

原标题：

2023年1月1日起，兰州市正式实施职工基本医保门诊共济政策。
12月22日，兰州市医保局就此政策作出进一步解读。

建立职工门诊报销和个人账户共济制度

门诊共济制度改革是一项全国性的、自上而下的改革，兰州市建立门诊共济保障机制是落实国家和省上的决策部署。职工医保自建立以来，实行社会统筹和个人账户相结合的保障模式，统筹基金保障住院和门诊大病，个人账户保障门诊小病和药品的费用支出。随着社会经济的发展，个人账户保障功能不足、共济性不够的局限性逐步凸显，导致出现有病的不够用，没病的不能用等问题。

建立门诊共济保障制度，可以增强职工医保互助共济保障功能，推动职工医保门诊保障由个人积累式保障模式转向社会互助共济保障模式，将普通门诊费用纳入统筹基金的报销，提升基金使用效率，减轻参保职工门诊医疗费用负担。一是建立职工门诊报销制度，将普通门诊纳入医保报销范围，解决保障功能不足的问题。二是建立职工个人账户共济制度，职工本人的个人账户可共济给配偶、父母、子女，支付他们的医药费，盘活个人账户沉淀基金，解决共济性不够的问题。

保障患病群体尤其是老年人门诊医疗负担

这里所说的“共济”可以从广义和狭义两方面去理解。广义上讲，大共济是建立门诊共济保障机制，全体参保职工往门诊统筹基金池中注资，为生病的人提供报销，即“人人为我，我为人人”。狭义上讲，小共济就是家庭小共济。扩大职工个人账户的使用范围，个人账户中的钱可以用于保障家庭内其他成员的门诊、住院医药费，也可以用于家庭内其他成员购买城乡居民基本医疗保险。

将职工门诊制度按照改革前后作一对比，改革前的保障方式是个人账户，改革后则为“个人账户 + 普通门诊报销”；改革前的保障模式是个人积累，改革后则为“个人积累 + 社会互助共济”。

改革前职工门诊制度的特点是：方便易操作，但保障功能不足、共济性不够，有病的不够用，没病的不能用，没有真正体现医疗保险“人人为我，我为人人”的保障理念。改革后的特点是：有针对性地保障患病群体尤其是老年人的门诊医疗费用负担，增强医保基金的保障功能和使用效率，提高门诊的医疗服务可及性。同时继续保留了职工个人账户，兼顾了公平和效率。

职工门诊一年最高报销2500元

门诊共济制度改革涉及的对象为所有职工医保参保人员，包括：在职职工、退休职工、灵活就业人员。

改革的具体内容：一是将职工普通门诊纳入医保报销范围，具体报销政策为：一个自然年度内，起付标准200元以上，最高支付限额2500元以内，按照三级定点医疗机构在职人员55%、退休人员60%，二级定点医疗机构在职人员60%、退休人员65%，一级定点医疗机构在职人员65%、退休人员70%的比例进行报销。二是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，统筹基金不再划入；退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入标准为每人每月90元。

职工门诊报销不限制病种

兰州市医保局还解答了几个门诊共济改革中普遍关注的重点问题。

门诊共济保障机制的钱从哪里来？从改革个人账户计入办法中来。建立门诊共济制度的钱不向参保单位和职工单独收缴，通过调整个人账户划拨办法解决。单位缴纳的医保费不再划拨个人账户，退休人员个人账户按照定额划拨，节省出的医保基金用来建立门诊共济保障机制，解决职工普通门诊费用报销。

改革后医保待遇会降低吗？虽然本次改革后划入职工个人账户的钱有所减少，但职工的门诊费用可以报销了。改革后，职工除了个人账户每月划拨钱用来买药以外，每年有2500元的门诊费用可以纳入报销范围按规定和比例进行报销，并且门诊报销不限制病种，总体来说多数职工门诊待遇提升了。

兰州市门诊共济改革的待遇水平与周边其他地区相比如何？对于省内其他市州，省医保局规定，退休职工个人账户定额划拨标准在80元/月和90元/月之间确定。目前，省内有4个市州执行80元/月的标准，有5个市州执行90元/月的标准，有两个市州和省本级执行120元/月的标准。

关于门诊报销起付线，省内有10个市州执行年度累计200元的标准2个市州执行年度累计300元的标准；门诊报销封顶线，年度累计2500元；报销比例为平均60%。

奔流新闻·兰州晨报记者 王思璇