

# 镇江市职工基本医疗保险 2023 年 政策调整相关问答

## 一、我是镇江职工医保参保人，现在门诊共济政策实施后，对我们有哪些影响？

职工医保门诊共济改革实施后，门诊（住院）报销模式由原先的“三段式”改为“两段式”参保人实际费用负担大大降低；普通门诊待遇有所提高（统筹起付标准降低、统筹支付比例提高）；建立了全省统一的门诊特殊病保障制度（扩大病种保障范围）；降低了住院统筹起付标准；实现了家庭成员间的账户共济。

## 二、门诊统筹起付标准与 2022 年相比如何？

本次政策调整后，门诊统筹起付标准与 2022 年相比大幅降低：

在职人员门诊统筹起付标准由 2022 年的 2000 元，降低到今年的 800 元；

退休人员门诊统筹起付标准由 2022 年的 1200 元，降低到今年的 500 元。

在职人员和退休人员门诊统筹起付标准分别下降 1200 元和 700 元。

人员类别	门诊起付标准（元）对比	
	2022 年	2023 年
在职	2000	800
退休	1200	500

### 三、门诊统筹支付比例与 2022 年相比如何？

本次政策调整后，我市门诊统筹支付比例除本人定点的基层医疗机构仍维持全省最高的 90% 不变外，其他各等级医疗机构统筹支付比例均有所上升，且待遇向退休人员倾斜。

在三级医疗机构，本市为镇江市第一人民医院和江苏大学附属医院，门诊统筹支付比例由原先的 50%，提高到在职人员 60%、退休人员 65%；分别提高了 10 个百分点和 15 个百分点。

在二级及其他三级医疗机构，门诊统筹支付比例由原先的 70%，提高到在职人员 75%、退休人员 80%；分别提高了 5 个百分点和 10 个百分点。

在其他一级医疗机构，门诊统筹支付比例由原先的 75%，提高到在职退休均为 80%，提高了 5 个百分点。

人员类别	门诊统筹基金支付比例对比							
	三级医疗机构		二级医疗机构		基层医疗机构		其他医疗机构	
	2022 年	2023 年	2022 年	2023 年	2022 年	2023 年	2022 年	2023 年
在职	50%	60%	70%	75%	90%	90%	75%	80%
退休	50%	65%	70%	80%	90%	90%	75%	80%

### 四、门诊（住院）支付顺序与 2022 年相比有何不同？

2023 年起我市门诊（住院）均采用“两段式”保障模式，即起付段、共付段：参保人就医产生的基本医疗费用进入个人起付段累计，统筹起付标准以下的部分（即起付段）由个人自付；基本医疗费用超过统筹起付标准的部分，由医保统

筹基金根据医院等级不同按比例支付，剩余部分由个人自付；个人当年账户与个人往年账户合并为个人账户，个人账户有结余的可由个人账户资金抵扣个人自付部分。

## 五、我市住院待遇和 2022 年之前的住院待遇相比如何？

本次政策调整后，我市住院待遇和之前的住院待遇相比，参保人员个人负担大幅降低，主要体现为起付标准的降低：

在职人员首次住院统筹起付标准，按三级、二级及其他三级、一级及其他医疗机构，分别为 1200 元、800 元及 400 元。年度内第二次住院的，统筹起付标准按相应医疗机构级别标准降低 50%；第三次住院起，免除统筹起付标准。退休人员的住院统筹起付标准为在职人员标准的 50%。

各级别医疗机构首次住院统筹起付标准较 2022 年度相比均下降 400 元。

住院统筹报销比例仍保持在职 85%，退休 90%不变。

人员类别	住院起付标准（元）对比					
	三级医疗机构		二级医疗机构		基层及一级医疗机构	
	2022 年	2023 年	2022 年	2023 年	2022 年	2023 年
在职首次住院	1600	1200	1200	800	800	400
退休首次住院	800	600	600	400	400	200
在职第二次住院	800	600	600	400	400	200
退休第二次住院	400	300	300	200	200	100

## 六、退休人员门诊统筹起付标准为 500 元，是每个月都

## **要超过 500 元以上才可以报销么？**

不是的，只要职工医保退休人员年度内在普通门诊发生的基本医疗费用累计超过 500 元（2022 年为 1200 元），后续在普通门诊发生的基本医疗费用就可由统筹基金按比例报销。

