

为何改? 怎么改? 如何报销?

重庆职工医保门诊共济保障机制改革解读

12月22日,市政府新闻办举行重庆市职工医保门诊共济保障机制改革新闻发布会,市医保局副局长、新闻发言人仲姝婕介绍,按照国家关于职工基本医疗保险门诊共济保障机制改革的统一部署,重庆将于2024年1月1日起落地实施该项改革。

改革目标

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

仲姝婕介绍,从1998年开始,国家建立职工医保制度,重庆从2000年启动职工医保制度建设。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,统筹基金主要是保障参保患者大病住院、门诊特病的支出,而个人账户主要用于参保患者在普通门诊和药店购买药品医疗器械等的支出。

“随着经济社会的发展、医疗技术的进步,我们在门诊可提供的医疗服务范围不断增加,服务功能明显加强。同时,随着老龄化的加快,现行的职工医保制度基金效益发挥不充分、难以满足群众门诊看病需求的矛盾日益突出。”仲姝婕说,特别是老年患者门诊就医频次增加、门诊费用明显加重,却不能通过医保统筹基金报销减轻他们在普通门诊的医疗负担。

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。国家医保局专门印发《建立健全职工医保门诊共济保障机制三年行动方案(2021—2023)》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。

改革措施

将普通门诊医疗费用纳入医保统筹基金报销范围,调整个人账户计入结构

仲姝婕介绍,此次职工医保门诊共济保障机制改革,就是将普通门诊费用由过去单一的个人账户支付,调整为由医保统筹基金报销和个人账户支付相结合。该机制的建立,将大大减轻多病患者、大病重病患者、门诊慢特病患者在门诊就医的个人支付医疗费用的负担,同时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。

职工医保门诊共济保障改革的对象是哪些?仲姝婕称,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的,不论是在职人员还是退休人员,都属于这次改革的对象,都可以享受门诊共济保障待遇。

具体来说,这次改革主要有四个方面的政策措施,归纳起来就是“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,门诊符合医保规定的费用报销比例为: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:个人每月缴纳的基本医疗保险费仍然保留在个人账户当中,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、灵活就业人员以个人身份参加二档的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,符合规定的费用也纳入统筹基金的支付范围。

“两扩大”:扩大个人账户使用范围,个人账户在家庭成员之间可以共济使用;具体来讲,个人账户除了可以继续用于在定点医疗机构或定点零售药店按规定使用外,还可以用于配偶、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门诊统筹保障范围。

报销政策

在医保定点医疗机构、定点零售药店就医购药都可报销

改革后,普通门诊如何报销?仲姝婕介绍,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。

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。

在定点零售药店购药方面,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。改革后,增加了定点药店普通门诊统筹基金结算服务。即参保人员在我市定点医疗机构就医后,凭医疗机构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到定点零售药店,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,可以凭本人医保电子凭证或社会保障卡在药店直接结算。

报销比例按开具处方的医疗机构对应的报销比例进行结算。比如,在三级医疗机构开具的处方,在药店就按三级医疗机构的报销比例结算;在二级及以下的医疗机构开具的处方,在药店就按二级及以下医疗机构的报销比例结算。

此外,我市参保人员在市外医保定点医疗机构就医,仍然可以按规定报销普通门诊医疗费用。如果参保人员在市外直接联网的医保定点医疗机构就医,发生的普通门诊医疗费用可联网直接结算。如果参保人员在市外非直接联网结算的医保定点医疗机构就医,发生的普通门诊医疗费用,由参保人员先行垫付相关费用,持相关资料到我市各区县医保经办机构按我市的政策报销。申请所需材料和办理流程指南,可在渝快办App上查询。

仲姝婕介绍,为了进一步提升医保便民化服务,让群众办事“少跑腿”,医保部门正积极推进“互联网+医保”服务,推动医保电子凭证就医购药全流程应用,同时扩大医保移动支付在定点医疗机构的接入范围,截至目前,我市已开通21家医保定点互联网医院,参保人可以通过手机实现预约挂号、药品信息查询、医保结算、药品配送等相关服务。

便民举措

全市二级及以上医疗机构已设置便民门诊205个

“为配合医保部门做好职工医保门诊共济改革,我们正推进全市医疗机构设置和开放便民门诊,做到应设尽设、应开尽开。”市卫生健康委二级巡视员梅政介绍,目前,全市二级及以上医疗机构已设置便民门诊205个,近期还将新增200余个。

同时,合理分流门诊患者。充分发挥分时段预约诊疗、互联网医院分流作用,合理增加互联网医院号源,加大医疗服务供给,减少群众线下就医拥挤;有条件的医疗机构增开夜间、周末和节假日门诊,加强医务人员出诊管理,增加诊室,增派人手,延长服务时限。目前,诊疗量较大的社区卫生服务中心实行工

作日门诊延时服务1—3小时,在节假日、周六周日等时段增加门诊服务时间。

另外,全市统筹安排1000余名中高级职称医师下沉到社区卫生服务中心、乡镇卫生院开展医疗服务,方便社区居民尤其是上班、上学等人群在家门口就近获得更加优质的医疗服务。

市药监局二级巡视员田珂介绍,药监部门将把医保门诊共济保障签约药店作为监管重点,加大检查频次和监管力度,确保签约药店的药品来源渠道合法合规、药品的存储条件符合规范要求,保证药品质量安全。

同时,以“渝安药事服务店”创建试点活动为载体,将医保门诊共济保障签约药店纳入重点创建范围,鼓励、引导签约药店开展规范化、标准化建设,提高药店药事服务水平。

主要变化

三个“不变”、两个“变化”和一个“增加”

仲姝婕介绍,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”:一是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。

二是在职工个人缴费的比例、流向不变。在职职工个人每个月医保缴费仍然全额划入自己的个人账户。

三是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。

一是对于在职职工,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。

二是对于退休人员,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,按照全国统一的政策,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”,就是增加建立了普通门诊统筹保障机制,将普通门诊的医疗费用也纳入到了医保统筹基金的报销范围。

(转自《重庆日报》)

数读·职工医保门诊共济保障机制改革

3个“不变”

一是个人账户的使用不变
二是在职工个人缴费的比例、流向不变
三是退休人员不缴纳基本医保费的政策不变

2个“变化”

指按照不同方法,分别是在职工、退休人员的个人账户划入结构发生变化

1个“增加”

就是增加建立了普通门诊统筹保障机制,将普通门诊的医疗费用也纳入到了医保统筹基金的报销范围

门诊费用报销比例

门诊符合医保规定的费用报销比例为:

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**

数据来源:市医保局