# 职工基本医疗保险门诊共济十二问

## 问1、什么是城镇职工基本医疗保险门诊共济？

## 答：实施门诊共济是为了进一步健全互助共济、责任共担的职工医保制度，更好解决职工医保参保人员门诊保障问题，切实减轻医疗费用负担，按照党中央、国务院关于深化医疗保障制度改革任务部署，经国务院同意，在全国范围内统一建立的一项保障机制。我省门诊共济保障机制自2022年7月1日起施行。

## 问2、职工医保门诊共济主要作用是什么？

答：职工医保门诊共济是通过调整统筹基金和个人账户收入结构，将职工医保参保人员在定点医疗机构门诊就医发生的政策范围内医疗费用，纳入职工医保统筹基金报销范围，提高参保人员门诊待遇。

## 问3、为什么要建立职工医保门诊共济保障机制？

答：随着社会经济的发展，个人账户的局限性也逐步凸显，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，家庭之间个人账户也不能用，有病的不够用，没病的不能用。这次国家改革的核心就是从原来关于门诊医疗费用的个人积累式保障模式向基金共济式保障模式的转变。

## 问4、“共济”指的是什么？

答：职工医保基金分两大块：一是统筹基金，就是大池子；二是个人账户。这次改革是两个共济，一个大共济，一个小共济。大共济就是建立门诊共济保障机制，在全体职工参保人群范围内来实行门诊共济保障；小共济就是家庭成员共济，对个人账户余额，可供家庭成员共同支配使用。

## 问5、什么是“大共济”？

答：“大共济”指的是在全体职工医保参保人群范围内实行普通门诊共济保障，个人账户的单位缴费划入部分，不再划入医保卡，而是进入共济由全体参保职工共同使用，保障职工门诊医疗需求。

## 问6、什么是“小共济”？

答：“小共济”指的是参保职工个人账户余额使用范围从职工本人拓宽到可以支付职工配偶、父母、子女在定点医药机构就医时发生的药品、医疗器械、医用耗材等费用及参加居民医保等的个人缴费，实现家庭成员之间的共济保障。

## 问7、改革后，个人账户的金额会有什么变化？

答：2022年7月1日起，以统账结合模式参保的在职职工（包括机关、企事业单位和灵活就业人员等）按照个人缴费基数的2%划入个人账户，单建统筹模式缴费比例调整为6.5%，部分纳入门诊共济资金池，同等享受门诊共济报销政策。以统账结合模式和单建统筹模式的参保退休职工，统一按70元/月的标准划入个人账户。今后按照国家规定调整。

## 问8、职工普通门诊费用享受医保报销的起付标准是多少？

答：**职工医保门诊共济保障待遇仅限职工本人使用，家庭成员之间不可共用。**一个自然年度内，参保职工在统筹地区发生的政策范围内普通门诊费用年度起付标准为800元。

## 问9、达到起付标准后，职工普通门诊费用报销标准？

一个自然年度内，参保职工本人在统筹地区发生的政策范围内普通门诊费用超过年度起付标准后，在一级、二级、三级定点医疗机构支付比例分别为60%、55%、50%，退休职工报销比例分别高于在职职工5个百分点；全年度支付限额2000元。

## 问10：在哪里可以享受门诊共济报销政策？

答：根据政策规定，职工在统筹区域内定点医疗机构发生的政策范围内普通门诊费用，可以享受门诊共济保障制度。目前，我省正在积极建设完善处方流转信息系统平台，待平台完善后，支持职工持处方在符合条件的定点零售药店配药和结算，保障待遇按职工门诊就诊定点医疗机构的级别执行。办理过备案手续的“异地安置退休人员”“异地长期居住人员”“常驻异地工作人员”可以在备案地享受普通门诊保障待遇，参照统筹地区报销政策执行。

## 问11：个人账户禁用范围有哪些？

答：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。

## 问12、哪些费用不能纳入门诊共济保障支付范围？

（一）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；

（二）职工住院期间发生的门诊费用；

（三）按职工医保住院、门诊慢特病保障等政策支付后剩余个人自付部分的门诊费用；

（四）其他不符合职工医保政策规定的医疗费用。