**关于安徽省建立健全职工基本医疗保险**

**门诊共济保障机制政策解析**

**一问 为什么要建立职工医保门诊共济保障机制？**

答：职工医保从1998年开始建立，实行的是社会统筹和个人账户相结合的保障模式，“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的费用支出”。随着经济社会的发展，人民需求的提高，个人账户的局限性也逐步凸显，主要表现为共济性不够，“有病的不够用，没病的不能用”。

为贯彻落实《国务院办公厅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），进一步减轻参保职工门诊医药费用负担，根据省政府统一部署，自2022年7月1日起，我省将全面实施职工基本医保门诊共济保障机制改革。本次改革的核心是将原来门诊医疗费用的个人积累式保障模式转变为基金共济式保障模式。

**二问 “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。

**三问 改革后对门诊报销有什么影响？**

答：此次改革将普通门诊费用纳入统筹基金报销范围：

①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自费解决。

②扩大慢性病、特殊疾病的门诊保障范围，将费用高、治疗周期长的疾病门诊费用逐步纳入医保门诊慢特病保障范围，比照住院保障政策予以报销。全省纳入职工医保门诊慢特病保障的病种已统一扩大至63种。

③随着处方流转信息系统的建立完善，参保人员可以持定点医疗机构的外配处方，在符合条件的定点零售药店购药和结算，符合规定费用的纳入统筹基金支付范围。

**四问 普通门诊医药费用可以享受什么报销待遇？**

答：改革后，参保职工一个自然年度内，在统筹区域定点医药机构发生的政策范围内普通门诊费用达到800元以上的部分，统筹基金按照一级定点医疗机构支付比例60%，二级定点医疗机构支付比例55%，三级定点医疗机构支付比例50%进行报销。退休职工的支付比例高于在职职工5个百分点。一个自然年度内普通门诊费用的统筹基金支付限额为2000元。

随着改革的深化，普通门诊费用的起付标准、支付比例与支付限额，将随着经济社会发展状况和职工医保基金承受能力适时调整，稳步提高门诊费用报销水平。

※需要注意的是，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；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等不纳入门诊费用报销范围。

**五问 普通门诊医药费用怎么进行报销？**

答：参保职工持医保电子凭证或社保卡在定点医疗机构普通门诊就诊，进行费用结算时，医疗机构会按照规定的报销比例和医保报销范围计算患者的报销待遇，由医疗机构先行垫付医保报销部分，患者只需支付个人承担部分。

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”可以在备案地享受普通门诊保障待遇。对未能联网结算的，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。

**六问 职工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。

①在定点医疗机构就医时，原来只能参保职工本人使用，现在应由职工本人及其配偶、父母、子女个人支付的医药费用，都可以由个人账户支付；

②在定点药店购药时，原来只能参保职工本人使用，现在职工本人及其配偶、父母、子女购买药品、医疗器械的费用，都可以由个人账户支付；

③可以用于支付参保职工个人缴纳的长期护理保险费、职工大额医疗费用补助费（职工大病保险费）；

④还可以用于支付参保职工的配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

**八问 我的个人账户有什么变化？**

答：①计入办法改变。在职职工：改革前，个人账户由单位缴费的一定比例和个人缴费划入，我省按照单位缴费基数的一定比例（全省16个市和省直职工医保在0.4%—1.8%之间）和本人缴费基数的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全部计入统筹基金，不再划入个人账户。以单建统筹模式参加职工医保的在职人员，不设立个人账户。

退休职工：退休人员由于个人不缴费，个人账户由统筹基金按规定划入。改革前，我省按照上年度职工月平均工资或本人养老金的一定比例（全省16个市和省直职工医保在2%—4.2%之间）划入；改革后，按照改革当年基本养老金平均水平的2%左右定额划入，我省为按照全省平均基本养老金的2%，取整计算为每月70元，定额划入个人账户。

②使用范围拓宽。允许家庭成员（子女、配偶和父母）相互共济使用个人账户，用于支付家庭成员在定点医药机构发生的由个人负担的医药费用、参加居民医保的个人缴费等费用。

③支付更加规范。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。

**九问 改革后个人账户的钱会减少吗？会影响待遇吗？**

答：改革后，职工医保个人账户划入额度有所减少，但并不意味着个人的保障待遇会降低。首先，个人账户改革以后，前期个人账户积累的基金仍然属个人权益，用于支付个人医疗费用的同时，扩大到家庭成员之间的共济使用。其次，在改革个人账户的同时，通过基金的平衡转移，建立了一个新的门诊费用报销机制，实现职工医保门诊保障从原来的“个人积累式”走向“互助共济式”，真正将“医保卡里的钱”用于患病职工身上，特别是老年人身上。今后，门诊费用报销水平还将稳步提高。再次，现行的职工医保慢性病、特殊疾病门诊保障政策继续施行，并不会因为建立门诊共济保障机制而影响原有待遇。此外，改革后还有利于提高医保基金使用效能，进一步优化基层医疗资源配置，提升基层服务能力。

**十问 建立门诊共济机制对老年人有哪些保障？**

答：应对老龄化是我们国家的重大战略，这次门诊保障机制改革从常见病、多发病、慢性病出发，将老年人作为最突出的保障人群进行制度考量。一方面，对退休职工给予倾斜支付。普通门诊统筹保障水平从50%起步，退休职工报销比例较在职职工相应提高5个百分点。另一方面，完善老年人慢病门诊保障。为有效减轻老年人患慢性病、特殊病长期门诊看病的费用负担，将老年人常患的阿尔茨海默病（老年痴呆）、青光眼、黄斑性眼病等疾病纳入慢特病门诊保障范围。目前全省统一的有63个病种，今后还将进一步扩大病种保障范围。老年人患上述疾病在门诊看病购药的费用比照住院政策予以报销。除此以外，参加职工医保的子女们的个人账户也可以给自己的父母使用，进一步减轻老年患者医药费用负担。