

长春市城镇职工医保门诊共济保障政策要点

一、为什么要“改”？

我市职工医保建立以来，一直实行社会统筹和个人账户相结合的保障模式，即“统筹基金管大病、个人账户管小病”，简单说，小病在门诊就医，或者在药店买点药，主要使用个人账户资金结算；大病、重病需要住院时，个人承担一部分费用，大部分要靠医保报销。

随着社会经济的发展和个人医疗需求的变化，个人账户的局限性逐步凸显：个人账户资金是个人积累式的，健康人群和非健康人群的个人账户积累差距很大，家庭成员之间个人账户也不能互相使用，造成有病的不够用，没病的用不上，基金共济性不强，个人账户基金大量沉淀，甚至被不法分子盯上，出现盗刷医保卡、套取个人账户资金等违规行为。

这次改革的核心，就是要实现从“个人积累式”向“基金共济式”门诊保障模式的转变。简单来说，就是要从医保个人账户中提取部分资金，建立起和住院报销类似的“个人承担一部分费用，大部分要靠医保报销”的门诊保障模式。

二、凭什么来“改”？

参保单位和职工共同缴纳的医保费是医保基金的主要来源，参保单位和职工每月缴纳的医保费到账后，医保基金再按照一定比例将部分资金注入参保职工个人账户，所以从本质上讲，个人

账户资金是职工医保基金的一部分，而不是个人收入。政府部门有权依法对其制度设计进行改革调整，确保与当前经济社会发展水平相适应，促进制度可持续发展。

2021年4月，国务院办公厅《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》明确提出：要将门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围，改革职工医保个人账户，建立健全门诊共济保障机制，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担，实现制度更加公平更可持续。“在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准原则上控制在本人参保缴费基数的2%”“退休人员个人账户原则上由统筹基金按定额划入，划入额度逐步调整到统筹地区根据本意见实施改革当年基本养老金平均水平的2%左右”。

2021年12月24日，吉林省人民政府办公厅《关于印发吉林省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法的通知》提出：建立健全普通门诊统筹、稳步提高门诊慢特病保障水平、规范个人账户使用范围等具体措施，其中改进个人账户计入办法表述与国家保持一致。

2022年7月19日，吉林省医疗保障局、财政厅《关于印发〈吉林省城镇职工基本医疗保险个人账户管理办法〉的通知》提出个人账户改革分两步执行：第一步是在2022年底前，在职职工个人缴纳的基本医疗保险费计入个人账户，计入标准为本人参保缴费基数的2%，退休人员个人账户以本统筹区2021年基本养

老金平均水平作为固定基数,并按原比例计入退休人员个人账户金额;第二步是在2023年年底前,退休人员个人账户以本统筹区2021年基本养老金平均水平的2.8%统一计入退休人员个人账户金额。

三、要怎么样“改”?

一是减少一部分个人账户计入资金

2023年1月起,在职职工个人账户计入标准为本人参保缴费基数2%,退休人员个人账户计入标准为2021年长春市基本养老金平均水平的4%(111元)。

2024年1月起,退休人员个人账户计入定额标准调整为2021年长春市基本养老金平均水平的2.8%(78元)。职工医保个人账户支付长期护理保险个人缴费的,可在每月个人账户计入金额中划转相关费用。

数据显示:在职职工改革前个人账户每月人均计入金额为165.62元,改革后为120.75元,每月人均减少计入44.87元,即在职职工每年人均少计入538.44元。退休人员改革前个人账户每月人均计入金额为151.42元,改革后,2023年每月人均计入金额为111元,每月人均减少计入40.42元,即2023年退休人员人均少计入485.04元;2024年起每月人均计入金额为78元,每月人均减少计入73.42元,即2024年退休人员起人均少计入881.04元。

人员类别	时间区间	改革前平均每月计入金额	改革后平均每月计入金额	平均每月减计金额	平均每年减计金额
在职职工	2023年2月1日起	165.62	120.75	44.87	538.44
退休人员	2023年2月1日至 2023年12月31日	151.42	111	40.42	485.04
退休人员	2024年1月1日起	151.42	78	73.42	881.04

二是扩大职工医保个人账户使用范围

改革前个人账户只能本人使用，只能支付医保目录内费用。改革后个人账户可以供本人及登记的家庭成员共用，可以支付诊疗、药品、医疗器械、医用耗材的费用（含医保目录外费用），可以支付参加基本医保、大病保险、长期护理保险等的个人缴费。

通过“吉林医保公共服务”微信公众号“服务大厅”中“家庭共济”模块，参保职工可以自助完成家庭成员备案登记，实现个人账户家庭共用，一定程度上解决了家庭成员有病的不够用，没病的用不上的问题。

