



职工基本医疗保险门诊共济 常见问题解答

2023 年 2月

一、参保人可以在哪些地方享受门诊统筹待遇？

答：武汉市职工医保参保人员在武汉市承担门诊统筹服务的定点医疗机构和定点零售药店就医购药，可按规定享受统筹基金报销待遇。目前共有682家门诊统筹定点医疗机构+5094家定点零售药店（详细名单见武汉市医保局网站）。

参保职工凭处方可以在门诊统筹定点零售药店购买医保目录内药品。符合医保政策范围内的购药费用，在年度累计达到门诊统筹起付线后即可享受门诊统筹待遇，在职人员暂按照60%比例、退休人员暂按照68%比例给予报销；在医院就诊和购药的，按照不同医院的报销比例，分别予以报销。

武汉市职工医保门诊统筹待遇标准

人员类别	年度起付线 (元)	年度限额 (元)	统筹基金支付比例							
			一级医疗机构及社区卫生 服务中心、乡镇卫生院		二级医疗机构		三级医疗机构		定点零售药店	
			甲类	乙类	甲类	乙类	甲类	乙类	甲类	乙类
在职职工	700	3500	80%	72%	60%	54%	50%	45%	60%	54%
退休人员	500	4000	84%	75.6%	68%	61.2%	60%	54%	68%	61.2%

二、每次去看门诊，都要超过起付线才能报销吗？

答：不是必须每次门诊看病都要超过起付线才能报销。起付线采取年度累计的方式计算：

如果一次看病就超过起付线，当次就可享受报销。一年内，如果首次看病没有达到起付线，不能报销，下次或者多次看病（使用“门诊统筹”结算），（符合医保政策范围内的）医疗费用累计达到起付线以上，就会开始报销。

封顶线在一个自然年度内有效，不滚存、不累计，不能转让他人使用。

三、在门诊统筹定点医疗机构就医和门诊定点零售药店购药，起付线可以累计计算吗？

答：同一自然年度内，在任何一家门诊统筹定点医疗机构就医和门诊统筹定点零售药店购药，符合医保政策范围内的医疗费用，是可以累计计算起付线的。

四、普通门诊统筹实施后会不会影响门诊慢特病（门诊重症）的待遇？

答：不会。

普通门诊统筹、门诊慢特病的政策同时实行,起付线、年度支付限额等分别计算,费用互不挤占。以前只有门诊慢特病的费用可以报销,不是门诊慢特病的(比如感冒、肠胃炎等)都只能用个人账户的钱;改革后,这些门诊费用超过起付线的部分也可以报销,由统筹基金支付。

五、普通门诊统筹实施后会不会影响生育门诊、国家谈判药品“双通道”药品的待遇？

答：不会

普通门诊统筹支付限额与住院、纳入“双通道”管理的国家医保谈判药品分别管理、年度支付限额分别计算，合并计入职工医保统筹基金年度最高支付限额。

生育门诊医疗费用需使用国家谈判药品“双通道”药品治疗的，统筹基金支付政策按照我市现行政策执行。

六、有医保支付限额的药品如何享受门诊统筹待遇？

在医保目录中，有部分药品项目是有医保支付标准的，如“立普妥（阿托伐他汀钙片）”：医院处方价格为42.77元/盒（零售价），医保支付标准为10.29元/盒（医保范围内），每盒有32.48元的差异（以前是按自费处理的）。按照当前门诊统筹的政策，每盒32.48元的差异仍不享受门诊统筹的报销。

七、门诊共济个人账户如何使用？

答：武汉市职工医保个人账户的资金，从仅限职工本人使用，拓展到可以给家庭成员使用，实现家庭共济。共济关系绑定、解绑可通过“湖北智慧医保”手机APP完成。

目前个人账户可用于支付武汉市参保职工本人及其配偶、父母、子女（需为武汉市正常缴费的职工或居民医保参保人）在武汉市定点医疗机构就医时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。

注意：

- 1、目前个人账户共济不支持武汉市域外就医结算。
- 2、家庭成员就医购药时优先使用其本人的个人账户余额，当其本人的个人账户余额不足或无余额才能使用授权人的个人账户余额；如有多个授权人系统将随机使用授权人的个人账户余额进行支付。



谢谢聆听 敬请指正