

# 职工医保普通门诊共济保障改革问答

从1月1日起,职工医保门诊共济保障机制改革在我市施行,将普通门诊费用由个人账户支付调整为由医保统筹基金报销和个人账户支付相结合。改革旨在减轻多病职工患者、大病重病职工患者、门诊慢特病职工患者在门诊就医的个人支付医疗费用的负担,进一步提高职工门诊保障待遇水平,完善多层次医疗保障体系。

改革对象包括哪些?计入方式的调整会不会影响市民个人权益?围绕市民关心的问题,市医保局相关负责人进行了回答。



## 为什么要施行职工医保门诊共济保障机制改革?

1998年开始,国家建立职工医保制度,我市从2000年启动职工医保制度建设。我国的职工医保覆盖用人单位职工和参保的灵活就业人员。用人单位和职工共同缴纳医保费(退休人员不缴纳),构成职工医保基金。职工医保基金由个人账户和统筹基金两部分组成。按现行政策,统筹基金主要管职工患者大病住院、门诊特病的支出,个人账户主要保职工患者在普通门诊和药店购买药品的支出。

但随着经济社会的发展、医疗技术的进步,门诊可提供的医疗服务范围增加、服务功能明显加强以及老龄化速度加快,现行的职工医保制度基金效益发挥不充分、难以满足人们门诊看病需求的矛盾日益突出。特别是老年群体患者门诊就医频次增加、门诊费用明显加重,却不能通过医保报销减轻医疗负担。

因此,为了提高职工医保基金共济保障能力,解决个人账户“有病的不够用,没病的没发挥作用”的现实问题,党中央、国务院在2020年和2021年就职工医保门诊共济改革先后作出决策部署。《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》明确提出“改进个人账户计入办法,调整统筹基金和个人账户结构,提高参保人员门诊待遇”;国家医保局印发的《建立健全职工医保门诊共济保障机制三年行动方案(2021—2023年)》文件,要求2023年底前,全国所有地区要推动职工医保门诊共济改革目标任务落地落实。

根据国家的统一部署安排,我市对此项改革任务也作出了具体安排,在认真调研、充分论证、征求社会意见的基础上,2022年1月,市政府办公厅印发了《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》;市医保局、市财政局联合印发了《重庆市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》。

## 职工医保门诊共济保障机制改革的对象包括哪些?

重庆市职工医保的参保人员,不论是单位参保人员还是灵活就业人员以个人身份参加我市职工医保,不论是在职人员还是退休人员,都属于改革对象,都可以享受门诊共济保障待遇。

## 我市职工医保门诊共济保障机制改革的主要内容是什么?

此次改革主要有四个方面的政策措施,即“一增加、一调整、一延伸、两扩大”。

“一增加”:建立普通门诊统筹保障机制。将普通门诊医疗费用纳入医保统筹基金报销范围。符合医保规定的费用门诊报销比例为:二级及以下医疗机构60%、三级医疗机构50%,退休职工在此基础上增加10个百分点。报销起付标准在职人员200元,退休人员100元;年度最高支付限额在职人员为3000元/年,退休人员为4000元/年。

“一调整”:调整个人账户计入结构。在职职工个人账户调整为:个人缴纳的基本医疗保险费仍然保留在个人账户,单位缴纳的基本医疗保险费则计入统筹基金,建立普通门诊保障机制。

随单位参保、个人二档参保退休人员个人账户调整为:由统筹基金定额划入,70岁以下退休人员划入105元/月,70(含)岁以上退休人员划入115元/月。

“一延伸”:将统筹基金支付延伸到符合条件的

定点零售药店,参保人除了在定点医疗机构就诊,可以持医疗机构外配处方在定点零售药店结算购药,符合规定的费用纳入统筹基金的支付范围。

“两扩大”:扩大个人账户使用范围,家庭成员之间可以共济使用;个人账户除了可以继续用于配药、父母、子女参加城乡居民医保等的个人缴费以及退休人员本人的职工大额医疗互助保险缴费;扩大门诊保障病种,将普通门诊发生的不属于门诊特病的病种纳入保障范围。

