



我县全民医保体系初步形成 实现制度全覆盖

记者 金旭 通讯员 郑科技 郑红伟

目前,我县已迈进全民医保时代,医保参保规模、定点规模、就医规模迅速扩大,城乡各类参保(合)人员总数达到51万人,各类医疗保险参保率稳定在94%以上。全县医保定点医疗机构、定点零售药店达到116家,全年公立医疗机构就诊量超过400万人次,年结算资金达7亿元。

我县自2002年9月启动基本医保制度改革,建立城镇职工基本医疗保险制度,最初企业职工仅参加住院医疗保险。2007年7月建立个人账户,可用于门诊及定点零售药店购药,随着制度不断完善,报销比例大幅提高。

2005年新型农村合作医疗制度全面实施,2008年实行了基层医疗机构普通门诊补偿制度,人均筹资水平已达到800元,其中个人缴费250元,各级财政补助550元。县域内住院基金支付比例为75%以上(政策范围内),基层医疗机构普通门诊补偿比例达40%。

2008年建立城镇居民医疗保险制度,参保对象为辖区内非农户籍居民,实行门诊、住院双统筹。目前,人均筹资约1322元,其中财政补助人均984元左右,占总筹资的74.4%。至此,由城镇职工医保、城镇居民医保、新型农村合作医疗三类险种组成、覆盖所有城乡居民的医保体系初步建立,实现了制度上全覆盖。

市级统筹 实现看病同城待遇——

2010年10月,宁波市政府印发《宁波市基本医疗保险市级统筹暂行办法》,我县城镇职工医疗保险、城镇居民医疗保险分别于2011年5月、2012年9月开始实施市级统筹,在参保范围和对象、基金筹集和管理、医疗保险待遇、就医管理办法等方面实现市县统一,参保人员使用社会保障卡可在宁波市区内定点医疗机构即时刷卡结算。同时,医保待遇也发生了变化,职工医保参保人员的住院、门诊等待遇与宁波市区一致,门诊医疗费用实现全统筹,所有费用不设封顶额。2013年5月起,个人账户划入比例调整与宁波市区一致。

目前,城镇职工医保住院和大病(政策范围内)基金支付比例稳定在86%以上。

居民医保年度内门诊医疗费纳入基金结算,按年度累计计算。累计超过最高限额3000元的,超过部分基金不再支付,3000元(含)以下部分,按就医的医疗机构级别,基金支付比例分别为三级医疗机构30%,社区卫生服务机构60%,其他医疗机构45%,其余由个人承担。同时,参保人员可凭定点医院盖章外配处方专用章的门诊(不包括特殊病种治疗)处方到定点零售药店购药。政策范围内住院报销比例超过了72%。

倾斜基层 小病不用去大医院——

据县人力资源和社会保障局相关负责人介绍,目前的职工医保、居民医保、新农合政策均推行大医院和基层医疗机构差别化医保支付制度,医保基金支付向基层医疗机构倾斜,引导参保人员首诊在基层、大病去大医院、康复回社区。

县县的试点工作已基本完成,重点推开了智能提醒审核和医保医师协议管理,初步实现对医疗服务行为的全程、实时、智能、精确监控。智能提醒和审核,即医保参保人员在定点医院就医时,以往的就医行为、用药情况等信息将在医生工作站及时显现,对诊疗过程中产生的

三级及其他医院要高出许多,三级医院和其他医院门诊统筹支付比例分别为75%和80%,而在社区医院,在职人员的支付比例达到86%,退休人员支付比例达到92%,且社区医院中属于国家基本药物和《浙江省基层医疗卫生机构基本药物目录外常用药品清单(暂定)》的,参照甲类药品计算医保待遇。

该负责人说,这次政策调整,也涉及到了居民医保的待遇调整。调整后,三级医院、社区医院及其他医院的住院起付标准分别为1200元、300元、600元,门诊统筹支付比例,社区医院比

非从业人员住院报销比例,老年居民和非从业人员在社区医院住院

大病保障 重病医患的希望之光——

根据《宁波市人民政府办公厅关于开展城乡居民大病保险工作的实施意见》有关精神,我县于2014年9月正式实施城乡居民大病保险政策,保障对象为城镇居民医保和新农合参保人员,共计35万余人。大病保险是在居民医保和新型农村合作医疗基础上对大病患者的一种补助性待遇制度,城乡居民只要参加城镇居民医保或新型农村合作医疗保险,就同步参加城乡居民大病保险,无需另行缴费。参保人员在一个医保年度内,住院(特病)治疗发生的医疗费用,在按居民医保和新型农村合作医疗政策支付后,其个人累计负担的合规医疗费用超过2万元的,将由

社保卡 看病就诊“一卡通”——

2011年6月,我县正式推行社会保障卡,发放对象为职工医保和居民医保参保人员,目前全县持卡人员超过22万人,参保人员可持卡享受就诊结算、查询个人信息、金融服务等“一卡通”服务。2012年10月起,我县医保参保人员在省内异地就医实现直接刷卡,从最初的81家逐步发展到现在的128家,如杭州

