

十堰市职工基本医疗保险门诊共济保障政策问答

一、问：为什么要推进职工医保门诊共济保障机制改革？是想要解决什么问题？

答：这项改革是适应我国医保发展阶段、改善群众医保待遇的客观需要。改革前，统筹基金保住院、个人账户保门诊，出现了参保职工“没病的用不了，有病的不够花”，一方面，健康状况较好的年轻群众和健康群众医保卡里的钱（个人账户余额）躺着不动，另一方面，退休群众和患病群众结存不够用，就只能自掏腰包，特别是长期患病的群众迫切希望建立普通门诊统筹。国家和省要求建立门诊共济保障机制，就是要把有限的医保基金用活，实现健康的人帮助生病的人、年轻的人帮助年老的人、收入相对高的人帮助收入相对低的人，真正发挥保险互助共济的作用，把钱用到确实需要治病的人身上。

二、问：改革后，参保人保障提升体现在哪些方面？

答：一是互助共济功能提高，门诊需求多、患病多的参保职工获益明显。之前不报销的门诊医疗费纳入报销范围，长期患病的参保职工，往往是医保卡上的钱减少数百元、统筹基金报销数千元，获益远超个人医保卡减少金额，有效减轻门诊就医费用负担。二是个人账户实现家庭共济。改革前，医保卡上的钱只能由本人使用，改革后，配偶、父母、子女也可以使用，实现了统筹基金“大共济”、个人账户“小共济”。三是拓宽了使用范围。改革后，医保卡上的钱不仅可

以继续在医院看病和药店买药，还可以在药店买医疗器械、医用耗材，以及本人及家人参加城乡居民医保、职工大额医疗费用补助、长期护理保险等个人缴费。

三、问：有网民称改革后虽然门诊费用能报销，但在药店享受待遇不够方便，对此该怎么看？

答：目前这种情况确实存在，但不会长期存在。我们在政策设计上充分考虑了方便就医购药问题：一是将符合条件的定点药店用药保障服务纳入门诊保障范围，充分发挥定点零售药店便民可及的作用。支持定点医疗机构的处方流转至符合条件的定点零售药店。参保患者凭定点医疗机构的处方可在符合条件的定点零售药店配药，报销比例按出具处方的定点医疗机构级别执行。目前我市正积极推进符合条件的定点零售药店纳入工作，每个社区纳入的定点零售药店不低于两家；省医保局正在着手建立电子处方流转中心，待电子处方流转信息功能完善后，患者持医疗机构开具的处方即可实现在定点零售药店报销。二是积极推进“互联网+医疗”、“互联网+医保”建设及互联互通，实现线上就医购药、线上结算报销。

四、问：有网民称“这次改革是因为医保基金不够用了”，应该怎么看？

答：实际情况并非如此，参保群众没有必要担心。2022年，全国基本医疗保险基金（含生育保险）收入超3.06万亿元，支出2.44万亿元，当期结余0.63万亿元，其中职工医保基金收入2.06万亿元，支出1.51万亿元，当期结余0.55

万亿元。我省基本医疗保险基金(含生育保险)收入1081.44亿元,支出899.29亿元,当期结余182.15亿元,其中职工医保基金收入674.55亿元,支出505.23亿元,当期结余169.32亿元。总体上看,医保基金收支平衡,收支规模与经济发展水平相适应,基金保障能力稳健可持续。十堰市医保基金收支平衡,结余合理,可支付能力强。

建立门诊共济,是通过基金内部(个人账户和统筹基金之间)的结构调整,在不另外筹资、不新增单位和个人缴费负担的前提下,提高了门诊保障水平。门诊共济是一项新的保障机制,带来了保障的增量,涉及的资金来源,既有个人账户调整的资金,也有医保统筹基金的支出,充分体现了社会保险的人人参与、人人享有。从目前湖北省门诊费用近164亿元的规模看,按50%报销,单靠个人账户调减也是不够的,长远看统筹基金将承担更多的支出责任。

五、问:有人认为医保卡上的钱变少了、吃亏了,是真的吗?