具体待遇	原政策	新政策（2023年）
个人账户使用人员	限本人使用	本人及登记的家庭成员共用
个人账户支付范围	医保目录内费用	诊疗、药品、医疗器械、医用耗材的费用（含医保目录外费用）；参加基本医保、大病保险、长期护理保险等的个人缴费

三是将减少的个人账户资金用于提高保障待遇

1.建立起类似住院报销的门诊统筹保障制度

改革前，参保职工在门诊看病时，只在二级及以下公立医疗机构、社区卫生服务中心（站）和乡镇卫生院能享受门诊统筹报销待遇，报销范围仅限合规药品费用，诊疗项目、医用耗材等费用不报销，报销比例为 50%，**每年医保基金最多报销 1000 元。**

改革后，参保职工在门诊看病时，在三级及以下医疗机构都能享受门诊统筹报销，**每年需要个人承担一次起付线**，一级及以下（例如乡镇卫生院）、二级（例如朝阳区人民医院）、三级（例如吉林大学第一附属医院、长春市中心医院）医疗机构的起付线分别为 100 元、200 元、300 元，由低级别转向高级别医院时，需要补足起付线的差额；在职职工按照一级及以下（例如乡镇卫生院）60%、二级（例如朝阳区人民医院）55%、三级（例如吉林大学第一医院、长春市中心医院）50%的比例进行报销，退休人员的报销比例分别提高 2 个百分点；门诊看病时的合规药品、诊疗项目、医用耗材费用均可以报销，**每年医保基金最高报销 2000 元。**

仅门诊统筹每年就能多报销 1000 元，超过了参保职工平均每年减少计入个人账户的金额。此外，看问题应该更加长远，2023 年只是完善门诊统筹保障机制的第一步，后续医保部门将根据基金运行情况，适当、合理地提高门诊统筹报销比例和报销限额。

具体待遇		原政策	新政策（2023年）
门诊 统筹	报销范围	医保目录内药品费用	医保目录内医疗费用
	开展范围	二级及以下公立医疗机构、社区卫生服务中心（站）和乡镇卫生院	一级及以下、二级、三级定点医疗机构
	起付线	无起付线	起付线每年缴纳一次。一级及以下医疗机构 100 元；二级医疗机构 200 元；三级医疗机构 300 元；起付线年度累计，从低级别医院去往高级别医院，起付线需要补差
	报销金额	每年最多 1000 元	每年最多 2000 元
	报销比例	50%	在职职工：一级及以下医疗机构 60%、二级医疗机构 55%、三级医疗机构 50%； 退休人员：一级及以下医疗机构 62%、二级医疗机构 57%、三级医疗机构 52%；

例如：黄大爷，退休人员，年内首次就医时在吉林大学第一医院门诊发生甲类医疗费用 300 元（甲类费用全额纳入合规医疗费用），乙类医疗费用 500 元（乙类费用在职职工个人自付 10%，退休人员个人自付 8%），丙类医疗费用 80 元（丙类不报销），在结算时可以直接报销【甲类 300+乙类 500×(1-8%)-起付线 300】× 报销比例 52%=239.2 元。黄大爷年内第二次就医时，在乡镇卫生院门诊发生甲类医疗费用 200 元，乙类医疗费用 300 元，因首次就医已缴纳 300 元起付线，结算时不再缴纳起付线，可以直接报销【甲类 200+乙类 300×(1-8%)】× 报销比例 62%=295.12 元。

报销公式：报销金额=【甲类费用+乙类费用×(1-乙类个人自付比例)-起付线】× 报销比例

2.完善门诊慢性病保障

扩大定点医疗机构范围。改革前门诊慢性病仅在二级及以下公立医疗机构、社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院等开展，改革后可在三级（市级）及以下定点医疗机构开展。

提高基金支付限额。改革前门诊慢性病与门诊统筹共用年度合规医疗费用额度 7500 元，即统筹基金年度最多可报销 $7500 \text{ 元} \times 70\% = 5250 \text{ 元}$ ，改革后不再与门诊统筹共用额度，门诊慢性病每年统筹基金最多可报销 6500 元。**门诊慢性病每年最多能多报销 1250 元。**

优化多种慢病管理。改革前，参保职工每个门诊慢性病病种每年最多报销金额分为 2184 元和 2520 元两档，患有多种慢性病的患者，每增加一种门诊慢性疾病，年度合规医疗费用额度增加 960 元，即统筹基金能多报销 $960 \text{ 元} \times 70\%$ （门诊慢性病报销比例）=672 元，最多一年可以累加报销 5250 元。改革后，参保职工每增加一种门诊慢性疾病，医保报销限额按照病种限额直接累加，即可多报销 2184 元或 2520 元。例如：高血压每年医保最多报销 2184 元、糖尿病每年医保最多报销 2520 元，同时患有高血压、糖尿病的患者，改革前最多报销 $2520 \text{ 元} + 960 \text{ 元} \times 70\% = 3192 \text{ 元}$ ，改革后最多报销 $2184 \text{ 元} + 2520 \text{ 元} = 4704 \text{ 元}$ ，因此，**同时患有高血压、糖尿病的患者每年能比以前多报销 1512 元。**