的,医保基金支付比例在三级及其他医院住院提高10个百分点。

大病保险按比例支付,支付比例为50%至60%,最高限额为年度累计合规医疗费50万元,有力解决了城乡居民患大病而导致因病致贫、因病返贫问题。

“而职工医保则通过综合减负政策来减轻大病患者的医疗负担。”县人力资源和社会保障局工作人员介绍,“具体来讲,医疗费用中的个人自负、个人承担累计超过3000元的部分即可享受医疗费综合减负政策。其中,3000元以上至2万元部分补助80%;2万元以上部分补助90%。以2014年为例,共计5944名参保人员符合医保综合减负补助条件,补助资金高达1022.6万元。”

胡庆余堂第一中医门诊部、杭州方回春堂中医门诊部等名老中医门诊都可直接刷卡结算。为加快推进“一卡通”工程,逐步实现职工医保、居民医保、新农合“三保合一卡”,2014年11月,我县开展新农合社保卡试点工作,并于今年3月全面推开,目前申领人数已达10.8万人,将逐步实现“人手一卡,一卡多用”。

·政策解读

1. 医保待遇何时开始享受?

用人单位(包括个体工商户,下同)参加医疗保险后,职工自缴费次月起开始享受医疗保险待遇。失业人员和灵活就业人员首次参保时,以及中断医保缴费(包括退休延缴人员在延缴期间中断

医保缴费)超过6个月或虽未超过6个月但不愿按规定补缴,在重新恢复参保时,有一个待遇享受等待期,即在按月连续缴纳医疗保险费满6个月后,开始享受医疗保险待遇。

2. 享受退休人员医保待遇时对缴费年限有何规定?

参保人员在退休后享受医疗保险待遇的,应同时具备:按有关规定办理退休手续并按月享受养老保险待遇;医疗保险实际缴费年限累计满15年。

医疗保险累计缴费年限不符合规定条件的,按规定一次性补缴后,可享受退休人员医疗保险待遇。一次性补缴有困难的退休人员,经本人申请,可按选定的医疗保险待遇类型及相应的缴费标准

准,以本市上年职工月平均工资为基数(选择住院医疗保险待遇的,以本市上年职工月平均工资的60%为基数),按月连续缴纳医疗保险费直至达到规定年限,延缴期间享受在职职工医保待遇。延缴人员在延缴期间有条件补缴的,也可申请中止延缴,按办理退休手续时本市上年职工月平均工资为基数一次性按规定补缴余下部分的年限。

3. 医保关系接续有何时间要求?

参保人员被用人单位录用后,在接续医保关系期间中断医保缴费未超过3个月的,可按补缴时的缴费标准一次性补缴,补缴次月起对中断期间发生的医疗费可按按规定申请零星报销。

失业人员、灵活就业人员因中止医保关系(包括由用人单位中止医保关系或因欠缴而中断医保缴费),再续保时,中止或中断缴费未超过6个月的可同时申请补缴,在按补缴时的缴费标准一次性补缴后,自次月起恢复享受医疗保险待遇。其中中止或中断缴费未超过3个月的,补缴次月起对中止或中断期间发生的医疗费可按按规定申请零星报销。

将职工医疗保险关系转入市区的用人单位职工、失业人员、灵活就业人员,转移接续医保关系期间中断缴费未超过3个月的,可按按规定申请补缴,按补缴时的缴费标准一次性补缴,补缴次月起对补缴期间发生的医疗费可按按规定申请零星报销,其中失业人员、灵活就业人员转移接续期间中断缴费超过3个月的,在按月连续缴纳医疗保险费满6个月后,恢复享受医

4. 参保病人患慢性病配药量有何要求?

根据市卫生局、市人社局、市财政局三部门联合制定出台的《关于基层医疗机构部分慢性病门诊用药管理的若干规定》(甬卫发[2014]133号)文件有关要求,医务人员应根据参保人员病情进行诊治,按《处方管理办法》规定开具处方,其中《宁波市基层医疗机构部分慢性病门诊常用药品范围》内药品一次处方用药量不超过1个月量,药品限用条件按《浙江省基

本医疗保险药品目录》规定执行。

对病情稳定、依从性良好且纳入家庭医生签约管理的部分参保人员,在签约基层医疗机构使用《宁波市基层医疗机构部分慢性病门诊常用药品范围》内的68种高血压、冠心病、糖尿病治疗药品,一次处方用药量可根据病情需要适当放宽至不超过2个月量(但不实行处方外配政策),该《规定》市区范围内自2015年5月1日起实施。

5. 参保人员如何在外地就医?