## 四 计入方式的调整会不会影响市民的个人权益?

此次改革的核心是通过调整个人账户基金结构,建立普通门诊统筹报销制度。具体而言,主要有三个“不变”、两个“变化”和一个“增加”。

三个“不变”。第一,个人账户的使用不变。个人账户的资金和利息,无论是改革前的历史结余,还是改革后新划入形成的结余,都仍然由个人使用,都仍然可以结转使用和继承。第二,在职职工个人缴费的比例、流向不变。在职职工个人医保缴费仍然全额划入自己的个人账户。第三,退休人员不缴纳基本医保费的政策不变。退休人员个人账户资金仍然由医保统筹基金划入。

两个“变化”,是指按照不同方法,分别是在在职职工、退休人员的个人账户划入结构发生变化。

一是在在职职工,改革前,个人账户的资金来源由单位缴费的一部分和个人缴费组成;改革后,个人缴费依然全部划入个人账户,单位缴费部分划入统筹基金,建立普通门诊保障机制。

二是在退休人员,改革前,我市每月划入个人账户的资金以上年度社会平均工资的一定比例来计算;改革后,划入个人账户的资金为我市今年基本养老金平均水平的一定比例来计算,计算后,70岁以下退休人员定额计入105元/月;70(含)岁以上退休人员定额计入115元/月。

一个“增加”,就是建立普通门诊统筹保障机制,将普通门诊的医疗费用也纳入了医保统筹基金的报销范围。

## 五 建立职工医保门诊共济保障机制后,群众如何享受普通门诊的医保报销呢?

参保人在符合条件的医保定点医疗机构、定点零售药店就医购药都可以享受普通门诊的医保报销。具体办法是:

一是在医疗机构就医。参保人员因患病在我市定点医疗机构普通门诊就医,发生的符合我市医保政策范围内(目录内)的医疗费用(包括药品费、检查费、治疗费等),纳入普通门诊统筹基金支付范围,凭本人医保电子凭证或社会保障卡,通过医疗保险信息系统在医院看病后就可直接结算。

二是在定点零售药店购药。一方面,参保职工个人账户余额和以前一样,可以用于支付在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的医疗费用。另一方面,改革后增加了药店普通门诊统筹基金结算服务。参保人员在我市定点医疗机构就医后开具的外购电子处方,通过电子处方流转平台从定点医疗机构流转至定点零售药店,购买符合我市医保目录范围的药品费用纳入普通门诊统筹基金支付范围,凭本人医保电子凭证或社会保障卡在药店直接结算。

## 六 门诊共济保障实施后,如何提升群众就医购药的便利性?

除了在定点医疗机构看普通门诊为参保人员提供便利以外,我市还从另外两个方面提高大家的

便利性。

一是将更多符合条件的定点零售药店纳入门诊报销范围。改革后虽然普通门诊费用能报销了,但对于习惯在药店购药的患者来说,除了个人账户仍可像原来一样使用外,市医保局明确规定,参保人凭定点医药机构处方在定点零售药店购买医保目录内药品,可由统筹基金按规定报销。同时,市医保局专门印发了《关于医保电子处方流转有关工作的通知》,建立了定点医疗机构电子处方可以顺畅流转至定点零售药店的信息平台,这样更方便参保人凭处方开药。

二是提供更多的医保便民服务渠道。为了进一步提升医保便民化服务,让群众办事“少跑腿”。对此,医保部门正在积极推进“互联网+医保”服务,推动医保电子凭证就医购药全流程应用,扩大医保移动支付在定点医疗机构的接入范围,凡是在已经开通医保电子凭证移动支付的定点医疗机构就医,参保人直接通过手机完成挂号就诊、药品信息查询、医保结算、药品配送等相关服务。

## 七 我市哪些医院看普通门诊能报销?

我市职工医保参保人员在我市所有定点医疗机构普通门诊就医,可以按规定享受门诊统筹报销。市民可通过重庆市医疗保障局官网、重庆市医疗保障局微信公众号、重庆医保App等平台查询我市定点医院。