## **七、什么是个人账户家庭共济使用？**

个人账户家庭共济使用，是指职工医保的个人账户资金，从仅限职工本人使用，拓展到可以给家庭成员使用，家庭成员包括配偶、父母、子女。

## **八、家庭共济后是不是指个人的医保卡可以直接给家里人用？**

不是的，在进行个人账户家庭共济绑定后，参保人仍需使用本人医保卡在定点医药机构进行结算。在本人基本医疗保险待遇享受结束后，个人负担的部分按规定直接在主账户个人账户余额中扣除。

## **九、如何办理共济账户绑定？需要符合什么条件？**

主账户人根据家庭成员的医疗需求，按照自愿原则，通过江苏医保云、统筹地区的医疗保障经办机构服务窗口等渠道，申请设立家庭共济关系。

个人账户家庭共济的适用对象范围为本市职工医保参保人员(以下简称主账户人)的配偶、父母、子女(以下简称家庭成员)，家庭成员应为本省基本医疗保险(包括职工医保和城乡居民医保)的参保人员。

# 镇江市职工基本医疗保险 2023 年 政策调整案例对比

## 一、政策调整前后职工医保普通门诊个人负担情况对比

在职参保人员小张，36 岁，2022 年缴费基数为 51000 元，按新政策，个人账户按 2%划入为 1020 元，往年账户无结余。因为病情需要去某基层医疗机构门诊就诊，共发生门诊基本医疗费用 8000 元。

### 1、原来的医保报销政策：

(1) 当年账户报销 1530 元（原账户划入为 3%）；

(2) 门诊自付段为 2000 元，需个人现金自付；

(3) 医保原报销流程为：总费用 8000 元-个人账户 1530 元-自付段 2000 元=4470 元，再按全省最高基层报销比例 90% 报销， $4470 \text{ 元} \times 90\% = 4023 \text{ 元}$ ，个人现金自付  $4470 \times 10\% = 447 \text{ 元}$ ；

原政策，小张医保报销费用为 1530 元+4023 元=5553 元，个人现金自付 2000 元+447 元=2447 元。

### 2、现在的医保报销政策：

(1) 直接进入门诊自付段，个人账户资金仅抵扣个人自付；

(2) 门诊自付段大幅度下降为 800 元，可用个人账户资金抵扣；

(3) 医保现报销流程为：总费用 8000 元-自付段 800

元(用个人账户抵扣)=7200元, 再按90%的基层报销比例,  $7200 \times 90\% = 6480$ 元, 个人现金自付  $7200 \times 10\% = 720$ 元(用个人账户剩余的220元抵扣部分), 小张只需再现金自付500元(为计算方便, 预设账户余额为参保人全年账户余额);

新政策, 小张医保报销费用为800元+6480元+220元=7500元; 个人只要现金自付500元。

3、综合以上计算对比: 新政策可多报销1947元, 小张个人现金自付也少了1947元。

如果是退休人员门诊, 当年账户高于在职人员, 门诊起付标准仅为500元, 大大低于在职人员标准, 个人负担更轻。

## **二、政策调整前后职工医保普通住院个人负担情况对比**

在职参保人员李某, 49岁, 2022年缴费基数51000元, 按新政策, 个人账户按2%划入为1020元, 往年账户无结余。因为病情需要在某二级医疗机构住院治疗, 共发生住院基本医疗费用12000元。

### **1、原来的医保报销政策:**

(1) 当年账户报销2040元(原账户划入为4%);

(2) 首次(二级)住院统筹起付标准为1200元, 需要个人现金自付;

(3) 医保原报销流程为: 总费用12000元-个人账户2040元-自付段1200元=8760元, 再按在职85%报销,  $8760 \times 85\% = 7446$ 元, 个人现金自付  $8760 \times 15\% = 1314$ 元;

原政策, 李某医保报销费用为2040元+7446元=9486元,

个人现金自付 1200 元+1314 元=2514 元；

## 2、现在的医保报销政策：

(1) 直接进入住院自付段，个人账户仅抵扣个人自付；

(2) 住院自付段下降为 800 元，可用个人账户抵扣；

(3) 医保现报销流程为：总费用 12000 元-自付段 800 元（用个人账户抵扣）=11200 元，再按在职 85% 报销， $11200 \times 85\% = 9520$  元，个人现金自付  $11200 \times 15\% = 1680$  元（用个人账户剩余的 220 元抵扣部分），李某只需再现金自付 1460 元（为计算方便，预设账户余额为参保人全年账户余额）；

新政策，李某医保报销费用为 800 元+9520 元+220 元=10540 元；个人只要现金自付 1460 元。

3、综合以上计算对比：新政策医保可多报销 1054 元，个人也少现金自付了 1054 元。

如果是退休人员住院，当年账户高于在职人员；住院起付标准仅为 400 元，大大低于在职人员标准，个人负担更轻。