

@厦门人

请注意！

这些新规明年1月1日起实施

1

厦门医保政策调整

明年1月1日起实施

近日

为贯彻落实国家和福建省的统一部署

厦门市政府出台

《厦门市职工医疗保险实施细则》和

《厦门市城乡居民医疗保险实施细则》

(以下统称《细则》)

《细则》统一了

外来职工与本市职工医保政策、

简化了门诊报销流程

增强了门诊共济保障功能

《细则》将于2023年1月1日起正式实施

医疗保障直接关系到千家万户人民群众的切身利益。国家对医保改革发展作了

系统的部署，2020年以来，出台了关于深化医疗保障制度改革的意见、建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制和医疗保障待遇清单制度等文件，明确要求建立统一的医保制度框架，调整统筹基金和个人账户结构，增加统筹基金用于门诊共济保障,推动医保政策纵向统一，待遇横向均衡。

我市于1997年建立了职工基本医疗保险制度，2007年建立了城镇居民基本医疗保险制度，2010年进一步完善了城乡一体的居民基本医疗保险制度。为贯彻落实国家和省统一部署，我市于今年启动医保政策改革，在整合原有职工和居民基本医疗保险、大病保险、职工生育保险等制度的基础上，结合我市实际，修订出台《细则》。按照国家和省深化医疗保障制度改革的要求，从统一参保政策、健全门诊统筹制度、提高大病保险最高支付限额等方面进一步完善现行医保制度。

“一统一、一放开”

实现制度更加完善

《细则》统一了职工基本医疗保险政策

外来职工和本市职工同等缴费、同等待遇

并放开了灵活就业人员

参加职工医保的户籍限制

“一统一”

：随着经济社会的发展，我市外来职工占比越来越大，在经济特区建设中发挥了重要作用。为进一步保障外来职工权益，《细则》统一了外来职工和本市职工医保政策，将外来职工医保单位缴费率调整到与本市职工一致，不再区分外来职工和本市职工身份，所有在职职工均执行全省统一的单位缴费率7.5%、职工个人缴费率2%,享受同等的医保待遇。同时，2023年1月至12月单位缴费率降低1个百分点，即按6.5%缴纳。

“一放开”

：为保障非本市户籍灵活就业人员的医疗需求，《细则》放开了灵活就业人员参加职工医保的户籍限制，法定劳动年龄内的非本市户籍人员，只要持本市有效居住证，均可按灵活就业人员身份参加本市职工医保，缴费率9.5%，享受与本市职工同等的医保待遇，有效保障新就业形态劳动者的权益。同时，2023年1月至12月缴费率降低1个百分点，即按8.5%缴纳，减轻了灵活就业人员负担

“一调整、两规范”

增强门诊共济保障功能

按照国家和省统一部署

《细则》通过调整职工医保个人账户划拨、

规范个人账户和基层门诊统筹政策

强化统筹基金共济保障功能

“一调整”：

与全国其他地市一样，我市职工医保实行社会统筹和个人账户相结合的保障模式，职工医保的个人账户在推动公费劳保医疗制度向社会医疗保险制度的转轨过程中发挥了积极作用。但随着社会经济的发展，人民需求的提高，个人账户保障功能不足、共济性不够的局限性也逐步凸显。

此次改革严格落实国家和省关于调整个人账户计入办法、增强门诊共济保障功能的要求

，具体调整为：在职职工个人缴费全部计入个人账户保持不变,单位缴费全部计入统筹基金；退休人员个人账户计入标准根据规定按实施改革当年基本养老金平均水平的2.5%确定，即定额每人每月110元。个人账户由原来的每年度一次性预划拨调整为按月划拨。

“两规范”：

一是将健康账户并入个人账户，健康账户资金全部划入个人账户内；二是在基层定点公立医疗机构使用已纳入国家医保药品目录的基本药物，门诊统筹不设起付标准，直接由统筹基金按比例报销。

我市于2012年出台健康账户政策，将个人账户结余资金的一部分划入健康账户，可用于支付在定点医药机构就医购药发生的个人负担医药费用、本市参保人家庭成员间医药费用的互助共济等。在全省的统一部署下，《细则》将健康账户功能并入个人账户，参保人还可通过建立家庭共济账户，支付福建省内参保的家庭共济成员在定点医药机构就医购药发生的个人负担医药费用、缴纳居民医保费等。调整后，个人账户使用范围更广，使用效能更强。

《细则》对原来的“参保人在我市基层定点医疗机构门诊就医享受500元统筹基金支付政策”进行了规范，明确参保人在基层公立定点医疗机构就医，使用纳入医保目录的基本药物，无须先支付门诊起付标准，可直接由统筹基金按比例报销，且没有500元限额。规范后，与全省政策保持一致，减轻了参保人特别是慢病、多发病、常见病患者的医疗费用负担。

