

# 职工医保门诊共济怎么报销?解读来了

年底前我省将全面建立职工医保普通门诊统筹制度 新政将惠及全省1040万名参保职工

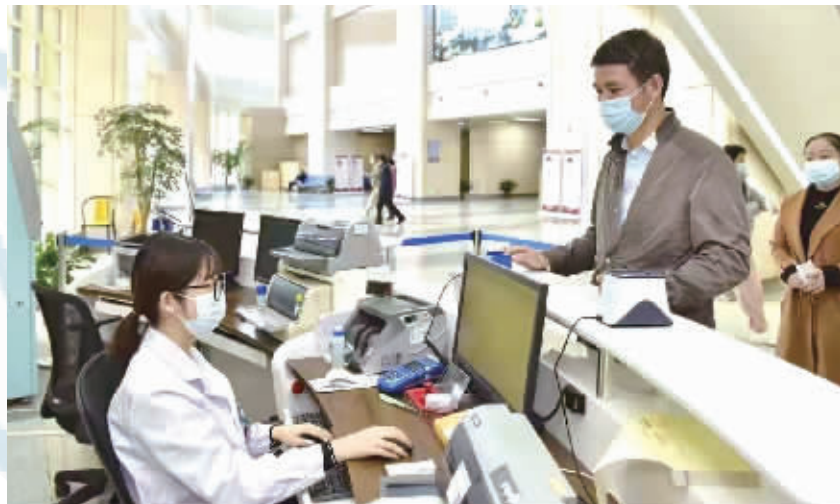


扫码看视频

10月1日起,湖南《省本级职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》正式实行,今年年底前其他统筹区也陆续开始实行。

目前实施情况如何?参保人怎么报销?11月9日,湖南省医保局召开“职工医保门诊共济”新闻通气会,介绍我省职工医保门诊共济保障机制政策实施情况,并就群众关注的热点问题进行答疑。

■文/视频 三湘都市报全媒体记者 李琪  
通讯员 欧阳振华 朱莉 彭璐



患者正在医院进行医保结算。通讯员 供图

## 【报销额度和比例】

一级医疗机构及基层医疗机构门诊费用不设起付线  
在职职工、退休人员分别最多可报销1500元、2000元

普通门诊统筹制度覆盖职工医保全体参保人员。不仅统账结合模式的参保人员能够享受普通门诊报销政策,单建统筹的困难人员也能够享受普通门诊报销政策。

我省职工医保参保人员在一级医疗机构及基层医疗卫生机构就诊,政策范围内门诊医疗费用不设起付标准,按70%比例支付;在二级医疗机构就诊,政策范围内门诊医疗费用起付标准200元,按60%比例支付;在三级医疗机构就诊,政策范围内门诊医疗费用,起付标准300元,按60%比例支付。

一个自然年度内,起付标准累计不超过300元,在职职工统筹基金最高支付限额1500元,退休人员统筹基金最高支付限额2000元。统筹基金最高支付限额,是指统筹基金最多能够给参保人员实际报销的金额。

“目前普通门诊统筹政策确定的支付限额,再加上个人账户划入的金额,总体上来说,可以基本满足参保人员的门诊医疗需求。”省医疗保障局党组成员、副局长伍国用表示,我省职工医保普通门诊统筹政策设计体现了待遇支付适当向老年人倾斜,也有利于推进分级诊疗制度实施,引导参保人员在基层就近就医。

## 【慢特病门诊保障】

享受特殊门诊待遇后也可享受普通门诊报销  
同一笔费用不重复享受待遇,报销额度分开累计结算

湖南逐步扩大由统筹基金支付的门诊慢性病、特殊疾病病种范围,将部分治疗周期长、对健康损害大、门诊费用负担重的疾病门诊费用纳入共济保障。

我省研究制定了职工医保慢特病门诊待遇保障管理办法,统一全省门诊慢特病诊断纳入标准,明确门诊慢特病纳入医保基金支付的评审程序,实行门诊慢特病药品单列支付管理。

目前,已经组织临床专家制定了门诊慢特病诊疗规范、用药指南。现有43个病种纳入门诊慢特病报销范围,并确定了每个病种的报销比例和额度,还将建立门诊慢特病病种动态调整机制。在职职工慢特病政策范围内门诊医疗费用按80%比例支付,退休人员慢特病政策范围内门诊医疗费用按85%比例支付。

值得一提的是,职工医保门诊统筹共济制度实施之后,享受了特殊门诊待遇的参保人,可以同时享受普通门诊报销,但同一笔费用不重复享受待遇。特殊门诊的额度和普通门诊的报销额度是分开累计结算报销的。