答:您卡上的钱变少了,对您个人来说,健康的时候看似“吃了亏”,但保险的意义就在于防风险、保未知。医保卡上的钱(个人账户余额)也是职工医保基金的组成部分,不是医保返现,更不是福利补贴,参保群众需按照医保规定使用。现在用卡上少下来的钱建立门诊共济,职工到门诊看病也可以报销了,减轻大家门诊看病负担。我们既要算眼前账,又要算长远账。年轻健康的,虽然现在看病不多,但每个人都有年老生病的时候,靠个人卡上的钱是有限的,需要

大家的互助共济来共同化解疾病的风险，从长远来看还是获益的。需要提示的是，您之前卡上积累的余额不会清零，继续由您个人按照规定使用。

六、问：实行职工医保门诊统筹后，还能享受住院、门诊慢特病、“双通道”药品等报销待遇吗？

答：目前，我市职工医保参保人员可享受住院、门诊慢特病、国家谈判药品“双通道”（定点医疗机构和定点零售药店两个渠道）报销待遇。

这次新建立的门诊共济保障是单独的门诊保障政策，是在现有的各项医保待遇报销政策不变的基础上，新增了个人账户门诊共济政策，解决门诊费用不能报销的难题。在待遇享受上，普通门诊统筹的最高支付限额与住院、门诊慢特病、“双通道”药品的最高支付限额分别计算，互不挤占，医保基金分别报销，合并计入职工医保年度支付限额12万中。

七、问：哪些人可以享受职工医保门诊共济保障待遇？

答：在本市范围内参加职工医保且按时足额缴费的参保人员（在职职工、退休人员、以灵活就业形式参加职工医保人员）均可享受职工医保门诊共济保障待遇。

八、问：职工医保门诊统筹的资金从哪里支出？

答：职工医保门诊统筹所需资金从职工医保基金中支出，用人单位及职工医保参保人员不再另行缴费。

九、问：职工医保门诊共济保障的政策规定是什么？

答：参保职工在全市范围内定点医院发生的属于医保三大目录的门诊（含急诊）医疗费用，一个自然年度内（1月

1日至12月31日)累计超过500元以上、3000元以下的部分,由医保基金按医疗机构报销比例支付。

职工医保门诊统筹的起付标准、支付比例与支付限额等
待遇政策,根据我市将经济社会发展状况和职工医保基金运
行情况适时调整。

十、问: 我市职工医保门诊统筹起付线是多少?

答: 我市在职职工和退休人员职工医保门诊统筹年度起
付线统一为500元(年度累计)。

**十一、问: 我市职工医保门诊统筹报销比例是如何设定
的?**

答: 我市在职职工在三级、二级、一级医疗机构(含社
区卫生服务站和村卫生室)支付比例分别为50%、65%、80%,
退休人员支付比例提高10个百分点,分别为60%、75%、90%。

**十二、问: 我市职工医保门诊统筹最高支付限额是如何
设定的?**

答: 我市职工医保门诊统筹最高支付限额为年度累计
3000元。也就是说当年门诊费用累计超过3000元以上部分
不再报销。

**十三、问: 参保职工在市内普通门诊医药费用怎么进行
报销?**

答: 参保职工持本人医保电子凭证或社保卡在全市范围
内定点医疗机构普通门诊就诊购药,无需办理签约手续,发
生的门诊医疗费用由医保统筹基金按规定支付,参保职工只
需支付个人承担部分。

十四、问：异地就医的参保职工如何享受门诊统筹待遇？

答：参保人员异地就医发生的普通门诊就医费用，门诊统筹支付政策按我市在职和退休人员执行。

参保人员全国联网异地定点医疗机构就医，发生的门诊费用应通过医保信息系统直接结算。因特殊情况未能实现直接结算的，应先由个人全额垫付，于次年第一季度内将身份证复印件、门诊病历、费用收据、门诊处方送达参保辖区医疗保险经办机构审核结算，逾期不再办理。

十五、问：改革前后，在职职工的个人账户计入有哪些变化？

答：改革前，单位缴纳的一部分计入个人账户，市城区参加职工医保不满 40 周岁的在职职工，其个人账户按其缴费基数 3.3%（含个人缴纳的 2%）计入；40 周岁以上（含 40 周岁）的在职职工个人账户按其缴费基数的 3.8%（含个人缴纳的 2%）计入。

改革后，单位缴纳的基本医疗保险费 8% 全部计入统筹基金，不再划入个人账户；职工个人按照本人缴费基数的 2% 全部计入个人账户。

十六、问：改革前后，灵活就业人员个人账户计入有哪些变化？

答：改革前，以统账结合方式缴纳基本医疗保险费，个人账户计入标准同在职职工；按单建统筹模式参加职工医保的，不配置个人账户。

改革后，按照统账结合方式参加职工医保的，本人参保缴费的 2%计入个人账户，其余基本医疗保险缴费部分全部计入统筹基金；按照单建统筹方式参加职工医保的，不配置个人账户。

