

结清个人负担部分就可出院了

济南市民切实享受到了居民医保带来的便利

2015年起,原济南市城镇居民医疗保险和原新型农村合作医疗两个险种合并为“济南市居民基本医疗保险”,经过近一年的平稳运行,记者发现仍有部分市民对参加居民医保能享受到哪些具体的医保待遇并不是很了解。

居民医保住院报销这笔账到底怎么算?参加了居民医保生孩子能不能报销?有些病不用住院可是要长期药物治疗,居民医保管不管?带着这些问题,记者走访了济南市社保局,有关工作人员就市民普遍关心的居民医保待遇问题进行了详细解答。

本报记者 周国芳

住院费报多少?这笔账很好算

“目前,到指定的定点医疗机构持医保卡登记住院治疗,基本没有什么繁琐的报销手续。”济南市民朱女士享受了居民医保带来的便利。

原来,如今的居民医保结算非常方便。“个人只需要在出院时,由医院通过医保结算系统统计住院期间符合居民医保基金支付范围的费用,个人结清起付标准和应由个人负担的费用就可以放心出院了。”济南市社保局工作人员介绍,其余部分会由所在县(市)区社会保险经办机构与定点医疗机构结算。

对于住院费用报销,不同等级的医院起付标准也有所区别。一个医疗年度内,第二次住院的起付标准降低20%,从第三次住院起不再执行起付标准。一个医疗年度内居民医保最高支付限额为20万元。

此外,五种病人可向其所

所在县(市)区定点社区卫生服务机构、乡镇卫生院申请开设家庭病床。一是脑中风丧失全部或大部分行动能力且病情符合住院条件的;二是恶性肿瘤晚期行动困难的;三是严重心肺疾病符合住院条件,但住院医疗确有困难的;四是骨折牵引固定需卧床的;五是80岁以上老人需连续住院治疗,到医院就诊确有困难的。

除了住院治疗,遇到“小病”,不少参保人选择门诊治疗。参保人在所属县(市)区选择一家普通门诊统筹定点医疗机构登记备案后,可享受门诊统筹待遇。一个医疗年度内,参保人在备案的普通门诊发生的支付范围内的医疗费用,由门诊统筹基金和个人各按50%比例负担。年度个人最高支付限额为300元(不含个人负担部分)。

生育费用也在医保报销范围

生育费用也在居民医保报销范围。符合规定的参保人因住院分娩发生的生育医疗费用实行定额包干支付。参保人已经以生育保险参保男职工配偶身份享受生育保险生育补助金的,居民基本医疗保险基金不再予以支付。

少年儿童因意外伤害发生的门诊急诊医疗费用,在居民医保基金支付范围内累计超过200元以上的部分,由居民医疗保险基金支付80%,在一个医疗年度内最高支付限额为2000元(含个人按一定比例负担部分)。

大病医保每年最多补偿30万

此外,记者了解到,居民医保在上述基本医保待遇基础上增加了大病保险待遇。2015年大病保险政策规定,参保人一个医疗年度发生的住院医疗费用和纳入统筹基金支付范围的门诊慢性病费用,经居民基本医疗保险补偿后,个人累计负担的合规医疗费用超过1.2万元的部分,由居民大病保险给予补偿。

2015年,全省居民大病保

险起付标准为1.2万元,个人负担的合规医疗费用1.2万元以下的部分不予补偿。个人负担的合规医疗费用1.2万元以上(含1.2万元)、10万元以下的部分给予50%补偿;10万元以上(含10万元)、20万元以下的部分给予60%的补偿;20万元以上(含20万元)的部分给予65%补偿。一个医疗年度内,居民大病保险每人最高给予30万元的补偿。



如今的居民医保结算非常方便。(资料片)



居民基本医疗保险各项待遇标准

定点医疗机构级别	住院和门诊规定病种		普通门诊统筹	
	少年儿童与成年居民一档	成年居民二档	少年儿童与成年居民一档	成年居民二档
三级医疗机构	省(部)三级医疗机构1200元,其他三级医疗机构1000元		不设起付线	
二级医疗机构	700元			
一级医疗机构	400元			
社区医疗机构	400元			
乡镇卫生院	200元			
村卫生室				
备注	1、一个医疗年度内,第二次住院的起付标准相应降低20%,从第三次住院起不再执行起付标准。2、门诊规定病种的起付标准,在一个医疗年度内参保居民只负担一次,标准为200元。门诊规定病种患者在定点的社区卫生服务机构、乡镇卫生院就医,不执行起付标准。			
三级医疗机构	省、部三级40%,其他三级55%	省、部三级30%,其他三级45%	50%	
二级医疗机构	65%	60%		
一级医疗机构	80%	80%		
社区医疗机构	80%	80%		
乡镇卫生院	90%	90%		
村卫生室				
最高支付限额	20万元(含个人自付部分)		300元	
生育医疗费用	顺产800元、阴式手术产1000元、剖宫产1900元			

注:1、参保人须在所属县(市)区定点的医疗机构就医,方可按上述标准享受医保待遇。
2、门诊规定病种中的肾功能衰竭的透析治疗,居民基本医疗保险基金支付比例,不再区分缴费档次和医疗机构级别,统一为80%(乡镇卫生院仍为90%)。

提个醒儿

开具“无卡证明”,同样享受医保待遇

在医保卡制作期间,参保人因病需住院、接受门诊或门诊病种治疗的,可凭本人有效身份证明(身份证或户口簿),到所属乡镇(街道)人力资源社会保障服务中心或县(市)区医保办开具“无卡证明”(需住院的同时携带医院开具的住院证明),凭“无卡证明”登记,就可以享受居民医保待遇。

转院到外地治疗,提前到社保机构备案

据了解,如果参保人需要转院到外地住院治疗,应先由本市三级甲等定点医疗机构或者市级以上专科定点医疗机构专家提出意见后,报县(市)区社会保险经办机构备案。居民基本医疗保险基金支付按省(部)三级医疗机构的标准执行。

社保局工作人员介绍,居民医保缴费采取当年缴下年的方式,只有在当年按规定缴费后,下一年度才能享受待遇。目前,济南市2016年度居民基本医疗保险缴费只剩不到一个月的时间,请参保居民在规定时间内及时缴费,以免影响享受下一年度的医保待遇。

附:居民医保9种门规病种

济南市居民医保门规病种共有9种,分别为:恶性肿瘤及白血病的治疗、肾功能衰竭的透析治疗、器官移植的抗排斥治疗、血友病、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、帕金森氏病及综合征(只适用成年居民)、精神病和苯丙酮尿症。

门诊规定病种的起付标准为200元,在一个医疗年度内参保人只负担一次,乡镇卫生院和社区不设置起付标准。

