**紫金县职工基本医疗保险“门诊共济”**

**政策重点问题解答**

问1.“门诊共济”新政策何时实施？

经市政府同意，《河源市职工基本医疗保险门诊共济保障管理办法》于2022年8月1日正式实施。这是贯彻落实广东省门诊共济新政策的具体举措，将进一步优化提升我市职工基本医疗保险普通门诊统筹待遇保障水平。

问2.“门诊共济”新政策有哪些优化？

主要在支出范围、待遇保障、就医管理、个账管理、结算管理等方面予以优化提升。

例如：

（1）参保人可在全市范围内“选点就医”，享受医保普通门诊统筹待遇，符合条件的还可以跨市异地选点。

（2）新门诊政策的“药品目录”“诊疗项目目录”“医用耗材目录”全部按照广东省医保目录执行，保障范围进一步扩大。

（3）扩大职工医保个人账户资金使用范围。

问3.为什么普通门诊要“选点就医”？

普通门诊“选点就医”是国家、省、市的明确要求，是全市统一执行的政策。

（1）国家要求推进落实分级诊疗制度，逐步建立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗模式，形成“小病在基层、大病去医院、康复回基层”的就医格局。

（2）“河府办〔2022〕15号文”规定：“参保人选定1家定点医疗机构就诊，一般一年一定......除急救和抢救需要外，参保人员未经转诊到非选定医疗卫生机构门诊就医，统筹基金不予支付”。

问4.紫金县关于普通门诊“选点就医”的规定是怎样的？

参保人可在全市范围内选定1家定点医疗机构（不分等级）做为门诊定点，一般一年一定。如已选点的参保人，无居住地迁移等情形变更普通门诊定点医疗机构的，且参保人未申请变更的，则默认上一年度门诊定点医疗机构。

问5.普通门诊“选点”与住院、门特等是否要保持一致？

此次“选点就医”仅针对普通门诊。门特病种、住院按现行政策不变，住院仍是“全市范围内所有定点医疗机构自由就医”，不作选点；门特病种全市可选3家定点医疗机构享受待遇，与普通门诊“选点”机构可重叠，也可以是不同医疗机构。

问6.普通门诊“选点”有没有截止时限？

“门诊共济”新政策在2022年8月1日起实施后，普通门诊就医必须先选定定点医院，原则上，参保人只需“在挂号前完成选点”即可享受医保待遇，若没有看病的需要，定点医院可先选，也可以在看病时再选，但是参保人提前完成“选点”，可以有效降低在医院就诊时排队等候的时间。

问7.如何选择适合自己的定点医疗机构？

（1）按习惯选。选择符合自己就医习惯的医院，“常去的”是经自己实践得来的最优选择。

（2）按需求选。根据自身状况、年纪大小、病情需要和医院专科特长选择。

（3）按位置选。结合居住地或工作地选择，选择离自己生活或工作地点比较近的医疗机构。

（4）按级别选。定点医疗机构分为三级、二级、一级和未定级4个级别，其纳入医保报销比例不同，“一级”高于“二级”，“二级”高于“三级”。

问8.“选点”渠道？

（1）医疗机构前台。参保人可携带本人及代办人有效身份证件到定点医疗机构前台，按照工作人员指引办理现场选点。

（2）医保经办窗口。可到参保地医保经办机构窗口办理。

问9.不同级别的医保定点医疗机构医保支付比例是多少？

支付比例是医保基金为参保人分担政策范围内医疗费用的比例。新政策按照卫健部门确认的医疗机构级别对医保定点医疗机构进行划分，对于不同级别的定点医疗机构设置不同的医保支付比例，具体如下：

1. 一级及以下定点医疗机构支付比例为70%，单次支付限额为60元/次。
2. 二级定点医疗机构支付比例为60%，单次支付限额为120元/次。
3. 三级定点医疗机构支付比例为55%，单次支付限额为150元/次。

（4）退休人员在市内发生的政策范围内医疗费用，按就医定点医疗机构等级比在职职工分别提高5%。

问10.目录范围内费用医保纳入比例是多少？

医保目录规定了医保基金可支付的药品、诊疗项目、医用耗材范围，是医保支付的依据，河源市的医保目录范围按照国家、省的文件规定执行。对于目录范围内费用医保纳入比例分别为：

（1）甲类药品纳入比例为100%，乙类药品纳入比例为95%。

（2）诊疗项目纳入比例为100%。其中，《广东省基本医疗保险诊疗项目目录》规定需要个人先自付的项目，纳入比例按要求正常先扣减。

（3）纳入医保范围内的医用耗材500元以内纳入比例为100%。500元以上按不同金额计算自付比例

（4）异地普通门诊的支付范围按国家、省有关规定执行。

问11.如何理解医保普通门诊统筹基金年度最高支付限额？

（1）医保普通门诊统筹基金年度最高支付限额是指参保人年度内享受医保普通门诊待遇，医保统筹基金可支付的最高金额。

（2）“河府办〔2022〕15号文”规定：在职职工、退休人员年度最高支付限额1800元 /人 ·年 (2022年8-12月支付限额为 750元/人。其中，已享受原门诊报销政策的，按照原报销政策的使用比例享受8-12月报销限额)。

问12.什么是医保个账？有什么作用？

（1）医保个账是指基本医疗保险个人账户，用于记录、存储参保人的个账资金。

（2）按照现行国家、省的政策规定，职工医保由用人单位和个人共同缴费，建立医保统筹基金账户和个人账户。居民医保不建立医保个账。

（3）在职职工医保个账按个人缴费划入，退休职工按定额从统筹基金划入。可用于支付参保人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构或定点零售药店发生的由个人负担的医疗费用，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，配偶、父母、子女参加居民医保等的个人缴费，参保人本人退休时未达到职工医保最低缴费年限的缴费费用，以及其他符合国家、省规定的费用。

1. 在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，月计入标准为本人参保缴费月基数的2%，用人单位缴纳的基本医疗保险费全部划入统筹基金。灵活就业人员参加统账结合职工医保的，个人账户计入标准参照执行。
2. 退休人员个人账户由职工医保统筹基金按定额划入，从2022年8月起至2024年12月，月划入额度为102.79元（未扣缴补充医保个人缴费部分）。

问13.什么是“医保电子凭证”？有什么作用？

医保电子凭证是由国家医保信息平台统一签发，基于医保基础信息库为全体参保人生成的医保身份识别电子介质，具备安全可靠、认证唯一等重要特点。

参保人可以通过医保电子凭证享受各类医疗保障服务，包括医保参保身份核验、医保缴费记录查询、就医购药使用医保个账支付、医保个账消费记录及余额查询、异地就医备案、居民医保停保、定点医药机构查询等，业务场景十分丰富，真正实现了医保“数据多跑路，群众少跑腿”的目标。

紫金县医疗保障局

2022年12月16日