合理设置起付标准。门诊慢性病与门诊统筹共用一个起付线，一年只交一次，两者任一项待遇的个人自付医疗费用超过起付线

后，就可以直接进入报销。

具体待遇		原政策	新政策（2023年）
门诊慢性病	开展范围	二级及以下公立医疗机构、社区卫生服务中心（站）和乡镇卫生院	一级及以下、二级、三级（市级）定点医疗机构
	起付线	无起付线	一级及以下医疗机构 100 元；二级医疗机构 200 元；三级（市级）医疗机构 300 元；与门诊统筹起付线合并计算，年度累计，由低级别医院去往高级别医院，起付线需要补差
	报销金额	最多报销 5250 元	最多报销 6500 元
	多病种报销政策	每增加一种疾病，多报销 672 元	报销金额按照病种限额累加，即每增加一种慢病，可多报销 2184 元或 2520 元，最高不超过 6500 元

3. 医保可以报销急诊、抢救的医疗费用

改革前，参保人经急诊抢救后死亡的，才可以按照医保住院政策报销。改革后，参保职工在定点医疗机构经急诊（含急诊留观）、抢救后转入住院治疗，或急诊期间死亡的，其符合规定的急诊（含急诊留观）、抢救医疗费用可按照同级别定点医疗机构医保住院相关规定支付。经急诊（含急诊留观）、抢救后转入住院治疗的，不再收取本次住院起付标准。**显著降低了参保人员急诊、抢救的医疗费用负担。**

具体待遇	原政策	新政策（2023年）
急诊、抢救报销	患者经急诊抢救后死亡的，其合规医疗费用可以按照医保住院政策报销	患者经急诊（含急诊留观）、抢救后转入住院治疗，或急诊期间死亡的，其合规医疗费用可以按照医保住院政策报销

4.对多次住院患者进行了政策倾斜

改革新设置了职工医保年度起付标准，以降低年度内多次住院参保患者的经济负担。年度起付标准为6000元，参保职工在一个自然年度内，起付标准累计达到6000元后再次入院，不再收取起付标准费用，直接进入医保报销。

具体待遇	原政策	新政策（2023年）
住院年度起付线	无	职工医保住院年度起付线为6000元。自然年度内住院起付线累计达到6000元后再次入院，不再收取起付线

附件

长春市城镇职工医保门诊共济保障政策速览

具体待遇		原政策	新政策（2023年）
个人账户	使用人员	限本人使用	本人及登记的家庭成员共用
	支付范围	医保目录内费用	诊疗、药品、医疗器械、医用耗材的费用（含医保目录外费用）；参加基本医保、大病保险、长期护理保险等的个人缴费
急诊、抢救报销		患者经急诊抢救后死亡的，其合规医疗费用可以按照医保住院政策报销	患者经急诊（含急诊留观）、抢救后转入住院治疗，或急诊期间死亡的，其合规医疗费用可以按照医保住院政策报销
住院年度起付线		无	职工医保住院年度起付线为6000元。自然年度内住院起付线累计达到6000元后再次入院，不再收取起付线

具体待遇		原政策	新政策（2023年）
门诊统筹	报销范围	医保目录内药品费用	医保目录内医疗费用
	开展范围	二级及以下公立医疗机构、社区卫生服务中心（站）和乡镇卫生院	一级及以下、二级、三级定点医疗机构
	起付线	无起付线	起付线每年缴纳一次。一级及以下医疗机构100元；二级医疗机构200元；三级医疗机构300元；起付线年度累计，从低级别医院去往高级别医院，起付线需要补差
	报销金额	每年最多1000元	每年最多2000元
	报销比例	50%	在职职工：一级及以下医疗机构60%、二级医疗机构55%、三级医疗机构50%； 退休人员：一级及以下医疗机构62%、二级医疗机构57%、三级医疗机构52%；

具体待遇		原政策	新政策（2023年）
门诊 慢性 病	开展范围	二级及以下公立医疗机构、社区卫生服务中心（站）和乡镇卫生院	一级及以下、二级、三级（市级）定点医疗机构
	起付线	无起付线	一级及以下医疗机构 100 元；二级医疗机构 200 元；三级（市级）医疗机构 300 元；与门诊统筹起付线合并计算，年度累计，由低级别医院去往高级别医院，起付线需要补差
	报销金额	最多报销 5250 元	最多报销 6500 元
	多病种报销政策	每增加一种疾病，多报销 672 元	报销金额按照病种限额累加，即每增加一种慢病，可多报销 2184 元或 2520 元，最高不超过 6500 元