

完善医疗保障 增进民生福祉

新昌县医疗保障局 简介

一、基本情况

新昌县医疗保障局于2019年1月26日由县政府批准成立。作为政府组成部门,县医保局坚持以人民为中心的发展思想,围绕“稳中求进”的总基调,以全民参保为目标、医保改革为抓手、惠民服务为重点、基金安全为根本、专业队伍为保障,不断提升我县医疗保障工作水平,切实增强人民群众的获得感和安全感。

二、工作职责



县医保局主要职能是四大块,划入县人力社保局的医疗保险和生育保险相关职能、

医保政策和知识 问答

参保缴费

问:小张觉得自己收入较低且从未看过病,便认为城乡居保的钱都白缴了,今年就不打算缴费了,这样可行吗?

答:2020年的医保参保费用为1450元,我县对参加居民医保的人每人补贴965元(含大病保险33元),个人承担485元,可以说个人实际只需缴纳较小的比例。如果小张没有缴纳职工医疗保险,城乡居保还是需要缴纳的。

问:参加职工医保后,需要多长时间才能开始报销?

答:用人单位在职工当月参保,次月享受医保待遇。灵活就业人员首次参保或中断3个月后续保的,须参保满3个月并按规定足额缴纳医疗保险费后方可享受医疗保险待遇。

温馨提示:参加职工医保中断(或终止)后的人员,参加居民医保且全额缴费,中间连续无间断的,从缴费的次月起享受居民医保待遇。

问:单位每个月未按时缴纳医保费用,对我们使用医保卡会有影响吗?

答:这就是我们俗称的“黑名单”,若用人单位未按规定足额缴纳医疗保险费累计满2个月的,次月起该参保人员停止享受医疗保险待遇,在足额补缴所欠医疗保险费的次月起享受医疗保险待遇。

待遇及报销

问:张大妈患有胃癌,长期门诊治疗胃癌所需的费用开支,医保有什么报销待遇?

答:像张大妈这样的情况可以在县人民医院、中医院、张氏骨伤科医院申请门诊规定病种。纳入门诊规定病种后,门诊治疗可以享受住院的报销待遇,当然门诊规定病种有严格的诊断标准和治疗范围。

温馨提示:除了恶性肿瘤外,我市还有12种疾病可以申请门诊规定病。尿毒症门诊肾透析,组织器官移植后门诊治疗,脏器功能衰竭症(心、肺、肾、肝),脑瘫或脑血管意外恢复期,高血压病(有心、脑、肾、眼并发症之一者),糖尿病(合并感染或者心、肾、眼、神经系统并发症之一者),慢性再生障碍性贫血,系统性红斑狼疮,重性精神障碍性疾病,血友病,慢性乙型肝炎(活动性乙型肝炎)、乙型肝炎肝硬化、慢性丙型肝炎,耐多药肺结核。

问:小李因为市民卡丢失,又急于看病,这次的医疗费用该如何进行报销?

答:参保人员在门诊、急诊就医时应刷卡结算。在新参保未发卡、急诊未持卡、社会保障卡丢失、异地突发急诊、社保卡挂失、异地就医未能直接结算等情况时,参保患者可先行垫付,后需持发票(原件)、门诊急病历、市民卡进行手工

县卫健局的药品和医用耗材采购相关职能、县发改局的药品和医疗服务价格管理职能以及县民政局的医疗救助职能。

三、2019年度工作成效

1.推进支付方式改革。作为市级医共体预算总额管理试点县,在居民医保多年实行总额控制并确定明显成效的基础上,2019年度职工医保首次与居民医保同步开展了支付方式改革工作。医共体组实行“总额预算控制、节约留存、超支分担”,民营医疗机构实行住院“总额预算控制,超支分担”,门诊、规定病种按人头付费的复合式支付方式改革,基金运行总体平稳。7月,我县的改革方案代表绍兴市唯一的医保支付方式改革典型案例向国家医保局推送。

