

泰安出台城镇基本医疗保险门诊统筹办法

去签约门诊看病报销更多

文/片 本报记者 梁敏 通讯员 李靖

22日,泰安市政府印发《泰安市城镇基本医疗保险门诊统筹办法》,从新的医疗年度(2013年)起,参保职工到签约定点门诊看病,也能与城镇居民一样享受医保报销。新办法大幅提高已经实施3年的城镇居民医疗保险门诊统筹待遇。

56.6元医疗费只用交28.3元

定点门诊看病拿药能报销

23日,泰城居民孙雪到泰前街道御碑楼社区卫生服务站检查并拿药,医疗费56.6元。由于她与该卫生服务站签订服务协议,享受城镇居民基本医疗保险门诊统筹待遇,刷卡时,卫生服务站只收取了28.3元。“孙雪的报销执行的是原来的政策,从新医疗年度起,孙雪每次医疗费报销将由现在的50%,改为超出10元以上部分,按照统筹基金按50%的比例支付。虽然多了起付标准,但一个医疗年度内实际支付限额却由200元变成500元。”市人社局工作人员介绍。

“只要与我们签订服务协议的,在定点医疗机构结算系统上刷卡缴费时,会提示账户需交多少钱,可报销多少等。居民只需缴纳需要交的部分,统筹报销的部分由医疗机构垫付,月底统一结算。”御碑楼社区卫生服务站医师李进安说,签约的居民很多,虽没做过详细统计,但通过每月结算的账目就可计算出人数。“去年居民门诊每人最高可报销200元,我们这几乎每个月都报销四五千元,最高的一个月超过1万元。”

乐园小区附近的卫生服务站站长倪爱珍告诉记者,周边居民多数都是城镇职工,享受城镇居民医疗保险的人少些,所以该卫生服务站签



在乐园小区附近的卫生服务站,医生正为参保居民看病。

约的人相对较少。“现在签约的有三十多个老人,还有很多是学生。”记者在该门诊观察了1个多小时,前来看病的市民有七八位,但他们的社保卡上多显示是城镇职工,大多不了解门诊统筹政策。

职工和居民门诊统筹后

个人都不需另外再缴费

在22日公布的《泰安市城镇基本医疗保险门诊统筹办法》中提到,本办法所称城镇基本医疗保险门诊统筹(以下简称门诊统筹)包括城镇职工基本医疗保险门诊统筹(以下简称职工门诊统筹)和城镇居民基本医疗保险门诊统筹(以下简称居民门诊统筹)。

该办法提到,将统一全市职工

医疗保险个人账户划入比例。建立职工门诊统筹后,自2013医疗年度起,全市统筹结合缴费人员及退休人员的个人账户记入比例确定为:在职工个人缴纳部分全部记入个人账户,用人单位缴纳部分按职工本人上年度工资收入的一定比例记入:35周岁以下的,按1%记入;35周岁(含)以上45周岁以下的,按1.5%记入;45周岁(含)以上的,按2%记入。退休职工按本人上年度养老金的一定比例记入:75周岁以下的,按5.5%记入;75周岁(含)以上的,按6.5%记入。

职工门诊统筹基金按照每人每月15元的标准由基本医疗保险统筹基金提取,个人不再另外缴费;单建统筹人员,按每人每月15元标准缴纳。

居民门诊统筹按每人每年50

元标准筹集,所需资金从城镇居民基本医疗保险统筹基金中提取,个人不再另外缴费。

退休职工每年最高报900元

参保居民支付限额为500元

享受职工门诊统筹人员,在签约的定点社区卫生服务机构就诊发生的符合统筹支付范围的门诊费用,每次超出20元以上部分,统筹基金按60%的比例支付,一个医疗年度内实际支付限额在职职工、退休人员分别为800元、900元;参保居民在缴费期内及时足额缴费的,从次年1月1日起可享受门诊统筹医疗待遇。在签约的定点社区卫生服务机构就诊发生的符合统筹支付范围的门诊费用,每次超出10

元以上部分,统筹基金按50%的比例支付,一个医疗年度内实际支付限额为500元。

参保人员有下列情形之一的,不享受门诊统筹待遇:在未签约医疗机构发生的门诊医疗费用;中断缴费或在等待期内发生的门诊医疗费用;住院期间发生的门诊医疗费用;违法犯罪、打架斗殴、酗酒、吸毒及自杀、自残(非精神病)以及其他责任事故发生的门诊医疗费用;其他不符合门诊统筹支付规定的医疗费用。

自愿选择门诊统筹定点机构

定点药店名单将于近期公布

参保人员在全市范围内自愿选择一家门诊统筹定点医疗机构,作为本人普通门诊就医的定点医疗机构,并与之签订服务协议,原则上一年一定,医疗年度内不得变更,期满可续签或者转签。

参保人员在医疗年度内到选定的门诊统筹定点医疗机构进行签约,也可以在首次门诊就医时直接到门诊统筹定点医疗机构签约,自签约之日起享受门诊统筹医疗待遇。

与目前执行的城镇居民门诊统筹一样,《泰安市城镇基本医疗保险门诊统筹办法》规定,参保人员在签约定点医疗机构就医时只需结清个人负担部分,应当由门诊统筹基金支付部分,由医疗保险经办机构与门诊统筹定点医疗机构定期结算。

23日,记者从市人社局了解到,2012年12月28日泰安市出台了《泰安市城镇基本医疗保险定点医疗机构管理办法》和《泰安市城镇基本医疗保险定点零售药店管理办法》,现在市人社局正对各定点医疗机构、药店进行清理整顿。通过审核的定点医疗机构和定点药店,会在近期向社会公布。

