

索引号:	11220000MB19566296/2022-03660	分类:	政策解读、待遇保障;其他
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2022年08月30日
标题:	《关于明确贯彻落实建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制有关要求的通知》政策解读		
发文字号:		发布日期:	2022年08月31日

[《关于明确贯彻落实建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制有关要求的通知》政策解读](#)

近日，省医疗保障局会同省财政厅联合印发了《关于明确贯彻落实建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制有关要求的通知》。现解读如下：

一、什么是职工医保门诊共济制度？

门诊共济，是指职工医保参保人员的门诊费用，以前主要通过个人账户的方式来保障，现在是通过共济保障，也就是通过统筹来报销。共济保障的明显特征是：原来从统筹基金划入个人账户的一部分资金不再划入，而是留在统筹基金共济使用，把大家的钱放在一起，给发生风险事件（疾病）的人用，共同抵御疾病风险。

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要求的普通门诊费用，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家庭成员在定点医疗机构就医发生的医疗费用、在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的费用以及家庭成员参加居民医保、职工大额医疗费用补助、长期护理保险等的个人缴费，实现家庭成员之间的共济保障。《通知》主要明确的是“大共济”的相关事宜，“小共济”事宜已在《吉林省城镇职工基本医疗保险个人账户管理办法》（吉医保联〔2022〕15号）中作了明确。

二、职工医保门诊共济保障机制对参保人带来哪些实惠？

有人担心，门诊共济保障机制落地实施后，单位缴费不再划入个人账户，个人账户新计入金额的减少，会不会意味着保障功能降低。虽然个人账户的“小池子”输入少了，但目前来看，门诊共济保障机制优化了资源配置，门诊就医可报销，小病也有了保障。过去，职工医保制度以保住院为重心，住院的医保报销比例较高，但门诊费用除了门诊慢性病、特殊疾病等特定病种纳入医保统筹基金报销外，其他普通门诊医疗费用只能通过个人账户支付。职工医保

门诊共济保障制度将参保人员符合规定的普通门诊医疗费用纳入医保统筹基金保障，扩大了门诊报销范围，“普通门诊费报不了”成为了历史。此外，普通门诊统筹的定点医疗机构范围，由基层医疗卫生机构扩大到了三级及以下符合条件的定点医疗机构，待遇的可及性进一步增强。

三、哪些费用可以纳入普通门诊统筹报销？

职工医保参保人在普通门诊定点医疗机构发生的门诊医疗费用，只要符合我省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录及医疗服务设施目录相关规定的费用，均可按规定纳入职工医保普通门诊统筹报销范围。

四、职工医保普通门诊统筹能报多少？

根据国家门诊保障机制改革和分级诊疗要求，三级、二级、一级及以下医疗机构报销比例分别为 50%、55%、60%。普通门诊统筹起付线不超过 300 元，统筹基金年度最高支付限额不超过 2000 元，具体标准由各统筹区确定。对于一些常见病、多发病的普通门诊费用，下级医疗机构报销水平一般高于上级医疗机构，比如：某统筹区职工医保在职参保人李某，因为疾病在门诊花费了 1100 元，除去目录内先由个人支付和自费等费用，政策范围内医疗费用为 1000 元。如果在社区卫生服务中心这些一级及一级以下医疗机构门诊就诊，起付线假设为 100 元，报销比例是 60%，那么最终可以报销 540 元；同样的费用，李某如果在吉大医院这类三级医疗机构就医，假设起付线为 300 元，报销比例是 50%，那么最终可以报销 350 元。

五、普通门诊统筹对退休人员有什么倾斜政策吗？

职工医保参保退休人员，普通门诊统筹对退休人员的倾斜支付比例同统筹区住院统筹基金倾斜比例一致。假设参保退休人员张某所在统筹区，当地规定退休人员住院时报销比在职人员多报 2%，那么张某在三级、二级、一级及以下医疗机构就医，普通门诊统筹也同样多报 2%，达到 52%、57%、62%。

六、统筹基金年度最高支付限额指什么？

本次政策调整，门诊报销“额度”由政策范围内费用的年度最高限额统一调整为统筹基金年度最高支付限额。原有“限额”主要是指参保人发生的符合基本医疗保险支付范围的医疗费用，新“限额”指医保统筹基金对参保人一个医保年度内发生的属于政策范围内医疗费用进行报销的最高限额。比例，参保人赵某，发生政策范围内医疗费用 4000 元，假设报销比例为 60%，不考虑起付线因素，那么：当政策范围内费用的年度最高限额为 2000 元时，赵某最终能报销 $2000 \times 60\% = 1200$ 元；当统筹基金年度最高限额为 2000 元时，赵某理论上报销 $4000 \times 60\% = 2400$ 元，但 2400 元已超过 2000 元的年度统筹基金最高支付限额，故赵某最终能报销 2000 元。具体报销限额和标准，以所在统筹地区出台的文件为准。

七、职工医保参保人患有慢性病，在门诊能报销吗？

职工医保参保人，符合门诊慢性病准入标准的，可按规定享受门诊慢性病报销待遇。起付标准与普通门诊统筹起付标准合并计算。支付比例由各统筹区在 60%和 70%两档中选择确定。各统筹区可结合实际，按病种设定具体的统筹基金年度最高支付限额，累计限额不超过 6500 元。

八、职工医保门诊特殊疾病有什么政策？

职工医保参保人员，符合门诊特殊疾病准入标准的，可按规定享受门诊特殊疾病报销待遇。起付标准原则上与同等级住院起付标准一致，支付比例按同级定点医疗机构住院支付比例执行，统筹基金年度最高支付限额与住院年度最高支付限额合并计算。为了减轻参保人医疗负担，门诊特殊疾病一个自然年度内只计算一次起付标准。其中，如果参保人一个自然年度内在二级定点医疗机构已经达到门诊特殊疾病起付标准，但因病情需要，需要前往三级定点医疗机构诊治的，起付标准仅需补差即可。

九、医保急诊、抢救的费用能报销吗？

急诊，是指医疗机构为急性病患者进行紧急治疗的门诊。抢救，是指在紧急危险情况下的迅速救护。在门诊发生符合规定的急诊（含急诊留观）、抢救医疗费用，参照同级别定点医疗机构住院待遇支付政策执行，统筹基金年度最高支付限额与住院年度最高支付限额合并计算。

十、不住院，在门诊做的手术能报销吗？

对相关日间手术可以在门诊报销。实行收付费管理的，可以不设起付线，支付比例按照就诊定点医疗机构住院支付比例执行。统筹基金年度最高支付限额与住院年度最高支付限额合并计算。

十一、享受门诊慢特病职工参保人，在门诊或住院时，治疗药品同时符合普通门诊统筹、门诊慢特病和医保“双通道”药品的支付范围，应该怎么报销？

参保人就诊时应主动告知本人的门诊保障类别，缴费时如普通门诊和门诊慢特病待遇有交叉时，优先享受门诊慢特病待遇，住院期间不再享受普通门诊和门诊慢特病待遇。门诊慢特病用药与医保“双通道”药品有交叉时，执行“双通道”药品政策。

十二、什么时候能享受到上述政策？

本通知印发后，各统筹地区将于 2022 年底前陆续出台配套文件，明确细化当地门诊保障政策。具体享受待遇时间，以所在统筹地区配套政策为准。