

“医保统筹额度12月底清零”？ 多地紧急回应

近日，“药店已停止统筹额度支付”“医保门诊统筹截止到12月底就不报销了”等关于医保的传言在网上传播。对此，多地医疗保障局予以回应。

内蒙古

据《经济日报》报道，近日，内蒙古自治区一些地区“门诊5000元医保统筹额度12月底要清零”“明年没有门诊统筹这个政策了”等消息在网上传播，引起关注。

“‘政策取消’纯属谣言，‘年底清零’是对医保政策的误解误读！”内蒙古锡林郭勒盟医疗保障局称，锡林郭勒盟于2022年10月1日起实施职工基本医疗保

险门诊共济保障机制，制度规定：门诊统筹待遇标准是在一个自然年度内，参保人员在定点医药机构发生的政策范围内的普通门诊医疗费用按政策结算。2024年，参保职工的门诊费用重新累计，达到起付标准后按规定享受门诊统筹待遇。因此，并不存在“报销额度清零”和“政策取消”的说法。



资料:社保卡。李金磊 摄

湖南

“职工门诊统筹额度不用完，12月底就要清零了！”“要抓紧时间用，不然白白浪费了！”

据《潇湘晨报》报道，最近，很多参保人在微信群、微信朋友圈看到的这类医保话题，湖南省医保局已于19日发布消息辟谣。

据介绍，在新的自然年度，职工医保普通门诊统筹年度报销额度，将根据新的统计数据更新，确保参保人获得持续充分的额度保障。换句话说，2023年结束进入2024年后，参保人的门诊统筹年度报销额度将根据2024年的新统计数据更新，进入新的自然年度进行计算。因此，并不存在报销额度“清零”“浪费”“用不完还有钱退”等说法。

准确地讲，门诊报销额度只是一个参保年度内参保人门诊就医可报销的最高支付标准，而不是每个人都都要报到最高限额。这和

医保的住院报销限额是一个道理，如参保职工住院基本医疗和大病保险最高支付限额65万元，并不是每个参保职工每年住院都要报65万元，而是生病住院治疗时在一个参保年度内基本医保和大病保险累计最高报销65万元。

湖南省医保局强调，每人住院报65万元是不可能的，也没有必要，门诊报销最高限额也是同样的道理。

同时，使用门诊统筹看病购药需有医生处方，方可享受门诊统筹待遇；所购药品必须是纳入医保目录的药品才可以医保报销；定点医药机构开展门诊报销不得减免患者自付费用；定点医药机构应严格校验参保人身份信息。

通俗地讲：参保患者确诊疾病到定点医药机构看门诊，才能使用门诊统筹额度，且个人需自付一定比例。

江西

据江西省医疗保障局网站消息，近日，有抖音账号传言“江西药店已停止统筹额度支付”。经核实，该传言为网络谣言。

据初步调查，近期一些定点零售药店受利益驱动，曲解医保门诊统筹政策，错误宣传“门诊统筹不用，年底额度将清零”，甚至通过互联网医院违规线上开具处方套取门诊统筹基金，给门诊统筹政策实施和医保基金安全造成重大安全隐患。目前，属地医疗保障部门已对相关互联网医院和定点零售药店进行核查，发现有部分互联网医院超执业范围开具中药饮片、未问诊直接开方、对同一患者一天多次开具处方等处方管理不规范、诊疗流程不规范的问题，正在按程序依法依规严肃处理。相关互联网医院和定点零售药店也正在按要求进行整改。

根据国务院办公厅《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》(国办发[2021]14号)，2023年1月1日起，江西省启动实施职工基本医疗保险门诊共济保障机制，明确职工门诊统筹待遇标准，即在一个自然年度内，参保职工在定点医药机构发生的政策范围内的普

通门诊医疗费用按政策纳入统筹基金报销。

今年7月，江西省对该政策进行了优化调整：一个自然年度内，职工普通门诊统筹的起付线由600元降低至300元；职工普通门诊统筹的支付比例提高5个百分点，即在职人员在一级及以下、二级、三级医疗机构的支付比例分别为65%、60%、55%；退休人员分别为70%、65%、60%；定点零售药店的支付比例按照一级及以下医疗机构支付比例执行；在职人员的年度支付限额由1800元提高至2000元，退休人员由2000元提高至3000元。参保人员可凭江西省医保定点医疗机构开具的处方，在定点医疗机构或定点零售药店购药并享受门诊统筹报销待遇；对需要通过互联网医院开处方并在定点零售药店购药的，互联网医院应按处方管理办法规定，对患者进行合理诊疗，先诊疗后开处方；药店药师应按规定审核处方，审核无误后才能售药，严禁先售药后补方套取门诊统筹基金的行为。目前，该政策仍在执行中，未作调整。

(据北京青年报微信公号)