

## 学校教职工参加医保相关热点问题简答

根据学校教职工参加医保工作统一部署，我校事业编制教职工将于 2023 年 1 月 1 日全面参加医保。由于 2023 年南京市医保政策（门诊共济保障）将有部分调整，且新的文件尚未发布，眼看进入医保在即，许多教职工对参加医保后如何就医、如何报销、报销比例多少等等有着较多的疑问。在此，就我们听到的部分问题作简要解答，希望对大家有帮助。新文件一旦出台，我们将第一时间向大家传达。

### 一、开篇，几个叮嘱：

（一）、我校事业编制教职工 2023 年 1 月 1 日全面加入南京市职工基本医疗保险，也就是说，我校执行多年的事业编制教职工准公费医疗制度于 2022 年 12 月 31 日将完成使命，全面结束。

（二）、我校事业编制教职工 2023 年 1 月 1 日起就医、购药将通过社会保障卡或医保电子凭证（以下统称为“医保卡”）直接结算。

请本次参保的教职工 2023 年 1 月 1 日起就医、购药时一定要出示医保卡，否则产生的费用医保不报销，学校也不能报销。

（三）、目前有在外住院的老师，请您一定要告知所住医院，我校事编教职工 2023 年 1 月 1 日全面参保，请院方将 12 月 31 日前（含 31 日）的所有医疗费用做一个阶段性结账。前面的费用学校公费医疗予以报销，1 月 1 日起正式开始刷医保卡就医结算。

（四）、实行分级诊疗制度，也可以直接理解为：在社区医疗机构（一般指一

级及以下医院，比如：校医院、蓝旗街社区卫生服务中心、月牙湖社区卫生服务中心等等）就诊和非社区医疗机构（一般指二级及以上医院，如鼓楼医院、省人民医院、市第一医院、省中医院、市中医院等等）就诊，医保所报销的比例是不同的。小病在社区医疗机构就诊，医保报销比例高于非社区医疗机构。

（五）、经过南京市医保局审核验收，我们学校三个校区的医院均被批准为医保定点医院，教职工可以在三校区医院直接刷卡就医，同时，在我们校医院就医可享受“社区医疗机构”保障待遇。

## **二、相关问题解答：**

### **（一）个人账户如何建立与使用？**

据了解，2023 年调整职工医保个人账户计入办法。

1、2023 年 1 月 1 日起，职工医保在职职工个人账户每月由个人缴纳的基本医疗保险费计入，缴纳标准为本人参保缴费基数的 2%；

职工医保已退休（退职，下同）人员个人账户以 2022 年 12 月本人个人账户划拨金额为标准，按月定额划入。

2023 年当年新退休人员以退休当月养老金的 5.4%核准划账金额，按月定额划入。

2024 年 1 月 1 日起，退休人员个人账户划入额度为养老金的 2.5%；建国前老工人个人账户仍以 2022 年 12 月本人个人账户划拨金额为标准，按月定额划入。

另：学校每年会给教职工打入个人增记部分款项。

2、职工医保参保人员在职转退休的，在完成办理相关手续后，次月起按职工医保退休人员个人账户计入办法执行。

3、个人账户资金可以结转使用和继承。参加我市职工医保一个自然年度未发生统筹基金支付（含医疗费用零星报销，不含门诊诊察费、一般诊疗费及核酸检测统筹基金支付）的，次年增记个人账户 200 元，连续 2 年未发生统筹基金支付的再增记 100 元，累计增记 300 元。以此类推，最高不超过 500 元。

4、新政策增大了个人账户可用于支付费用范围：

（1）参保人员在定点医疗机构发生的由个人负担的医疗费用，包括生育保险支付后个人负担的产前检查费用和生育医疗费用；

（2）参保人员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）参保人员签约家庭医生由个人负担的服务费；

（4）参保人员在定点医疗机构发生的符合国家医保药品分类与代码管理的非免疫规划疫苗费用；

（5）参保人员参加失能人员照护保险个人缴费；

（6）参保人员在定点医疗机构发生的健康体检费用；

（7）参保人员的配偶、父母、子女参加我市城乡居民基本医疗保险个人缴费；

（8）参保人员个人账户资金结余部分，可共济给参加我市基本医疗保险的配偶、父母、子女在个人账户使用范围内使用；

（9）个人账户资金结余部分，可用于为本人及参加我市基本医疗保险的配偶、父母、子女购买政府引导支持的商业健康补充医疗保险；

(10) 其他国家和省规定的个人账户可支付费用。

※ 但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。

5、个人账户通过社会保障卡或医保电子凭证（以下统称为“医保卡”）直接结算。个人账户余额随本人职工医保关系跨统筹区转移时同步转移。参保人死亡、出国定居、转为其他医疗保障待遇后可一次性支取个人账户余额。

(二) 新修订的门诊共济是啥意思？待遇如何？

1、为增强职工医保门诊保障能力，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金，用于提高参保人员门诊等待遇。

2、取消门慢，统一调整为门统结算管理。门特政策另行制订。

3、职工医保参保人员一个自然年度内，在定点医疗机构发生的符合国家、省和市规定的基本医疗保险支付范围的门诊医疗费用，由职工医保统筹基金和个人共同负担。其中，需个人先行支付的部分，由个人先按规定比例自付后，再按规定的待遇政策执行。

