

存着不动？ 着急花完？

医保个人账户咋用更划算

“医保卡里躺着好几千元,除了去药店买药,好像也没什么用。”这是不少年轻人的感受。

每个月工资里扣的医保费,一部分进了个人账户,日积月累成了一笔“最熟悉的陌生产”。

这笔钱到底能怎么花?存着不动真的划算吗?

8月15日,在云南省个旧市人民医院一站式服务中心,医护人员为市民办理医保服务。

新华社发



医保个人账户里的余额除了买药还能干啥

医保个人账户里的余额,除了可以在定点药店购买合规的药品、医疗器械和医用耗材,用途其实比你想象的多。

用途一:家庭共济,一人参保、全家共用

这是近年医保改革最实用的变化之一。职工医保个人账户的余额,完成官方绑定后,可以给已经参加基本医疗保险的配偶、父母、子女使用;全国已有23个省份,进一步把共济范围扩大到兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女等近亲属,前提同样是被共济亲属已正常参保。

国务院办公厅印发的《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》明确,个人账户可以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。

目前,全国所有省份均已实现职工医保个人账户省内跨统筹区家庭共济。根据国家医保局公开数据,2025年1—12月,全国职工医保个人账户共济共计4.64亿人次,共济总金额687.7亿元。

只要按当地规则开通共济绑定,家人看病买药刷自己的医保凭证,结算时就可直接调用你的账户余额支付自付部分,不用再掏现金。

用途二:买商业健康保险,给自己加一道保障

目前,上海、广州、深圳、福州、苏州等多个城市已明确支持职工使用医保个人账户余额购买商业健康保险,比如城市定制型商业医疗保险(“惠民保”),或者经医保部门备案的重疾险、医疗险等。相当于把沉淀资金转化为家庭健康保障杠杆,日常有

医保兜底,大病有商保补充。

用途三:门诊统筹,超过起付线能报销

很多人以为看门诊只能刷医保卡里的余额,超过部分全自费。其实,职工医保已全面建立门诊统筹报销机制,普通门诊合规费用纳入统筹基金支付范围,年度累计政策范围内费用超过起付标准后,统筹基金按比例报销。

个人账户余额用完,不会影响门诊统筹报销待遇,仅仅意味着自付部分需要自己现金支付。

提醒:看门诊务必出示医保卡或者医保电子凭证结算,费用才会计入门诊统筹年度累计;如果全部自费现金结账,本次费用不会累计到起付线中。系统会自动核算是否达到起付线、计算统筹报销金额。

医保个人账户用途虽多这几条红线不能碰

用途虽多,但个人账户资金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。这几条红线不能碰——

坚决不能套现

任何通过虚假就医、虚假购药套取医保个人账户资金,都属于骗保行为。

根据全国人民代表大会常务委员会关于《中华人民共和国刑法》第二百六十六条的立法解释:以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险金的,属于诈骗公私财物行为,骗取医保基金数额较大的,将被依法追究刑事责任。

不能借给别人用

医保凭证实行实名制,只能本人就医购药。钱可以共济,卡不能外借。

把医保凭证交由他人冒名就医、购药,哪怕是亲戚朋友,都属于违规。家庭共济和冒名借用有本质区

别:家庭共济,是家人刷自己的医保凭证就医,结算调用你的个人账户余额支付自付部分;冒名使用,是家人直接用你的身份挂号看病开药,属于骗取医保基金。

不能买保健品和生活用品

医保个人账户的钱,属于定向医疗专项资金,不能用于购买保健品、滋补品、米面粮油、日用百货等非医疗商品。部分药店违规刷医保卡售卖生活用品,一经查实,药店和持卡人都要承担相应责任。

不浪费

是把钱花在真正需要的地方

讲完个人账户的多种使用场景,要厘清一个误区:不浪费不是要急着把钱全部花完,也不是一味囤着不动,核心是用好这笔定向医疗备用金,把每一分余额都花在刀刃上。

按照现行政策,职工医保个人账户余额不会年度清零,还会按规定计息,本金和利息全部归个人所有,可结转下一年继续使用,去世后还能够依法继承。换工作、办理医保关系跨省转移时,个人账户余额一般随同转移接续。达到当地医保规定缴费年限、办理退休后,每月依旧会有资金划入个人账户。

余额可以累计,并不代表可以随意消费。千万不要抱着“钱放在卡里闲着就是亏”的心态,盲目囤积大量用不上的药品、耗材。如果现在为了“花掉余额”冲动消费,等到生病就医真正需要支付自付医疗费用的时候,账户反而空空如也,这才是最大的浪费。

把它当作专属个人的医疗储备金:完成家庭共济绑定后,家人合规就医购药可以放心调用;自己看病、买药、做门诊检查,该用就用;没有医疗需求时,就让余额正常累积计息,做到该用则用,非必要不乱花。

据《工人日报》报道

全国“一把尺”
医疗检验收费同检同价

国家医保局 8月14日发布

《检验类医疗服务价格项目立项指南(试行)》



这意味着

检验类医疗服务项目收费有了全国“一把尺”

【相关】

医保支付改革
让“家门口”就医
“治得好、负担小”

据新华社电 国家医保局医药服务管理司副司长徐娜8月17日在医保支持基层医疗卫生服务发展政策解读活动上介绍,作为医保支持基层医疗卫生发展的一项改革举措,以按病种付费为核心的支付改革是推动资源下沉、优化分级诊疗、激发基层活力的有力抓手,关键在于用好同病同付政策。

同病同付,是指在一个统筹区内医保基金与医院结算时,同一基层病种在不同等级的医疗机构执行相同的医保支付标准。在按病种付费3.0版分组方案中,按疾病诊断相关分组(DRG)基层病种31个,按病种分值付费(DIP)基层病种127个,涉及高血压、糖尿病、呼吸系统感染、阑尾炎等常见病。

改革一方面要引导基层主动加强收治常见病、慢性病、多发病等,引导三级医疗卫生机构立足自身定位,合理调整病种结构,另一方面也要推动常见病、慢性病等在“家门口”规范化诊疗,真正实现治得好、负担小。

围绕着基金流向基层、服务优在基层、待遇向基层倾斜、支付改革落在基层,目前已有22个省份形成了医保支持基层医疗卫生服务发展的初步举措。

中国财政科学研究院社会发展研究中心副主任朱坤认为,改革将更好规范基层医疗卫生机构的诊疗服务行为,有助于改善服务质量、减轻医保基金运行风险。