

大皖新闻讯 据阜阳市医保局网10月3日消息，根据安徽省医保局统一部署，自今年7月1日起，阜阳市落地实施职工基本医疗保险门诊共济保障政策。职工医保门诊共济保障了啥？政策执行以来效果究竟怎么样？阜阳市医保局来为大家解疑释惑。

职工医保门诊共济保障了啥？

首先需要明确，这是一项全国性的医疗保障制度重大改革。阜阳市认真组织职工门诊共济政策实施。这项新制度的核心就是将原来参保职工仅通过个人账户保障门诊医疗费用，转变为通过建立门诊统筹基金进行共济保障。通俗地说，过去职工医保普通门诊费用不能报销，现在给报了。可以说，职工医保的门诊共济和个人账户形成了“组合拳”，绝大部分参保职工常规购药、看门诊得到有效保障。

为什么每月划入职工医保个人账户的数额会减少？

自2022年7月1日起，阜阳市在职职工个人账户由原来单位缴费的一部分和个人缴费的全部划入，转变为按照本人缴费基数2%计入；退休人员由原来按照上年度职工月平均工资或本人养老金的一定比例划入，转变为按照基本养老金平均水平的2%左右定额划入（目前是每月70元）。对减少个人账户划入后全市调剂出来的基金，用于报销参保职工普通门诊医疗费用。这里还要“划个重点”，无论是统筹基金还是个人账户，里面的钱都是医保基金，本质上要发挥基本医疗保险互助共济、风险分担的作用，把有限的基金真正用到参保群众“看病救命”上，避免资金“趴在账上”。

职工医保门诊共济保障的效果怎么样？

阜阳市职工医保门诊共济实施后，参保职工一个自然年度内，在统筹区域定点医药机构发生的政策范围内普通门诊费用达到800元以上的部分，统筹基金按照不同级别医院不同比例给予报销。一级定点医疗机构报销比例60%，二级定点医疗机构报销比例55%，三级定点医疗机构报销比例50%，退休职工的支付比例高于在职职工5个百分点。一个自然年度内普通门诊费用的统筹基金支付限额为2000元。另外，个人账户还可以在家庭成员之间共济使用，用于支付职工本人及其配偶、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、参加城乡居民基本医疗保险，本人职工大额医疗费用补助的个人缴费等费用。

政策实施以来，全市享受职工门诊统筹待遇报销3.1万人次，统筹基金支出395.46万元。

（安徽网）