

河南全面实施职工医保“门诊共济”

普通门诊费报销一半以上 个人账户可家庭共用

7月5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,我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。

为参保人员“减负”

据介绍,自1998年国家建立职工基本医疗保险制度以来,我省一直施行社会统筹和个人账户相结合的保障模式,即“统筹基金保障住院和门诊大病,个人账户保障门诊小病和药品的费用支出”。随着社会经济的发展和个人需求的变化,个人账户的局限性也逐步凸显,主要问题是保障功能不足,共济性不够,减轻参保人员医疗费用负担的效果还不够明显,简而言之就是“有病的不够自己用,没病的不能别人用”。

为加快医疗保障改革,我省在总结实践经验、广泛听取意见、反复论证测算的基础上,从7月1日起,在全省全面实施职工门诊共济保障,通过将普通门诊费用纳入统筹基金报销,减轻参保人员医疗费用负担。

保障模式进一步优化

职工医保门诊共济保障机制改革涉及到千万参保职工的切身利益,改革后,职工门诊待遇保障将原来的个人积累式保障转变为基金共济式保障。

新政实施后,职工医保制度保障模式进一步优化。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。

可基本满足 参保职工门诊需求

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到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。

已有 11.63 万人次 享受“门诊共济”

此次改革还调整了统筹基金和个人账户结构,主要是职工医保个人账户计入办法调整。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,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”更好用于常见病慢性病

新政实施后,职工医保基金使用效率将大幅提高。数据显示,在不改变单位和个人的缴费模式、不增加单位和个人的缴费项目的基础上,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,提高职工医保参保人员门诊待遇保障水

平,让医保基金更好地用于那些常见病、慢性病的患者身上,特别是在退休人员身上。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。

逐步激活基层医疗资源

新政实施后,全省基层医疗资源将逐渐激活。改革后,职工门诊费用从不报销到可以报销50%以上,人民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,就医费用负担大幅度降低。通过门诊共

济机制的建立,发挥医保基金的杠杆作用,促进医疗资源合理配置,引导分级诊疗,激活基层医疗资源,提升基层医疗服务水平,方便群众就近享受医疗服务,让群众少花钱、看好病。

个人账户实现家庭成员共济保障

据介绍,这次职工医保门诊共济保障制度改革措施中,有一个重要的机制创新,就是实现一个大共济,一个小共济。概括讲,大共济就是建立门诊共济保障机制,在全体参保人群范围内实行共济保障;小共济就是职工医保个人账户在家庭成员之间共济。

在具体措施上,个人账户家庭成员之间共济主要体现在三个方面,第一,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,可以由个人账户来支付。第二,在定点药店,原来只能个人购买目录内药品,现在配偶、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。第三,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疗保险等社会保险的个人缴费,也可以用于职工参加大额补充保险的个人缴费等。

个人账户计入减少不等于保障降低

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。

据介绍,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,而是放到了共济保障的大池子里,形成了新的保障机制,把门诊费用纳入医保统筹基金支付。也就是说,个人账户新计入的减少并不意味着整体保障功能的降低。

新制度重点倾斜、保障老年群体

事实上,此次职工医保门诊保障机制改革也是从常见病、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。新政实施后,将进一步把常见病、多发病、花费较少的门诊费用增加到统筹基金保障范围内,这对老年群体来说受益程度会更大,受益面更广。

异地就医也可享门诊统筹支付待遇

新政实施后,异地就医人员是否也能从中受益?据介绍,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。

据介绍,随着国家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陆续开通包括异地住院、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。根据国家医保局最新发布数据显示,截至2022年5月底,全国住院费用跨省直接结算已联网定点医疗机构5.71万家;全国门诊费用跨省直接结算已联网定点医疗机构6.27万家,定点零售药店14.66万家。其中,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,可基本满足参保人员异地就医需求。

(据《郑州日报》)