

济南居民医保政策全解读

民生兜底,大病保险最高补偿30万

本报记者 张九龙

今年缴费
明年享受待遇

据了解,居民医保按年度缴费,在当年缴费期内,缴纳下一医疗年度居民基本医疗保险费,也就是“今年缴费,明年享受待遇”。参保人在缴费期内一次性足额缴纳居民基本医疗保险费后,可在下一个医疗年度享受居民医保待遇,待遇享受期为1月1日至12月31日。

新生儿作为特殊群体,享有专门的“落地参保”政策。也就是说,新生儿落户后至下一个参保缴费期内,可以随时参保。当然参保早晚,待遇也会有相应的不同。政策规定:“新生儿自出生之日起3个月内参保缴费的,自出生之日起享受居民医保待遇;超过3个月以上参保缴费的,自缴费次月起享受居民医保待遇。”

据济南市社保局工作人员介绍:居民医保参保人在规定的缴费期内一次性足额缴纳医疗保险费后,在对应的医保年度内,符合居民基本医疗保险基金支付范围的住院、门规、定点社区(乡镇卫生院)门诊、生育、意外伤害(限在校、在园学生儿童及18周岁以下少年儿童)等费用可以报销。

住院报销
比例有所差异

工作人员介绍,现在的居民医保结算系统是非常方便的。参保人到所属县(市)区医保办指定的定点医疗机构持医保卡登记住院治疗,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,其余部分则由所在县(市)区医保办与定点医疗机构进行结算。

起付标准因不同等级的医疗机构,也有所区别:省(部)三级医疗机构1200元、其他三级医疗机构1000元、二级医疗机构700元、一级医疗机构400元,乡镇卫生院200元。一个医

2017年度济南市居民基本医疗保险参保缴费工作即将结束,缴费日期截止到2016年12月31日。目前居民医保政策是怎样规定的?参保后可以享受哪些待遇?报销比例又是如何规定的?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一一解答。



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(含个人自付部分)。

少年儿童和按一档标准(300元)缴费的成年居民报销比例按以下标准规定:在省(部)三级医疗机构医疗的,由居民基本医疗保险基金支付40%,个人负担60%;在其他三级医疗机构医疗的,由居民基本医疗保险基金支付55%,个人负担45%;在二级医疗机构医疗的,由居民基本医疗保险基金支付65%,个人负担35%;在一级医疗机构医疗和社区卫生服务机构医疗的,由居民基本医疗保险基金支付75%,个人负担25%;在乡镇卫生院医疗的,由居民基本医疗保险基金支付90%,个人负担10%。

按二档标准(160元)缴费

的成年居民报销比例按以下标准规定:在省(部)三级医疗机构医疗的,由居民基本医疗保险基金支付30%,个人负担70%;在其他三级医疗机构医疗的,由居民基本医疗保险基金支付45%,个人负担55%;

在二级医疗机构医疗的,由居民基本医疗保险基金支付65%,个人负担35%;在一级医疗机构医疗和社区卫生服务机构医疗的,由居民基本医疗保险基金支付75%,个人负担25%;在乡镇卫生院医疗的,由居民基本医疗保险基金支付90%,个人负担10%。

门规病种
起付标准为200元

目前我市现行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、器官移植的抗排异治疗、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。

以下五种病人可向其所在县(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。

申请办理家庭病床时,需经接诊医师提出初步意见,由定点社区卫生服务机构、乡镇卫生院报所在县(市)区社会保险经办机构备案。

除了住院治疗以外,遇到

“小病”的时候,参保人不必扎堆去大医院,可以选择通过定点社区门诊治疗。

工作人员介绍说:参保缴费期内,参保人应先在所属县(市)区医保办规定的普通门诊统筹定点医疗机构名单中,选择一家进行登记备案。成功备案后,在对应医疗年度内,参保人在备案的定点医疗机构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
也在报销范围内

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:顺产800元、阴式手术产1000元、剖宫产1900元。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)。

据了解,2016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,经居民医保补偿后,个人累计负担的合规医疗费用超过1.2万的部分,由居民大病保险给予补偿。

2016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给予补偿。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)以上的部分给予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。

定点机构变更要在12月31日前完成
医保门规继续实行“单定点”管理

本报讯(记者 张九龙)

2017医疗年度,门规及门统定点继续实行“单定点”管理,即:在一个医疗年度内,参保人员原则上只能选择一家定点医疗机构进行诊疗。其中,门规人员拟选择的门统定点与其门规定点为同一年级时,只能选择同一家定点医疗机构(门规定点为省三级综合医院或专科医院的除外)。

门规定点医疗机构如果需要变更,应该注意办理时间为2016年12月26日至12月31日。所需证件包括社保卡、门规医疗证(变更门规定点时出示)。参保人持相关证件到新选择的门规定点或门统定点指定的窗口办理变更手续,无需再到原定点医疗机构办理手续。



参保人前往所选的定点医疗机构刷本人社保卡办理变更,同时做好登记,并由本人最后签名确认,定点医疗机构要

对登记情况做好存档以备查验。

对处于社保卡挂失期的参保人,需先携带社保卡挂失单

及复印件到市政务服务大厅(站前街9号)二楼大厅门诊现金报销窗口开具无卡证明,待审核后再到其所选的医疗机构办理变更手续。

在规定的登记办理期内,原则上只允许办理一次变更登记。如因个人原因确实需要更改登记,则需回原登记定点撤销变更登记,否则无法办理新的变更登记。异地安置及长期驻外的参保人变更异地定点医疗机构仍按原规定办理。参保人应到新选择的定点医疗机构重新建立病历资料。

职工基本医保参保人如有以下情况的,可选择多家定点医疗机构,但选择的三级综合性医院不得超过一家:

1. 患有II类病种中的“慢性病毒性肝炎”、“肝硬化”、“结核病”、“眼科疾病”的门规人员,可选择一家定点专科医院诊疗。如参保人患有“慢性病毒性肝炎”合并“肝硬化”病种的,合并病种应选择同一家定点医疗机构诊疗。

2. 患有I类病种的门规人员,可选择一家定点专科医院或三级综合性医院诊疗。如参保人患有“尿毒症患者的透析治疗”合并“器官移植患者的抗排异治疗”病种的,合并病种应选择同一家定点医疗机构诊疗。

3. 上述门规人员同时患有其他门规病种的,可再选择一家门规病种定点社区卫生服务机构或定点医院诊疗。