参保人员到外地就医,按不同情况分别办理以下手续,医疗费可按按规定申请报销:

(1)因病需转外地就医:由就医的宁波市医保定点医院副主任及以上职称医师提出诊疗意见,填写《宁波市城镇职工医疗保险转院证明》,由定点医院职能部门通过医保系统,向医保中心代为申报,并将《转院介绍信》交予个人。转外地就医可转往中国境内当地医疗保险定点医院,每次核准限选一家医疗机构,一次核准有效期为6个月。期满或医疗费零星报销后若需继续去原转往就医的医疗机构复诊的,可凭原转往就医的医疗机构出具的复诊意见,到参保关系所在地的医保经办机构直接办理转外地就医手续,不需重新开转院证明。转往在上海、杭州两地指定的医保定点医院,发生的医疗费由个人先支付10%;转往宁波市统筹范围外其他医保定点医院,个人先自付比例分别为三级医院20%,二级、一级及其它医院25%,再按我市定点医院就医同样待遇结算。

未办理转外地就医核准手续而自行去外地就医的,由参保人员提供去外地就医前的就医资料等材料,经审核就医情况属实的,医疗费纳入医保基金支付范围,个人先自付比例在上述基础上增加5%。(2)异地居住定点医院核准手续办理:老年居民长期异地居住(6个月以上)的,可以申请异地居住

定点就医。参保人员应持异地居住地的居住证明、《医保证明》到参保关系所在地医保中心,填写《异地居住申请表》,办理核准手续,可在居住地的医保定点医院范围内自行选择就医。自办理核准手续的次月起,享受异地定点就医待遇,其在市区定点医院医保卡结算功能同时暂停。

异地居住定点医院在6个月内不可撤销。参保人员由异地返回时,持《异地居住登记表》《医保证明》到办理核准手续的医保中心办理异地定点撤销手续。

除老年居民外的其他参保人员不能办理异地居住定点医院手续。

(3)外地户籍学生因病需回原籍住院就医:代办人应持《宁波市城镇居民基本医疗保险学生异地住院申请表》(已发到各学校、宁波市人力资源和社会保障网中的城镇居民医保专栏也可下载)、宁波市内有资格出具《宁波市城镇居民医疗保险转院证明》的指定医院出具的住院诊疗意见、学生本人的《医保证明》到参保关系所在地医保中心办理核准手续。

(4)外地户籍学生假期在、学生外出地实习期间因病需回原籍地、实习地住院或门诊治疗:医疗费零星报销时应提供学校证明(说明学生所患疾病及原籍所在地或实习所在地)。

因病回原籍及假期内在原籍地治疗的,其医疗费按在宁波市相同级别医院就医的待遇结算。

打造“阳光医保”监管平台 护航全民医保

记者 金旭 通讯员 郑科技 樊梦佼

本报讯 针对医保欺诈骗保等违规行为屡禁不止现象,2014年2月,我县开始试点打造“阳光医保”监管平台。该平台通过运用智能化手段来有效强化医保源头管理,将医疗行为从事后监管转为事前、事中监管,进而实现监管方法精确化、监管手段智能化、监管渠道多样化、监管效果社会化,确保参保人员享受更加优质、便捷的医疗服务。

据介绍,按照宁波市“1318”的总体构建,未来成熟的阳光医保监管平台将包括1个基础信息库、智能提醒系统、实时交易系统、智能审核系统3个应用系统;1个监控分析平台;实现8大功能,即医生工作

站实现门诊常见病诊疗用药是否违规的智能提醒;对医保医生医疗服务行为实现实时监控;对中药饮片使用情况实现实时监控;医疗费用实现智能化审核;社保卡金融账户实现诊间结算;为医生提供调阅参保人员健康档案等信息服务;为参保人员提供就医交易费用短信实时提醒服务;为参保人员提供就医诊疗记录、医保政策、医保业务流程等信息微信平台查询服务。

目前,县第一医院、石浦台胞医院、县中医院、丹城中心卫生院等4家医疗机构已试点运行,累计工作站个数达400余个。

信息进行实时采集、实时上传、实时审核,实时提醒医生,以避免发生超量、超限、重复用药等违规情况。就诊后,智能审核将定点机构上传的数据分为违规、待核实和可疑三类,监控人员可以通过智能审核平台进行跟踪分析,对违规的数据,给予扣款或不予支付;对待核实的数据,要求医疗机构提供情况说明;对可疑的数据,由审核人员进行核实。目前,县第一医院、石浦台胞医院、县中医院、丹城中心卫生院等4家医疗机构已试点运行,累计工作站个数达400余个。

启动医保医师协议管理,全县目前已有1067名执业医师签订医保医师协议,签订率超过98%。同时,实行医保医师积分量化管理,对编造医疗文书、出具虚假医疗证明、

以医谋私、串换医保药品等违法违规行为为视具体行为和情节给予扣分。累计扣分达到全年分值12分或连续三年违规扣分达到9分以上,将解除医保医师的医保协议,1年内不再受理申请,该医师为医保患者提供医疗服务产生的相关费用,医保基金不予支付。

另外,结合“阳光医保”监管平台,进一步延伸了“两定机构”的监管触角,实现对骗保行为的精准式“亮剑”。针对民营医疗机构、异地就医等情况,加强个人大额医疗费用的跟踪稽查,对年度普通门诊费用在2万元以上的参保人员和大量报销票据进行重点核查。活动至今,已查处2家定点零售药店,暂停两定机构医保结算服务1-6个月2家次,共追回医保基金6.9万余元。