## 八 在我市定点医院看普通门诊,医保如何报销?

我市职工医保参保人员在我市定点医院普通门诊看病,发生的符合我市医保政策范围内(医保目录内)的普通门诊的药品费、检查费等,在定点医院缴费时,医保就直接结算报销了。如果这个定点医院开通了医保移动支付,职工医保参保就医人员可在手机缴费过程中直接由医保结算报销。

## 九 现在有多少医院开通了医保移动支付?如何通过手机缴费报销医保?

截至2023年底,我市已经有169家定点医院开通医保移动支付,我市职工医保参保人员可通过这169家定点医院微信公众号或小程序缴费,直接结算报销。市民在看门诊时,可咨询医院是否开通医保移动支付。

## 十 在药店买药,医保能报销吗?

我市职工医保参保人员在定点医疗机构就医后,凭定点医疗机构开具的外配处方(电子处方或纸质处方),在门诊统筹定点零售药店购买符合我市医保目录规定的药品,药品费用可按相关政策规定进行报销。截至目前,我市已有8918家定点零售药店开通了门诊统筹服务,数量还会不断增多。

目前,门诊统筹定点零售药店查询功能已在重庆医保App、重庆市医疗保障局微信公众号等渠道上线。市民还可以通过咨询当地医保经办机构确认药店是否已开通门诊统筹服务。

## 十一 怎么查询哪些药店和医院可以流转电子处方?

一、在重庆医保App中【特色服务】—【处方服务】功能中,可以查询已开通电子处方流转服务的定点零售药店和定点医疗机构名单。

二、在重庆市医疗保障局微信公众号中【服务大厅】—【处方服务】功能中,也可以查询已开通电子处方流转服务的定点零售药店和定点医疗机构名单。

## 十二 “两病”、特病、国谈药使用患者在门诊报销后,是否还能报销普通门诊?

可以的。“两病”(高血压、糖尿病)门诊用药保障患者、门诊特殊疾病保障患者、国谈药品门诊保障用药患者等,经医保统筹基金支付后的个人自付费用(医保目录内的费用),也按规定纳入普通门诊统筹基金报销范围。

## 十三 如果在定点医院或者门诊统筹定点药店看普通门诊或买药时,因停电、网络中断等原因没有马上报销,后续怎么办?

如因定点医院或门诊统筹定点药店停电、断网等特殊原因,未能在现场联网结算普通门诊统筹费用的,我市职工医保参保人员可自己垫付医疗费用后,通过以下两种方式进行报销:

一、持本人医保电子凭证或社会保障卡和医药机构收费票据,到就诊医疗机构或购药的门诊统筹定点零售药店进行反结算(参保人员因为提前垫付了医疗费用,到医保定点机构进行自费转医保结算的过程)。

二、持相关材料到我市各区县医保服务大厅,或其指定的医保定点机构按规定进行手工报销。所需材料如下:1.医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡,帮别人代办的还需要提供代办人有效的身份证件;2.医药机构收费票据;3.门诊费用清单;4.病历资料(含处方底方);5.银行账户信息。

## 十四 在重庆市外就医,也可以享受普通门诊统筹报销吗?

可以。结算方式主要分为以下三种情况:

第一种情况:我市职工医保参保人员,在在外医保定点医院普通门诊就医发生的医疗费用,医保报销的部分是可异地联网结算的,自己是不需要垫付费用的。异地联网可以直接结算的定点医院有很多,可以在国家医保服务平台App、重庆市医疗保障局公众号、渝快办App上查询。

第二种情况:取得我市门诊慢特病资格且该病种已实现跨省直接结算的职工医保参保人员(目前限高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗5种特病),在异地联网的医保定点医院就医,和我市看病一样,经医保统筹基金支付后的个人自付费用(医保目录内的费用),也按规定进行普通门诊统筹基金报销而且也可直接异地联网结算报销。

第三种情况:前述5种特病范围外的我市门诊慢特病其他病种的患者,在在外医保定点医院就医发生的医疗费用,需由参保人员先行垫付相关费用,再持以下材料到我市各区县医保服务大厅或其指定的医保定点机构进行手工报销:

- 1.医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡,帮别人代办的还需提供代办人有效身份证件;
- 2.医药机构收费票据;
- 3.门诊费用清单;
- 4.病历资料(含处方底方);
- 5.银行账户信息。

吴志杰