“一简化、一提高、一倾斜”

提升综合保障水平

《细则》简化了门诊报销流程

提高大病保险最高支付限额

并对特殊救助对象给予政策倾斜

进一步提升了参保人综合保障水平

兜牢民生底线

“一简化”：

改革前门诊医疗费报销执行“三段式”模式，即参保人门诊就医须先用完个人账户资金，再支付门诊起付标准后，方可进入统筹报销。改革后，《细则》将门诊统筹报销模式由“三段式”简化为“两段式”，即参保人门诊无须用完个人账户资金，达到起付标准后，即可进入统筹报销。个人账户资金可用于抵付门诊起付标准及起付标准以上个人自付医疗费用。通过简化门诊报销流程，扩大了享受统筹基金的人群，提升了参保人门诊保障水平。

“一提高”：

目前，我市一个年度内职工和居民大病保险最高支付限额分别为50万元和40万元，《细则》将职工和居民大病保险最高支付限额分别提高至110万元和50万元，叠加基本医保后，综合保障水平分别达到120万元和60万元，进一步提升了大病保险保障水平，减轻群众就医负担，有效防范参保人因病致贫、因病返贫。

“一倾斜”：

《细则》实行居民大病保险倾斜支付政策，特困供养人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）、最低生活保障对象等参加居民医保的医疗救助对象，大病保险起付标准降低50%，支付比例提高5个百分点，并取消最高支付限额。通过倾斜

支付政策，筑牢困难群众因病致贫返贫的第二道防线。

2

厦门修订出台医疗救助办法

明年1月1日起实施

2021年底，国家印发了《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》，就健全重特大疾病医疗保险和救助制度作出统一部署。今年8月初，福建省跟进出台了《福建省人民政府办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》，要求各地制定具体贯彻实施办法。

为贯彻落实国家和福建省的统一部署

近日，厦门市修订出台了

《厦门市医疗救助办法》

（以下统称《办法》）

《办法》通过统一和规范医疗救助制度

突出“精准救助”

做好困难群众重特大疾病医疗保障

《办法》将于2023年1月1日起正式实施

主要内容可概括为以下五个方面

1 规范五类救助对象范围

医疗救助对象分为五类：

第一类，特困供养人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）；

第二类

，重点优抚对象、革命“五老”人员、计划生育特殊家庭成员、重度残疾人；

第三类，最低生活保障对象；

第四类，最低生活保障边缘家庭成员；

第五类，因病致贫重病患者。

同时符合多重救助身份的人员按待遇就高原则给予救助，不重复享受医疗救助待遇。

对按国家和省规定不再纳入《办法》的医疗救助对象，仍可通过以下三种方式获得保障：

一是若符合《办法》规定的救助对象条件的，可按第一至四类救助对象类别享受相应救助待遇；二是若符合第五类救助对象“因病致贫重病患者”条件的，可依申请获得医疗救助。三是若基本生活确有困难的，可通过民政部门获得临时救助。

2明确分类资助参保政策

对第一、二类救助对象给予全额资助参保；

第三类救助对象按90%比例给予定额资助。

3合理调整救助起付标准

第一、二、三类救助对象不设救助起付标准，延续我市现行标准；

第四类最低生活保障边缘家庭成员的救助起付标准按我市2021年居民人均可支配收入的10%左右确定，为6000元；

第五类因病致贫重病患者的救助起付标准按我市2021年居民人均可支配收入的25%左右确定，为16000元。

4延续我市现行救助比例

我市现行救助比例不变，其中：第一类救助对象救助比例为100%；

第二、三类救助对象救助比例为95%；

第四类救助对象救助比例为85%；

第五类救助对象救助比例为50%。

5 适度提高年度救助限额

第一类救助对象的救助限额仍**不封顶**，延续我市现行标准；

第二至五类救助对象的救助限额统一调整为**13万元**。

并且，门诊和住院救助可共用年度救助限额，综合救助保障力度进一步增强，有效助力防范化解因病致贫返贫。

此外，我市还积极建立完善以下两项配套措施。

一是通过强化困难人群高额医疗费用情况的动态监测预警，健全防范化解因病致贫返贫长效机制。二是通过持续推进医疗救助费用“一站式”即时结算以及“先诊疗后付费”等便民服务，不断提升经办服务便利性。

更多详情

医保政策咨询电话：12345转5

参保缴费咨询电话：0592-12366

厦门市医疗保障局官网：<http://ylbz.xm.gov.cn/>

“厦门医疗保障”微信公众号

“厦门医疗保障”视频号

(厦门日报社新媒体中心出品 来源：厦门市医疗保障局)