# 职工基本医保门诊共济保障政策问答

**1、建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的“一减少”与“一增加”分别指什么？**

答：“一减少”是指个人账户划入额度减少。改革后，在职职工医保个人账户（俗称“医保卡里的钱”），划入额度为本人缴纳的职工医保费，单位缴纳的职工医保费用全部计入统筹基金；退休职工个人账户划入额度，以2021年全省基本养老金的2%左右计入确定。

“一增加”是指统筹基金增加，增设门诊统筹保障制度。在没有增加单位缴费和政府投入的情况下，通过政策调整，个人账户的划入额度减少的部分也就是调剂出来的钱，全部划入统筹基金，用来增加门诊保障基金规模，用于报销职工普通门诊医疗费用。

**2、职工基本医疗保险门诊共济“小共济”与“大共济”分别指什么？**

答：“小共济”，指的是参保职工个人账户使用范围从职工本人拓宽到可以支付职工配偶、父母和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。

“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，不再划入个人的医保卡，而是放到共济保障的“大池子”里，由全体参保职工共同使用，实现全体职工之间的共济保障。

**3、改革后的在职职工个人账户计入标准？**

答：以统账结合模式参保的在职职工（包括机关、企事业单位、灵活就业人员等）按照本人缴费基数的2%计入个人账户。单位缴纳的职工医保费用全部计入统筹基金，不再计入个人账户。

**4、改革后的退休职工个人账户计入标准？**

答：以统筹基金与个人账户结合模式及以单建统筹模式参加职工医保的退休职工，个人账户按定额划入。自2022年7月1日起，全省统一按每月70元计入个人账户，今后按照国家、省有关规定进行调整。

**5、改革后的职工个人账户使用范围？**

答：实现家庭成员相互共济使用个人账户，用于支付政策范围内的医药费，家庭成员(配偶、父母和子女)参加居民医保等的个人缴费，也可以用个人账户支付。

**6、通过调整统筹基金和个人账户结构后增加的统筹基金将用在什么地方？**

答：通过调整政策后增加的统筹基金用于建立职工基本疗保险门诊共济保障机制，将门诊里多发病、常见病纳入医保统筹基金报销。职工基本医疗保险门诊共济保障待遇按照权责对等的原则，仅限于职工本人使用，家庭成员之间不共用。

**7、职工基本医疗保险门诊共济保障范围？**

答：职工在定点医疗机构（急诊、抢救除外）普通门诊发生的，以及在符合条件的零售药店门诊处方外配购药的政策范围内医疗费用，由职工医保统筹基金按规定支付。

**8、职工基本医疗保险门诊共济保障待遇标准？**

答：一个自然年度内，职工在市内发生的政策范围内普通门诊费用，统筹基金按规定予以报销。一是年度累计起付线800元，年度封顶线2000元。二是在职职工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%；三是退休职工各级医疗机构的报销比例相对于在职职工均提高5个百分点。2022年的普通门诊费用医保起付线、年度支付限额不减半计算。

**9、异地安置退休人员或异地长期居住人员等是否享受职工基本医疗保险门诊共济保障？**

答：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，具体待遇标准参照市内普通门诊报销政策执行。

**10、哪些门诊费用不纳入职工基本医疗保险门诊共济保障支付范围？**

答：在职职工停止缴纳或未按规定缴纳职工医保费用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及其他不符合职工医保政策规定的医疗费用。