

五、“大共济”、“小共济”可以发挥什么作用？

从“大共济”看,通过调整统筹基金和个人账户计费结构,统筹基金力量得以增强,统筹基金共济范

围得以扩大,可以提高职工医保的社会共济保障水平。从“小共济”看,通过个人账户使用范围扩展至家庭成员,可以提高职工医保的家庭共济保障水平。

六、门诊统筹制度给参保职工最大的获得感是什么？

建立职工医保门诊统筹制度后,参保职工感受最大的好处是将普通门诊医疗费用纳入统筹基金报销范围。

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,超过起付标准的,可以纳入统筹基金按规定报销。原来这些门诊费用是由个人账户或现金支付。

七、我市门诊统筹待遇标准是什么？

一个医保结算年度内,参保人员发生的政策范围内普通门诊医疗费用,统筹基金的起付标准、支付比例和最高支付限额按以下标准执行(单位:元):

人员区分	定点医院	起付标准	支付比例	最高支付限额
在职职工	一级	600(起付标准按年度累计计算)	70%	7000
	二级		65%	
	三级		60%	
退休人员	一级	500(起付标准按年度累计计算)	80%	8000
	二级		75%	
	三级		70%	

注:上表中一级医院含乡镇卫生院、社区卫生服务中心、18家农村区域性医疗卫生中心。

八、我市门诊共济保障对退休人员有哪些利好政策？

一是在提升门诊保障待遇方面,实行“两升一降”政策:国家规定普通门诊统筹支付比例从50%起步,我市普通门诊医疗费用统筹基金支付比例不低于60%,比国家规定的支付比例高10个百分点,在此基础上,退休人员待遇相应再提高10个百分点。退休人员最高支付限额比在职职工高1000元、起付标准降低100元。二是扩大个人账户使用范围方面,参加职工医保子女的个人账户可以给自己的父母共济使用。

九、门诊统筹待遇报销的钱是从哪里来的？

通过合理确定个人账户计入办法和计入水平,微调个人账户与统筹基金结构,用调整出来的个人账户待遇置换门诊统筹待遇,实现保障模式转变,减轻门诊医疗费用负担。

十、有哪些费用不可以纳入门诊统筹待遇报销？

- (一)职工住院期间发生的门诊费用;
- (二)按职工医保门诊急诊、门诊慢性病、门诊特殊病、门诊医疗保障、“双通道”用药保障纳入政策支付后的个人自付费用;
- (三)其他不符合职工医保政策规定的医疗费用。

十一、改进个人账户计入办法后,新的个人账户划账标准是什么？

一是在职职工。2023年1月起,在职职工缴纳的基本医疗保险费按月计入本人个人账户,计入标准为本人参保缴费基数2%,单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

二是退休人员。分两步走,第一步:2023年1月1日起实行一年过渡期,退休人员个人账户按月定额划入,计入标准为2022年本人个人账户划入总额的月平均数;第二步:2024年1月1日起,退休人员个人账户划入额度统一调整到统筹地区根据意见实施改革当年基本养老金平均水平的2.5%。今后,根据国家 and 省有关规定调整完善个人账户计入办

法。

十二、听说个人账户支付范围扩大了,有哪些用途？

- 参保人员在定点医药机构发生的政策范围内自付医疗费用(包括生育保险支付后个人负担的产前检查费用和生育医疗费用);
- 参保人员本人及其配偶、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(包括符合国家医保信息业务编码管理的非免疫规划疫苗费用),以及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;
- 参保人员参加职工大额医疗费用补助(或大病保险)、长期护理保险等符合国家和省规定的相关保险的个人缴费;
- 参保人员的配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。
- 参保人员本人及其配偶、父母、子女购买省、市政府指导的,与基本医疗保险相衔接的商业医疗保险产品(如:江苏惠民保)。

十三、个人账户不可以支付的范围有哪些？

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

十四、参保人员在定点零售药店发生的药品费用可以报销吗,按什么政策报销？

根据省医保局部署安排,依托省统一的电子处方流转平台,将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入门诊统筹保障范围。参保人员在符合条件的定点零售药店发生的政策范围内药品费用统筹基金支付比例与外配处方的定点医院一致。

十五、如何平稳做好改革前后门诊待遇政策衔接？

一是职工医保门诊慢性病(原二类门特)继续按照《关于统一全市职工医疗保险二类门诊特殊病种有关政策的通知》(扬医保〔2021〕6号)执行,门诊特殊病(原一类门特)继续按照《关于统一全市基本医疗保险和生育保险有关政策的通知》(扬人社〔2013〕380号)等有关规定执行。根据《江苏省医疗保障局关于统一基本医疗保险门诊特殊病保障政策的通知》(苏医保发〔2022〕46号)要求,我市结合实际,出台了全市统一的职工医保门诊特殊病与慢性病保障政策,扩大了门特病种保障范围,提升了有关待遇保障水平。

二是参保人员同时发生门诊慢性病、门诊特殊病、普通门诊费用的,分别按照对应的待遇标准报销结算。

三是做好职工医保门诊统筹、门诊慢特病、住院待遇政策平稳衔接。对改革后门诊统筹待遇水平高于现有门诊慢性病保障水平的门诊慢性病病种,逐步由病种保障向费用保障过渡。

十六、加强基金监督管理有哪些措施？

强化对医疗行为和医疗费用的监管,依法查处门诊过度医疗、不合理用药等违法违规行为。加强基金稽核制度和内控制度建设。健全完善个人账户使用管理办法,做好收支信息统计,全面掌握个人账户使用流向和门诊医疗费用保障具体情况。将门诊统筹基金使用情况纳入定点医药机构和参保人员医保信用信息管理。将门诊医疗费用纳入全市统一的医保基金智能监控范围,充分运用大数据、人工智能等新技术,实现智能监控疑点早发现早处理,保持打击欺诈骗保高压态势,提高基金综合监管水平,确保基金安全高效、合理使用。