4、健全完善职工医保门诊统筹制度。取消原门诊报销起付线（门槛线），一个自然年度内发生的符合职工医保支付范围的门诊医疗费用，实行分段计算、累加支付，具体如下：

(1) 1000元（含）以下部分：

在职人员基金支付比例为社区医疗机构50%，非社区医疗机构40%；

70周岁（不含）以下退休人员基金支付比例为社区医疗机构55%，非社区医疗机构45%；

70 周岁（含）以上退休人员基金支付比例为社区医疗机构 60%，非社区医疗机构 50%。

(2) 1000 元（不含）至 5000 元（含）部分：

在职人员基金支付比例为社区医疗机构 70%，非社区医疗机构 60%；

70 周岁（不含）以下退休人员基金支付比例为社区医疗机构 80%，非社区医疗机构 70%；

70 周岁（含）以上退休人员基金支付比例为社区医疗机构 85%，非社区医疗机构 75%。

(3) 5000 元（不含）至 15000 元（含）部分：

在职人员基金支付比例为社区医疗机构 75%，非社区医疗机构 65%；

70 周岁（不含）以下退休人员基金支付比例为社区医疗机构 85%，非社区医疗机构 75%；

70 周岁（含）以上退休人员基金支付比例为社区医疗机构 90%，非社区医疗机构 80%。

建国前老工人在定点医疗机构发生的符合职工医保支付范围的门诊医疗费用，15000 元（含）以内部分基金支付比例为社区医疗机构 100%，非社区医疗机构 95%。

5、参保人员办理职工医保待遇在职转退休相关手续次月起，享受职工医保退休人员门诊待遇；到达待遇享受年龄次月起，享受到达年龄段门诊待遇。

6、推进门诊费用异地就医直接结算。长期异地居住人员、临时外出就医人员发生的门诊医疗费用按参保地门诊待遇政策执行，按规定办理异地就医备案后，可按国家、省、市规定在备案地联网按规定刷卡结算门诊相关医疗费用。

### (三) 如何就医、购药

(1) 参保人员门诊、住院就诊必须出示本人社会保障卡或医保电子凭证并刷卡、展码就诊，门诊须告知医院就诊类别（如：门统、门特等），对未出示卡证或就诊类别告知不清的，参保职工就医时所发生的医疗费用，医保基金不予支付。

(2) 参保人员在定点零售药店购药，须出示本人社会保障卡或医保电子凭证，告知就诊类别（如：门统、门特等），按有关政策刷卡购药，因特殊情况由他人代购药品时，须出示参保人员及代购人的身份证，并由药店登记备案。

### (四) 保障待遇：

#### (1) 门诊统筹保障待遇

门诊统筹保障待遇

费用段	就诊类别	在职	退休（职）		建国前老工人
			70岁以下	70岁（含）以上	
0-1000元	社区	50%	55%	60%	社区 100% 非社区 95%
	非社区	40%	45%	50%	
1000-5000	社区	70%	80%	85%	
	非社区	60%	70%	75%	
5000-1.5万	社区	75%	85%	90%	
	非社区	65%	75%	80%	

#### (2) 住院医疗费用结算

参保人员发生的住院费用，一个自然年度内，基本医疗保险统筹基金最高支付 60 万元。医保乙类药品、诊疗项目、服务设施个人按比例负担部分及基本医疗保险范围外的费用，先由个人自付，其余费用由统筹基金和个人共同分担。

### (3) 住院待遇标准

住院待遇标准表

医疗机构等级	费用段及个人分担比例		
	起付标准	起付标准以上至统筹基金最高支付限额以下	
		在 职	退 休( 职 )
一级	300 元	3%	2%
二级	500 元	5%	3%
三级	1000 元	10%	7%
备注	1、一个自然年度内第二次住院的，起付标准降低 50%；第三次及以上住院的，免除起付标准。 2、建国前参加革命工作的退休老工人个人分担比例为在职职工的 10%。		

例：某退休参保人员今年首次住三级医院，住院总费用 16000 元，其中住院费用明细清单右栏个人自理（自付）部分为 950 元（是指乙类药品、诊疗项目、服务设施个人按比例负担部分和基本医疗保险范围外的费用）。该参保人按医保政策个人负担多少？

①住院费用明细清单右栏个人自理(自付)部分为 950 元需个人全部负担；

②首次住院，三级医院的起付标准：1000 元；

③基本医疗保险范围内的费用个人需分担： $(16000-950-1000) \times 7\%=983.50$  元；

综上，该参保人员此次住院个人负担为： $950+1000+983.50=2933.50$  元。

### (五) 大病医疗救助待遇标准

大病医疗救助基金主要解决参保人员在一个自然年度内因患大病、重症，发生的超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上的医疗费用。大病医疗救助基金的支付范围、标准按基本医疗保险规定执行。对基本医疗保险统筹基金最高支

付限额以上符合医保范围的医疗费用，大病医疗救助基金支付比例为 95%。

#### (六) 大病保险待遇

参保人员在一个自然年度内，发生的基本医疗保险支付范围内的住院和门诊特定项目的医疗费用，在享受基本医疗保险待遇基础上，个人自付费用超过大病保险起付标准以上部分，由大病保险按规定予以支付。大病保险起付标准以本市上一年度城镇居民年人均可支配收入的 50%左右设置（现暂定为 2 万元）。对起付标准以上费用实行“分段计算，累加支付”，不设最高支付限额。具体办法如下：

2 万元以上（不含 2 万元，下同）至 4 万元（含 4 万元，下同）部分，支付 60%；

4 万元以上至 6 万元部分，支付 65%；6 万元以上至 8 万元部分，支付 70%；

8 万元以上至 10 万元部分，支付 75%；

10 万元以上部分，支付 80%。符合医疗救助条件的参保人员，在享受大病保险待遇后，享受医疗救助待遇。对符合条件的困难人员，大病保险起付标准降低 50%（现为 1 万元），各费用段报销比例提高 5%。

校医院 校工会

离 退 休 处

2022.12.28.