

我省全面启动职工医保门诊共济保障制度 个人账户可全家花 门诊看病报50%以上

本报讯(正观新闻·郑州晚报记者 王红 见习记者 崔青)昨日,省政府新闻办召开河南省建立健全职工医保门诊共济保障机制推进情况新闻发布会,7月1日起,河南省全面启动实施职工医保门诊共济保障制度,职工医疗保险参保人员普通门诊费用纳入统筹基金报销,让“救命钱”更好地用于常见病、慢性病。

同步实施个人账户改革和普通门诊统筹

新政实施后,职工医保制度保障模式进一步优化。长期以来,职工医保实行统筹基金和个人账户相结合的保障模式,“统筹基金管大病,个人账户管小病”。但是,由于原来的职工个人账户不具有共济性,形成参保人员之间积累结果差距很大。

此次改革通过调整统账结构,将个人账户由积累式转为互助共济式,同步实施职工门诊统筹,用于对人民群众门诊医疗费用的保障,保障范围由原来的保住院和门诊大病拓展到普通门诊,形成了全链条的医疗费用保障体系,保障功能进一步增强。

门诊统筹费用报销比例在50%以上

此次实施改革主要是建立普通门诊统筹,将参保人员门诊发生的医保目录内医疗费用纳入统筹基金报销范围。改革后,我省职工门诊统筹医保目录内医疗费用报销比例可达50%以上,在职职工的年度报销限额在1500

元左右,退休人员在2000元左右。据省医疗保障局统计和测算,全省参保职工每年人均门诊医疗费用平均为1900元左右。目前我省确定的报销限额,可基本满足参保职工的门诊医疗需求。

全省已有11.63万人次享受“门诊共济”保障

新政实施后,在职职工个人缴费部分仍然全部计入本人个人账户,即按照本人缴费基数2%计入个人账户,单位缴费部分不再划入个人账户;退休人员个人账户由统筹基金按比例划入调整为按定额划入,额度为上一年度基本

养老金平均水平的2%左右,全省人均月计入约60元。统计显示,自7月1日新政实施以来,全省职工医保已按新政策享受门诊统筹待遇11.63万人次,统筹基金支出1107.3万元,职工门诊统筹的共济效应已初步呈现。

让“救命钱”更好地用于常见病、慢性病

数据显示,每年约90亿元的个人账户资金转为统筹基金,增加的统筹基金主要加强门诊共济保障,让医保基金更好地用于常见病、慢性病患者身上,特别是用于退休人员。举例而言,2021年,全省职工医保基金当年筹集566.3亿元,统筹基金支出303.6亿元。改革后,预计的支出为

393.6亿元,增加的统筹基金支出使基金的使用率提高15个百分点以上。此外,新政实施后,职工门诊费用从不报销到可以报销50%以上,群众在基层医疗机构看病就医,没有报销门槛,报销比例在60%以上。这将激活基层医疗资源,提升基层医疗服务水平。

老年群体受益程度会更大、受益面更广

此次改革从常见病、多发病、慢性病出发,以老年人作为最突出的人群作了制度考量。以郑州市为例,新政在确定普通门诊统筹保障水平的时候,报销比例以55%起步,明确在此基础上对退休职工再给予倾斜支付,提高10个百分点,在确定封顶线时也明确退休人员较在职职工高出

500元。此外,针对老年人的慢性病、特殊疾病的发生率、发病率较高的实际情况,郑州市在此之前已经专门制定了特殊保障机制,把一些治疗周期长、费用比较高、对健康损害比较大的疾病,在门诊发生的费用,用统筹基金支付,这对老年群体来说受益程度会更大,受益面更广。

职工医保门诊共济保障制度

大共济
在全体参保人群范围内
实行门诊共济

职工门诊统筹医保目录内医疗费用报销比例可达**50%**以上
在职职工年度报销限额在**1500**元左右
退休人员在**2000**元左右

小共济 个人账户在家庭成员之间共济

小共济主要体现在三个变化

- 变化1** 原来只能个人用,现在由个人、配偶、子女、父母在定点医疗机构就医时发生的个人支付医药费用,可以由职工医保个人账户来支付
- 变化2** 原来在定点药店只能个人购买目录内药品,现在在配偶、子女、父母等家庭成员购买药品、医疗器械、医用耗材,都可以用职工医保个人账户支付
- 变化3** 个人账户可以用于本人的配偶、子女、父母参加城乡居民基本医保等社保的个人缴费,也可以用于职工参加大额补充保险的个人缴费等

需要特别说明的是,个人账户**不能支付**的范围是指用于公共卫生费用、体育健身或养生保健等不属于基本医疗保障范围的费用。

个人账户减少不等于医疗保障“打折扣”

新政实施后,职工医保参保人员个人账户计入减少不等于保障功能降低。新政改革调整了职工医保个人账户、扩大门诊共济、转换制度模式,个人账户减少是一个改革的必然结果。首先,个人账户通过改革以后,前期的个

人积累仍然归个人所有。就郑州市来说,截至2021年底,全市个人账户累计结余的102亿元,这些钱仍然是个人权益,改革后参与家庭成员共济,不会转到统筹基金共济的。其次,在这次改革中,调整个人账户计入方式,

单位缴费部分不再划入个人账户,在职职工和大部分退休职工的个人账户计入都会减少。但个人账户减少了并不意味着你的保障会损失,而是放到共济保障的大池子里,形成新的保障机制,把门诊费用纳入医保统筹基金支付。

异地就医符合条件也可享受门诊统筹待遇

新政实施后,异地就医人员是否也能从中受益?以省会郑州为例,实施职工医保门诊共济保障制后,符合条件的异地就医人员也可以按规定享受门诊费用统筹支付待遇。具体而言,凡是按规定办理异地就医备案的异地安

置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员,可以享受普通门诊统筹待遇。随着跨省异地就医直接结算工作的持续推进,跨省异地就医直接结算覆盖范围进一步扩大,越来越多的医药机构开

通包括异地住院、门诊、药店购药、门诊慢特病等不同医疗类别的异地就医直接结算服务。目前,郑州市已开通门诊费用异地就医直接结算定点医药机构186家,定点医疗机构152家,定点零售药店34家。