解读《曲靖市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则（暂行）》（征求意见稿）

一、政策的实施背景

建立健全职工医保门诊共济保障机制，是国家、省、市深化医疗保障制度改革提出的决策部署。2021年年底，云南省政府办公厅印发了《云南省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法（暂行）》（云政办规〔2021〕1号），明确了建立普通门诊保障、改进个人账户计入办法、规范个人账户使用范围的改革任务，要求各州（市）在2022年12月底出台实施细则并执行。

二、政策的主要内容

《实施细则》严格对标对表国家和省级要求，围绕市委、市政府推进健康曲靖的决策部署，制订了总则、基金管理、普通门诊保障、个人账户管理、基金监督等10个部分33条具体规定，明确了普通门诊保障机制的适用范围、支付标准、支付范围等，主要内容为：

（一）明确了保障对象。曲靖市参加职工医保的在职职工、退休人员和灵活就业人员、新就业形态劳动者等全部纳入保障范围，实现全覆盖。

（二）新增了职工医保普通门诊待遇保障。对参保人员在医保定点医疗机构门诊就医，产生符合医保规定的政策范围内医疗费用给予报销，其中：一级及以下定点医疗机构的起付线是30元，报销比例60%；二级定点医疗机构的起付线是60元，报销比例55%；三级定点医疗机构的起付线是90元，报销比例50%。如果是退休人员，在同级别医疗机构就诊支付比例较在职人员提高5个百分点，分别达到65%、60%和55%。统筹基金年度最高支付限额为6000元，超过最高支付限额的费用，按住院支付比例执行。通过差异化的报销政策，既引导参保人员常见病多发病在基层解决，又减少“小病大医、小病大治、过度诊疗”等现象。

（三）保持现行门诊保障政策连续稳定。《实施细则》启动实施后，现行的门诊慢性病、门诊特殊病、门诊急诊抢救、国家医保谈判药品门诊保障、日间手术等保障政策仍然延续，待遇水平不降低，有效保障参保人员门诊医疗服务需求。

（四）改进个人账户计入办法。在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人参保缴费基数的2%，单位缴纳的基本医疗保险费不再计入个人账户，全部计入统筹基金；退休人员个人账户划入标准不变，继续由统筹基金按比例划入，今后按省改革要求，逐步调整到曲靖市基本养老金平均水平的2%。

（五）扩大个人账户使用范围。个人账户使用范围扩大到参保人的配偶、父母、子女在定点医疗机构就医、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费用；参加城乡居民基本医疗保险、本人及家庭成员职工大额医疗费用补助、长期护理保险及购买商业健康保险等的个人缴费。

三、政策的主要特点

（一）待遇更实惠。曾经有参保人反映，大病住院能报销，小病小痛全得自己掏钱，医保的获得感不够，不少人都感同身受。随着《实施细则》的启动实施，像感冒发烧这样的小病小痛普通门诊费用可以报销了，减轻了参保人的门诊医疗费用负担，增强了参保职工的医保获得感。

（二）服务更便民。《实施细则》相关规定体现了以人为本的理念。比如参保人员本人可通过“云南医保”微信小程序、参保地经办机构等线上线下渠道自愿将符合条件的配偶、父母、子添加进个人账户支付人员名单，共济使用家庭成员个人账户余额。

（三）管理更规范。《实施细则》的出台，落实了国家、省相关要求，对普通门诊共济和个人账户管理进行了规范。个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身、养生保健消费和健康体检等不属于基本医疗保险保障范围的费用。

（四）基金更提质。将减少的个人账户资金以共济保障的方式用于提升参保人门诊待遇，一方面更进一步提升了参保人的门诊待遇，另一方面在确保职工医保基金总体安全稳定的前提下，盘活了个人账户沉淀资金，进一步提升职工医保基金使用质效。

四、需要说明的事项

（一）门诊共济使用规定：门诊共济只是共用、共享符合规定的家庭成员个人账户余额。参保人在定点医药机构就医就诊购药时，须凭本人的医保凭证（含社会保障卡、医保电子凭证等）按规定结算。

（二）个人账户使用规则：个人账户共济使用时，优先使用本人个人账户，本人个人账户余额不足时，再使用共济授权人个人账户余额。授权人有多人时，默认按照个人账户余额从多到少的顺序使用。