**关于《广西职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法》解读**

一、总则

为进一步健全互助共济、责任共担的职工基本医疗 保险（以下简称职工医保）制度，更好解决职工医保参保人员门诊保障问题，提高参保人员医疗保障水平，制定本办法，主要内容：广西职工医保的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，提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担。

二、门诊共济保障

优化基金配置。职工医保基金由个人账户基金和统筹基金构成。用人单位缴纳的基本医疗保险费全部计入基本医疗保险统筹基金，改进个人账户计入办法，调整个人账户基金和统筹基金结构后，增加的统筹基金主要用于门诊共济保障，提高参保人员门诊待遇。

三、个人账户

**（一）改进个人账户计入办法。**

1、在职人员个人账户计入办法。从 2023 年起，参保在职人员个人账户划入额度调整至本人参保缴费基数的 2%。

2、退休人员个人账户计入办法。从 2023 年起，退休人员个人账户划入额度为 2022 年度职工医保统筹地区基本养老金平均水平的 2.5%。

**（二）个人账户使用范围。**

1、个人账户可用于支付参保人员本人在定点医疗机构门 诊或住院发生的由个人负担的医疗费用以及在定点零售 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。

2、个人账户可用于支付参保人员的配偶、子女、父母、 配偶父母在广西区内参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费，在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及在定点零 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。

3、个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

四、门诊医疗待遇

**（一）支付范围** 在一个参保年度内，对参保人员在定点医疗机构门诊就医发生的医疗费用，设立统筹基金起付标准和最高支付限额。支付范围在国家、自治区规定的基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施范围。

**（二）起付标准**  在一个参保年度内，统筹基金起付标准为参保人员在定点医疗机构门诊就医发生的属于基本医疗保险支付范围内的医疗费用累计达到600元。

**（三）支付限额** 在职人员统筹基金支付限额为每人每年1200元，退休人员支付限额为每人每年1800元，超过年度统筹基金支付限额的医疗费用由个人支付。普通门诊医疗统筹年度限额不予结转， 不计入基本医疗保险年度统筹基金最高支付限额。

**（四）支付比例** 在统筹基金起付标准以上、支付限额以下的，由统筹基金和个人按下列比例分别负担：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点医疗机构级别 | 统筹基金支付 | | 个人负担 | |
| 在职 | 退休 | 在职 | 退休 |
| 一级及以下 | 60% | 65% | 40% | 35% |
| 二级 | 55% | 60% | 45% | 40% |
| 三级 | 50% | 55% | 50% | 45% |

本办法自 2022 年 1 月 1 日起施行。

医保科

2022年3月15日