

1 为什么要建立职工医保门诊共济保障机制?



答:为进一步健全互助共济、责任共担的职工基本医疗保险制度,更好地解决职工医保参保人员门诊保障问题,切实减轻其医疗费用负担,根据《安徽省医疗保障局安徽省财政厅关于印发安徽省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则的通知》(皖医保发〔2022〕3号)、《安徽省医疗保障局关于进一步做好职工基本医疗保险门诊共济保障工作的通知》(皖医保秘〔2022〕49号)文件要求,省直职工医保7月1日起建立实施职工医保门诊共济保障机制。本次改革的核心是将原来门诊医疗费用的个人账户保障模式转变为基金共济式保障。

2 什么是门诊“共济”?



答:职工医保基金分两部分:一是统筹基金,就是医保基金“大池子”;二是个人账户,就是“医保卡里的钱”。这次改革可概括为一大、一小两个“共济”。“大共济”就是建立门诊共济保障机制,通过统筹基金报销职工符合规定的普通门诊费用,实现全体参保职工之间的共济保障;“小共济”就是家庭共济,即个人账户可用于支付职工本人及其配偶、父母、子女在定点医药机构就医时发生的药品、医疗器械等费用,实现家庭成员之间的共济保障。

3 门诊“共济”后省直门诊医疗费用可以报销吗?



答:门诊“共济”将普通门诊费用纳入统筹基金报销范围:建立门诊共济,将门诊多发病、常见病治疗费用纳入职工医保统筹基金报销。这些费用原来基本是靠个人账户或者自费解决。

4 普通门诊享受什么报销待遇?



答:一个自然年度内,职工在统筹区域发生的政策范围内普通门诊费用,统筹基金的起付标准、支付限额和支付比例按以下执行:起付标准800元;支付限额为2000元;一级、二级、三级定点医疗机构支付比例分别为60%、55%、50%;退休人员的支付比例分别高于在职职工5个百分点。普通门诊费用与门诊慢特病费用的医保起付线分开计算,支付限额不结转、不累加到次年度,不占用基本医保、职工大额医疗费用补助限额。年度内新参保人员不分时段均享受全年门诊共济支付限额。

人员类别	起付标准(门槛费)	支付比例			支付限额
		一级医院	二级医院	三级医院	
在职职工	800元/年	60%	55%	50%	2000元/年
退休职工	800元/年	65%	60%	55%	2000元/年

5 个人账户有什么变化?



答:(一)计入方法改变:在职工改革前,个人账户由单位缴费的一定比例(1-1.5%)和个人缴费基数2%计入;改革后,按照本人缴费基数的2%计入,单位缴纳的基本医疗保险费(1-1.5%)全部计入统筹基金,不再划入个人账户。退休职工改革前,由于个人不缴费,统筹基金按照每年全省社平工资收入的4%划入;改革后,2022年7月1日起统一按统筹基金70元/月的标准定额划入个人账户。

(二)支付更加规范: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其他支出。除国家另有规定外,疫苗接种等费用不纳入个人账户支付,不计入普通门诊费用支付范围。

6 医保个人账户可以给家里人用吗?



答:个人账户实行家庭共济,进一步拓展和规范了个人账户的使用范围。个人账户支付关联:2023年7月1日前,省直职工个人账户划入金融账户,即通过银行卡或存折记账,实现金融账户记账下家庭成员的“小共济”,有效减轻家庭就医经济负担。2023年7月1日起,省内省直参保人员个人账户计入额度划入社保账户,统一使用医保电子凭证或社保卡支付,实现社保账户记账下的家庭成员“小共济”。省外异地长期居住或工作的省直参保人员个人账户计入额度依旧划入金融账户,暂不划入社保账户。

7 建立门诊共济机制后的便民措施有哪些?



答: 1. 随着全国医保信息化系统建设的不断推进, 实现跨省异地各类各级定点医药机构联网结算后, 择期将省外异地长期居住或工作的省直参保人员个人账户计入额度划入社保账户, 统一使用医保电子凭证或社保卡支付。

2. 逐步完善门诊共济制度, 一是基本医疗保险门诊共济保障机制在平台中可实现跨统筹区查询并绑定关联人, 保障社保账户记账下的家庭成员“小共济”; 二是处方流转信息系统在平台上线全部功能, 实现个人账户及门诊统筹基金可用于支付定点医药机构发生的“医院开单、药店购药”的相关费用。

8 门诊共济医疗费用的支付范围有哪些?



答: (一) 费用支付范围

按规定参保并缴纳省直职工基本医疗保险费的参保职工省直职工在定点医疗机构普通门诊发生的符合基本医疗保险药品、诊疗项目和医疗服务设施目录范围内医药费用, 纳入职工医保普通门诊费用支付范围, 由职工医保统筹基金按规定支付。

(二) 不予支付范围

1. 在职工停止缴纳或未按照规定缴纳职工医保费用期间发生的门诊费用;
2. 职工住院期间发生的门诊费用;
3. 按职工医保住院、门诊慢特病保障等政策支持后剩余个人自付部分的门诊费用;
4. 其他不符合职工医保政策的规定的医疗费用。

9 如何报销普通门诊费用?



答: (一) 本地门诊费用报销: 在合肥市域及省内异地的省直定点医疗机构发生的门诊费用实行实时联网结算。

(二) 异地门诊费用报销: 办理过备案手续的“异地安置人员”“异地长期居住人员”“长期驻外工作人员”, 可在备案地享受普通门诊保障待遇, 按照省直医保报销政策执行。未实现费用实时结算的符合政策范围内门诊医疗费用, 参保患者可持医疗保障凭证、医疗费用发票、病历等材料回参保地医保经办机构申请手工报销, 原则上每季度按照相关规程集中结算一次。



省直职工基本医疗保险 门诊共济

保障问答



安徽省医疗保障基金管理中心

2022年6月