需要特别说明的是，根据改革要求，门诊共济保障政策公平覆盖全体参保职工，以单建统筹方式参加职工医保的灵活就业人员也享受该政策。比照在职人员个人账户减少缴费基数 1.8%进入统筹基金用于门诊共济的政策调整幅度，将灵活就业人员缴费费率由 6.2%统一调整为 8%，调整的 1.8%用于门诊共济保障。

十七、问：改革前后，退休人员个人账户计入有哪些变化？

答：改革前，我市城区退休人员（含已办理一次性清算人员）个人账户按其上年度退休金的 4.3%计入。改革后，按照根据省文件规定，退休人员个人账户按定额划入，划入标准按各市（州）2021 年养老金平均水平的 2.5%确定。以 2021 年全市机关事业单位和企业养老金平均水平 40721.72 元计算，退休人员每月个人账户定额划入金额为 84.84 元。

因流动就业、就业状态变化等在不同时间段分别以统账结合、单建统筹方式参加职工医保的人员，办理退休一次性清算后，每月个人账户定额划入金额为 84.84 元。

达到法定退休年龄，但未进行退休一次性清算，仍继续缴费的参保职工，按统账结合缴费的，个人账户按其缴费基数的 2%划入，按单建统筹缴费的，不配置个人账户。

十八、问：个人账户使用范围有哪些？

答：改革前，个人账户仅限于本人使用；改革后，个人账户可实现家庭共济，用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女以下费用：

（一）主要用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用；

（二）在实现信息系统支撑的前提下，实现个人账户可用于支付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，以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由本人负担的费用。

（三）探索用于本人参加职工大额医疗费用补助、长期护理保险、城市定制型商业健康保险等个人缴费；以及配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、长期护理保险、城市定制型商业健康保险等个人缴费。

十九、问：个人账户不予支付的范围有哪些？

答：个人账户不得用于公共卫生费用（含预防接种疫苗费用）、体育健身或养生保健（含体检费用）等不属于基本医疗保险保障范围的支出，同时严厉打击欺诈骗保。

需要特别提醒的是，在职职工停止缴纳或未按规定缴纳职工医保费期间发生的门诊费用、职工住院期间发生的门诊费用、门诊慢特病费用三种情形职工医保门诊统筹也不予报销。

二十、问：如果个人账户给家人使用，比如支付家人购药、配偶产前检查（未入院）的费用，是否也纳入门诊共济保障报销基数？

答：该费用不纳入门诊共济保障报销基数。

普通门诊统筹和个人账户家庭共济是两项政策。普通门诊统筹的计入基数严格限定为参保职工本人在普通门诊（定点药店）发生的政策范围内（目录内）医疗费用。如果实现个人账户的家庭共济，就允许支付家人的各种费用，这就单纯的拓展了个人账户余额的支付范围，不能用医保统筹基金报销家属发生的各类费用。

退休人员门诊统筹报销示例：

我市退休职工张某，其门诊看病就医医疗费用发生额为2500元。

改革前，门诊看病只能使用个人账户，每月从个人账户划入169元，年个人账户划入2028元，年个人账户全部扣除后，自己需要出472元。

改革后，门诊看病可以使用个人账户和门诊统筹报销，每月个人账户划入84.84元，年个人账户划入1018.08元，门诊统筹支付限额为政策范围内医疗费用3000元。我市规定，退休人员门诊统筹年度累计起付标准为500元，三级、二级、一级医疗机构的报销比例分别是60%、75%、90%。

当其在一级医疗机构（含乡镇卫生院、社区卫生服务中心）就诊时，医保可报销 $(2500-500) \times 90\% = 1800$ 元，个人账户+统筹基金报销=1018.08 元+1800 元=2818.08 元，自己不出钱，比改革前待遇提高了 790.08 元(2818.08 元-2028 元)。

当其在二级医疗机构就诊时，医保可报销 $(2500-500) \times 75\% = 1500$ 元，个人账户+统筹基金报销=1018.08 元+1500 元=2518.08 元，自己不出钱，比改革前待遇提高了 490.08 元。

当其在三级医疗机构就诊时，医保可报销 $(2500-500) \times 60\% = 1200$ 元，个人账户+统筹基金报销=1018.08 元+1200 元=2218.08 元，自己不出钱，比改革前待遇提高了 190.08 元。

这里也可以看出，对发生同样金额的医疗费，到基层医疗机构就医能报销更多，通过差异化的报销政策，既鼓励大家“小病到社区”，又对门诊费用较高的参保职工提供了更加有力的保障。