

众所周知，城乡居民医保（以下简称“居民医保”）是由原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险整合而成的医保制度。除了在用人单位和以灵活就业人员身份参加职工医保的其他所有城乡居民，均应该参加居民医保。

我国居民医保的参保群体数量庞大。据官方统计，截至2022年底，全国居民医保参保人数达9.83亿人，占全部基本医疗保险参保人数13.46亿人的73%。

庞大的居民医保参保群体，必然要有庞大的医保待遇保障需求。

但是，与此形成鲜明对照的是，如此数量庞大的参保群体，又有多少参保居民知道门诊费用可以报销呢？现实情况是，绝大多数的参保居民只知道年年缴费，只知道住院费用可以报销，对门诊费用可以报销这档子事毫无概念而言。

诚然，各省居民医保缴费标准不一，门诊报销政策实施或早或晚，报销政策也各不相同，但至少目前全国各地均已全面实施门诊统筹报销政策，即政策范围内的普通门诊、慢性病门诊和特殊病门诊费用可以报销。

那么，什么是普通门诊？如何报销？

本文以吉林省居民医保普通门诊统筹报销为例，了解一下居民医保普通门诊报销政策。

所谓普通门诊，是指不区分不限制具体病种的门诊。根据《关于印发进一步推进城乡居民基本医疗保险保障待遇统一的指导意见的通知》（吉医保联〔2019〕21号）规定，有关居民医保普通门诊统筹报销政策如下：

【报销比例】普通门诊统筹在二级、一级及以下医疗机构报销比例统一为50%。

【起付标准】

普通门诊统筹在二级、一级及以下医疗机构的起付标准（线），由各统筹地区结合基金承受能力自行确定。

【报销额度】在一个保险年度内，门诊报销额度设为700元和1000元两档，由各统筹地区

结合本地城乡居民可支配性收入情况，进行**选择设定**。

下面，我们再将上述普通门诊报销额度与2023年度居民医保的缴费标准做以对比，让条友们直观感受一下普通门诊的报销力度，分析一下医保的投入产出比：

2023年度吉林省城乡居民基本医疗保险费的成年人缴费标准为360元，大中小学
生及18周岁以下人员310元。其他特殊群体缴费标准略。

假设某参保居民为成年人，且一个年度内全额享受了当地的普通门诊报销额度700元，按50%比例报销后，基金支付上限为350元。除此之外，该参保居民当年未享受其他医保待遇。仅此普通门诊报
销待遇一项，

医保的投入回报比为0.97 ($350/360$)

。若按1000元报销额度计算，

投出回报比为1.39 ($1000*50%/360$)

。如果此人又享受了门诊慢性、特病或住院报销待遇，投入产出比则更高。

当然了，如果一个保障年度内，参保人身体健康无恙，未享受任何医保待遇，投入产出比就为零了。但是，漫长的人生岁月中，谁又能保准百病不犯，身体永远健康呢？

如果您本人或亲朋好友参加了居民医保，一定要向当地医保经办机构咨询了解门诊统筹报销政策，用足用好医保政策，以最小的投入获得更大的医保待遇。

有关高血压、糖尿病等慢性病门诊报销内容请

点击右下方关注我，或搜索头条号“社保岁月”访问个人主页浏览阅读。