门诊医保政策实施4个月，多数参保人不了解

门诊看病怎么报，选点医院很重要

参保人可选择一家社区医疗机构和一家其它医院，就可享受相应报销待遇

门诊看病最多能报多少钱？哪些参保居民能享受门诊医保？

今年8月1日，为减轻参保城镇居民普通门诊医疗费用负担，我省实施了《湖南省城镇居民基本医疗保险普通门诊统筹实施办法》。然而，这项医保惠民政策实施4个多月以来，很多参保人仍对如何选点、怎样报销等不甚了解。

就诊前注意选点医院

51岁的郑先生一年前参加了长沙居民医保，“当时患了腰椎间盘突出，到医院照CT花300多元，挂了3天水，一分钱也不能报销。”郑先生说，实施门诊小病报销后，经济压力减轻了很多。

腰椎间盘突出症用不着开刀住院，发作时到医院门诊做做牵引、推拿都可以通过医保报销。但郑先生就诊时，必须选取指定医疗机构和出示参保身份证明。

据长沙市医保中心工作人员介绍，参保人可选择两家定点医疗机构作为其门诊就医选定医院，其中一家为社区卫生服务机构或指定基层医疗机构，另一家为其他医疗机构。

选点确认后，在一个社保年度内原则上不予变更；但如参保人发生户口迁移、居住地变化、工作单位流动，或者因定点医疗机构资格变化等情形必须变更的，参保人可以持以上变动情形的证明资料、医疗保险卡，带《登记卡》的病历本，到市医疗保险经办机构办理变更手续。

最高支付限额600元

从实际情况看，超过九成的参保居民平时主要看门诊，真正住院的不到一成，实现门诊统筹，可以让更多参保人员得到医保的实惠。“以长沙市按摩骨科医院为例，每年的门诊病人多达3万人次，而住院病人仅有四五千人次。该院院长李燕平说，“小病及时治疗，百姓少得病、晚得病、不得大病，消耗少了，也就相当于节约了医疗资源。”

据长沙市医保中心门诊统筹科科长刘芳介绍，现有的医保基金也具备“门诊统筹”支付能力。普通门诊统筹资金按每人每年30元的标准在居民医保统筹基金中提取。

刘芳介绍说，参保居民在选定的基层医疗卫生机构就诊时，门诊统筹起付额为10元/次。一个年度内发生的符合规定的门诊医疗费用最高支付限额为600元，最高支付限额内的门诊医疗费用支付比例为50%，超出最高支付限额的门诊医疗费用由参保居民个人负担。参保居民在定点基层医疗卫生机构发生的门诊医疗费用，只需支付个人负担部分，应由门诊统筹资金支付部分由医疗保险经办机构与定点基层医疗卫生机构定期结算。

住院不享受门诊待遇

值得关注的是，享受普通门诊统筹待遇的时间，与享受基本医疗保险统筹待遇同步。也就是说，无论你以何种方式参保，在享受基本医疗保险统筹待遇的同时，就可享受普通门诊统筹待遇；一旦基本医保待遇停止，门诊费用也不再有报销。

省人社厅医保处提醒，参保人若在患病住院治疗期间，则不可同时享受门诊待遇；门诊特殊病种和门诊指定慢性病种待遇的自付部分，普通门诊统筹基金不再支付。此外，社保系统会自动为符合规定范围的人员办理登记、自动划扣个人医疗账户资金或拨转医保费。参保人无需另行办理缴费手续。

■记者 刘璋景

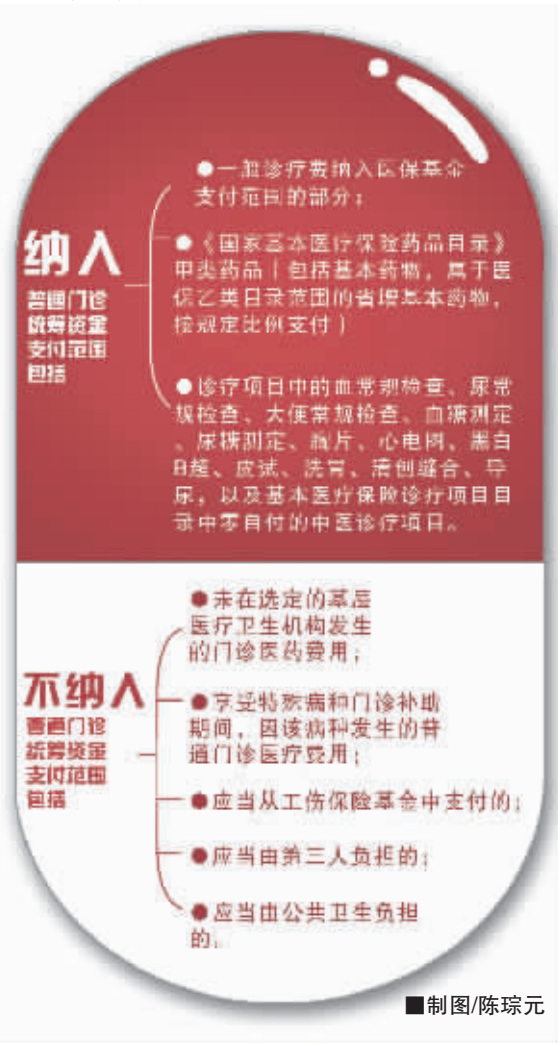
延伸阅读

我国明年有望实现新农保、城居保全覆盖

人力资源和社会保障部副部长胡晓义13日在全国农村社会保险工作座谈会上说，新农保和城居保有望在2012年实现全国覆盖，比预定计划提前8年。

胡晓义说，截至今年11月底，两项试点总参保人数达3.02亿人，其中领取养老金人数7966万人，积累基金1346亿元。

■据新华社



■制图/陈琮元