例如:参保人享受“高血压病”的特门,每月待遇标准是260元,参保人每月正常享受特门的待遇之余,如因疾病去医院看门诊,相关医药费用是可以按照门诊统筹政策进行报销的,与特门的费用不相冲突。同一笔费用门诊统筹报销后(包含个人自付费用)不再纳入特门进行报销,同样,已享受特殊门诊待遇的费用(包含个人自付费用)不再纳入门诊统筹进行报销。

## 【个人账户计入办法】

个人缴纳全部计入个人账户  
允许家庭成员相互共济使用

职工医保实施“门诊共济”后,个人账户计入办法将进行改进。在职职工个人缴纳的基本医疗保险费全部计入个人账户,计入标准为本人参保缴费基数2%。退休人员个人账户由统筹基金按月定额划入,划入额度为75元/月。2023年1月1日起按全省统一标准执行。

调整统筹基金和个人账户结构后,增加的统筹基金主要用于门诊共济保障,提高参保人员门诊待遇。

伍国用表示,据测算,改进个人账户计入方式后,当年会有约90亿元的基金用于加强门诊保障。这笔钱就可以当期变为实实在在的基金投入,真正用于患病者身上,特别是老年人身上,真正用于对医疗服务的支付,从而支持基层医疗服务机构的发展和医疗资源的利用。所以在基金的使用效率上,是一个极大的激活和提升。没有新增参保单位和个人的缴费,在现有的条件下实施了制度转轨,提升了制度效能。

改革后,将允许家庭成员相互共济使用个人账户,但不得将个人账户用于公共卫生费用、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。

据了解,医保部门正拓展职工医保门诊保障范围,探索将符合规定的“互联网+”门诊医疗服务纳入保障范围。做好门诊费用与住院费用支付政策的衔接。

## 【实施进展与保障】

年底前全省建立职工医保普通门诊统筹制度  
省本级已认定首批149家定点医疗机构

目前,湖南职工医保门诊共济政策已在省本级、长沙、株洲、湘潭、邵阳、郴州正式实施,年底前我省将全面建立职工医保普通门诊统筹制度。新政将惠及全省1040万名职工参保人员。

只要已开通基本医疗保险住院定点服务的医疗机构和符合条件的零售药店,原则上都可直接认定为门诊统筹的定点医药机构。目前,省本级已直接认定了第一批149家定点医疗机构,覆盖了基层医疗卫生机构和一、二、三级医院。

参保人员就医购药医保登记和报销手续进行简化,实行门诊统筹费用联网直接结算。参保人就医购药只需支付个人自付部分费用,属于门诊统筹基金支付的部分,由定点医药机构与经办机构按协议规定支付,参保人员门诊统筹费用医保报销不需“垫资、跑腿”。

省内跨统筹区门诊就医购药医保登记手续已经取消,参保人员跨统筹区定点医药机构就诊时,无需事前办理异地就医备案登记,只需主动表明参保地和就诊类型,凭医保电子凭证、居民身份证或者社会保障卡即可就医购药直接结算报销。

## 体验

“共济”报销,1300元的  
医疗费只需支付778元

近日,市民曹庆贺(化名)因腹部不适,来到湖南省肿瘤医院门诊就诊。接诊医生开具相应的检查,曹庆贺结算时发现一共为1300元费用,但自己只需要支付778元。10月1日起,湖南省肿瘤医院开始执行医保门诊共济保障政策,普通门诊费用可纳入医保报销。

曹庆贺具体如何报销的?一个自然年度内,职工门诊统筹起付标准累计不超过300元,在职职工最高支付限额为1500元,退休人员最高支付限额为2000元。以三级定点医院为例:起付标准300元,职工医保统筹基金按60%予以报销。

门诊总费用为1300元,其中自付比例为10%(130元)。那么,曹庆贺本次门诊报销金额=(1300-130-300)×60%=522元(300元为起付线,年度累计300元之后就不需要再扣除了)。

职工门诊统筹支付范围与基本医疗保险支付范围一致,即国家、省规定的基本医疗保险药品目录、医疗服务项目目录和医用耗材目录范围,基本医疗保险支付范围外的不予支付。

门诊医生开立医嘱后参保人凭医保电子凭证、身份证或社会保障卡于门诊专设窗口结算,参保人只需支付自费部分。参保人员住院期间不享受职工门诊统筹和慢特病门诊待遇;“双通道”管理药品待遇和慢特病门诊待遇已支付的医疗费用,职工门诊统筹待遇不予支付;由第三方负担的意外伤害门诊医疗费用不纳入医保报销。