城镇居民医疗待遇全面提高

住院报销比例提高5%

文/片 本报记者 梁敏 通讯员 李靖

近日,泰安市人力资源和社会保障局、泰安市财政局联合下发了《关于完善城镇居民医疗保险有关政策的通知》(以下简称《通知》)。2013年,泰安市调整完善全市城镇居民基本医疗保险有关政策。提高了城镇居民住院医疗、门诊慢性大病医疗、普通门诊统筹、意外伤害门诊医疗和生育医疗待遇。

医保最高报销16万

《通知》提到,在一个医疗年度内参保居民医疗保险统筹基金最高实际支付限额提高至16万元。与2011年最高支付限额12万元的政策相比,提高了4万元。

在一个医疗年度内,参保居民因患病发生住院和门诊慢性大病两种情况时,其医疗费用合并计算,基本医疗保险统筹基金支付额不超过年度最高实际支付限额。

城镇居民住院医疗报销比例增加5%。参保居民在社区卫生服务中心及乡镇卫生院、一级及二级、三级定点医院住院发生的符合统筹基金支付规定的医疗费用,每次住院起付标准分别为200元、400元、600元;支付比例分别为85%、75%、65%(之前支付比例分别为80%、70%、60%)。

低保、重残人员在社区卫生服务中心及乡镇卫生院、一级及二

级、三级定点医院住院发生的符合统筹基金支付规定的医疗费用,每次住院起付标准分别为100元、200元、300元;支付比例分别为88%、78%、68%(提高了3%)。

参保居民连续缴费达到3—5年的,住院统筹基金支付比例提高1%;连续缴费6—10年的,提高2%;连续缴费11—20年的,提高3%;连续缴费21年以上的,提高5%。

新增3种门诊慢性大病

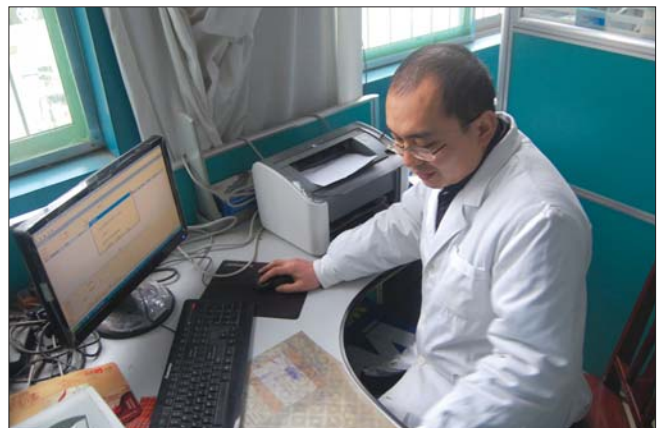
新增3种门诊慢性大病病种:儿童先天性心脏病、艾滋病机会性感染、慢性肾功能不全(非透析治疗)。

门诊慢性大病病种达到20种:恶性肿瘤、白血病、尿毒症肾透析、器官移植抗排斥治疗、血友病、糖尿病(合并感染或有肾、眼、神经并发症之一)、冠心病、肺源性心脏病、类风湿病、慢性病毒性肝炎、脑出血(并发后遗症)、脑梗(并发后遗症)、再生障碍性贫血、股骨头坏死、系统性

红斑狼疮、精神病、结核病、儿童先天性心脏病、艾滋病机会性感染、慢性肾功能不全(非透析治疗)。

恶性肿瘤、白血病、尿毒症肾透析、器官移植抗排斥治疗、血友病、艾滋病机会性感染为甲类病种;其他14种门诊慢性大病为乙类病种;甲类患者一个医疗年度内在定点医疗机构发生的符合规定的门诊医疗费用,超过600元以上部分,按相应定点医疗机构住院报销

比例支付,统筹基金补助限额为每人每年4万元,取消尿毒症肾透析门诊慢性大病起付标准;乙类患者一个医疗年度内在定点医疗机构发生的符合规定的门诊医疗费用,超过600元以上部分,按65%的比例支付(与之前相比增加5%),统筹基金补助限额为每人每年3000元(原来为2500元),患两种以上门诊慢性大病的最高补助限额为4000元(原来为3000元)。



御碑楼社区卫生服务站的医师李进安正在为患者结算。

门诊统筹报销提高

参保居民在缴费期内及时足额缴费的,从次年1月1日起可享受门诊统筹医疗待遇。在签约的定点社区卫生服务机构发生的符合统筹支付范围的门诊费用,支付限额

以内的,参保居民每次就诊超出10元以上部分统筹基金按50%的比例支付,一个医疗年度内实际支付限额为500元(原来未成年居民100元,成年以上居民为200元)。

意外伤害最高补助1万元

未成年人、大学生发生的无责任人意外人身伤害事故,其门诊、急诊费用,统筹基金给予70%的补助,每个医疗年度最高补助10000元(原来为5000元)。

全残或死亡的(包括突发疾病死亡或者在24小时之内抢救无效死亡的),分别给予一次性补助15000元、20000元(原来为10000元、15000元)。

剖宫产限额补助1800元

参保居民住院分娩发生的符合基本医疗保险统筹基金支付规定的医疗费用,纳入基本医疗保险支付范围,实行限额结算。限额标准为:在定点生育医疗机构住院分

娩剖宫产1800元(原来为1500元)、顺产1300元(原来为1000元);在非定点生育医疗机构住院分娩发生的医疗费用按定额标准的60%支付,低于限额的按实际发生额结算。