

门诊看病6月底前实现职工医保报销

三级定点医疗机构至少能报销50%，二级及以下不低于55%

昨日，记者从省医保局获悉，为提高医保基金使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担，我省出台《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》，2022年6月底前，河南将全面启动实施职工医保门诊共济保障机制，将门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围。

郑报全媒体记者 王红 李娜

4月底前出实施细则 6月底前全面启动实施

《意见》明确规定，今后，将门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围，改革职工医保个人账户，建立健全门诊共济保障机制。各统筹地区要确保2022年4月底前出台实施细则，2022年6月底前全面启动实施。

据介绍，在此之前，职工医保参保人员前往定点医院门诊看病就医，无论诊疗费用或是买药费用，

缴费时可以持医保卡刷本人医保账户中个人账户中的余额，但并不享受医保统筹基金支付待遇，而在新政落地后，意味着参保人员在医院门诊看病也能享受相应的医保报销待遇了，这将给参保人员日常就医带来实惠，切实减轻参保人员医疗费用负担。

哪些病种可以纳入门诊统筹支付范围

哪些病种可以纳入门诊统筹支付范围？新政规定，普通门诊统筹覆盖职工医保全体参保人员。在做好高血压、糖尿病等群众负担较重的门诊慢性病、特殊疾病（统称门诊慢特病）医疗保障工作的基础上，将多发病、常见病的普通门诊费用纳入职工医保统筹基金支付范围。

统计显示，截至2021年

底，河南省职工医保参保人数为1352万人。新政涉及广大参保人员切身利益，我省明确要求，各地要坚持保障基本，实行统筹共济，坚持平稳过渡，保持政策连续性，确保改革前后待遇顺畅衔接，健全门诊保障机制和完善个人账户制度同步推进，确保参保人员待遇平稳过渡。

符合政策门诊费用每次至少能报50%

今后，职工门诊看病能报销多少？结合我省实际，新政规定，起付标准按次设定，原则上每次不超过50元，基层定点医疗机构不设起付标准。在职职工普通门诊统筹年度最高支付限额1500元左右，退休人员年度最高支付限额2000元左右，普通门诊统筹支付限额不计入职工医保统筹基金年度最高支付限额。

政策明确：起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内普通门诊医疗费用，由职工医保统筹基金按

比例支付，按规定在三级定点医疗机构就医的支付比例不低于50%，按规定在二级及以下定点医疗机构就医的支付比例不低于55%。

新政对特殊人群有适当倾斜，其中，退休人员的支付比例高于在职职工10个百分点；参保人员办理家庭医生签约后，在签约的基层医疗机构发生的普通门诊医疗费用，支付比例在以上基础上提高5个百分点。具体标准由各统筹地区根据医保基金承受能力确定。

定点零售药店“达标”可纳入门诊保障范围

《意见》规定，今后，对部分适合在门诊开展、比住

院更经济方便的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理。将符合条件的定点零售药店提供的用药保障

服务纳入门诊保障范围，支持外配处方在

定点零售药店结算和配药，充分发挥定点零售药店便民、可及的作用。

同时，我省还将探索将符合条件的“互联网+”医疗服务纳入保障范围。不断健全门诊共济保障机制，逐步由病种保障向费用保障过渡。

个人账户可支付 配偶、父母、子女合理医疗费用

惠民福利。

新政规定，个人账户资金主要用于支付参保人员在定点医药机构发生的政策范围内自付费用。可用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及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。个人账户可用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险或本人参加职工大额医疗费用补助等的个人缴费。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。

据介绍，新政实施后，参保人员个人账户的使用范围有所调整，也是一项

单位缴纳的医保费今后全部计入统筹基金

关于职工个人账户计入方式改革，《意见》规定，职工医保个人账户计入办法调整与普通门诊统筹同步实施。改革后，在职职工个人缴纳的基本医疗保险

费计入个人账户，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；退休人员个人账户由统筹基金按月定额划入，划入额度由各统筹地区根据实施改革上一年度

基本养老金月平均水平的2%左右确定。

调整统筹基金和个人账户结构后，增加的统筹基金主要用于门诊共济保障，提高参保人员门诊待遇。

全省门诊慢特病统一病种认定标准

《意见》要求，今后，我省将逐步完善门诊慢特病保障政策措施，制定全省门诊慢特病病种目录，统一病种认定标准。各统筹地区可根据医保基金承受能力，逐步扩大由统筹基金支付的门诊慢特病病种范围。在实施职工医保普通门诊

统筹制度的同时，加强与住院费用支付政策的衔接，结合门诊统筹年度最高支付限额，适当调整职工医保住院起付标准，适当拉开不同级别医疗机构住院起付标准差距。

此外，我省还将健全与门诊共济保障相适应的付

费机制。对基层医疗服务可按人头付费，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合；对日间手术、中医优势病种等符合条件的门诊特殊病种，推行按病种或按疾病诊断相关分组付费；对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。

建立个人账户全流程动态管理机制

保障新政落地实施，离不开医保基金的良性运作。我省明确要求，新政实施后，全省要加强监督管理，建立健全与门诊共济保障相适应的监督管理机制，引导医疗资源合理利用，确保医保基金稳定运行。

《意见》要求，要建立对个人账户全流程动态管

理机制，加强对个人账户使用、结算等环节的审核。同时，强化对医疗行为和医疗费用的监管，建立医保基金安全防控机制，严厉打击“挂床”住院、诱导住院、不合理检查用药、个人账户套现等违法违规行为，确保医保基金安全高效、合理使用。

此外，我省将加快全省医疗保障信息平台建设，稳步推进门诊费用异地就医直接结算。通过协同推动基层医疗服务体系建设、完善家庭医生签约服务、规范长期处方管理等，引导参保人员在基层就医首诊，规范基层定点医疗机构诊疗及转诊等行为。