2.贯彻落实惠民便民政策。积极提高参保群众待遇,在市医保政策的指导下,组织实施城乡居民医保慢性病政策,将高血压、糖尿病等12种常见慢性病纳入居民医保门诊规定病种范围,开通5家连锁药店可直接刷卡购买相关药品;制定出台医疗救助制度、企业退休人员个账调整和公务员补助政策,完成新一轮公立医疗机构服务价格调整;推进上海异

报销。住院就医的还需提供出院记录等。

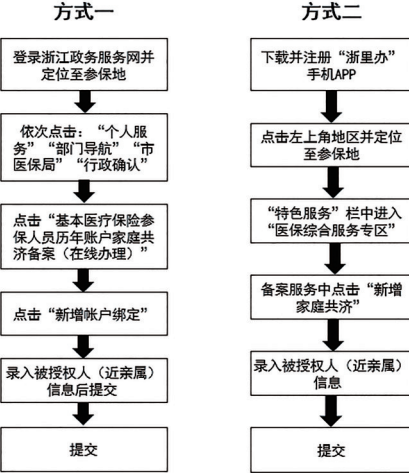
问:参加居民医保的人治疗费用超过了居民医保封顶线,超出的部分还能报销吗?

答:目前,我市大病保险起付线为2.5万元(其中特殊药品起付线8000元),封顶线为40万元,超出大病保险起付线以上封顶线以下的政策范围内费用还能报销60%。而且在刷卡结算时直接报销。

温馨提示:属于我市医疗救助对象的人员和持有《中华人民共和国残疾人证》且残疾等级在二级以上的人员,大病保险报销比例还会提高10个百分点,起付标准降低50%。如果参保人属于医疗救助对象,还可以申请获得相应医疗救助。

问:小王想办理家庭共济,需要满足什么办理条件? 具体如何办理?

答:个人账户历年结余资金家庭共济使用前,注册并登录浙江政务服务网(<http://www.zjzwfw.gov.cn/>)或下载“浙里办APP”注册并登录医保专区办理授权。流程如下:



温馨提示:建议市民通过“浙里办”APP办理,这里的操作相对更便捷。

异地就医

问:王阿姨是绍兴人,退休后长期在北京随子女居住。得知现在国家有异地就医的政策,可在北京直接结算医疗费用,不用再拿着单据回绍兴报销,想知道自己能否办理异地就医?

答:像王阿姨这样随子女在异地长期居住的老年人都是可以办理异地就医的手续。目前跨省异地就医住院费用直接结算主要覆盖四类人群:一是异地安置退休人员,也就是退休后在异地定居并迁入户籍的人员;二是异地长期居住人员,在异地居住生活且符合参保地规定的人员;三是常驻异地工作人员,用人单位派往异地工作的人员;四是异地转诊人员,因当地医疗机构诊断不了,或者可以诊断但治疗水平有限,需要到外省就医的患者。另外,为方便外出务工人员 and 外来就业创业人员,这两类人也可以申请办理跨省异

地门诊直接结算工作,扩大省内异地就医定点范围,方便就医人员报销结算。

3.加强医保基金管理工作。创新医保监管手段,积极引进第三方机构审计,全面推进视频监控,充分运用大数据分析等信息技术,打造时间上全天候、空间上全方位、过程上全流程的全覆盖监管模式。2019年共检查定点医药机构237家次,检查覆盖率100%,查处107家次,追回违规金额约354万元。组织开展基金精算平衡,评估分析2016年-2019年的基金运行数据,科学预测各险种未来三年收支趋势,提前预警基金超值和不合理医保行为等风险,为决策服务提供依据。新昌医保的经验做法先后得到成岳冲副省长、省医保局局长杨烨的批示肯定。

4.抓好医疗保障服务工作。深化医保领域“最多跑一次”改革,积极争创医保服务最便捷城市。推进全民参保工作,全县基本医疗保险参保率达到99.03%。全年累计接待办事群众62400余人次,办理参保及转移9135人次,办理医疗费用报销9083人次,完成生育保险报销3490人次,提供咨询服务20000余人次。做好困难群众医疗救助工作,全年资助符合条件的

地就医住院费用直接结算。

问:王阿姨的异地就医直接结算手续该如何办理?

答:异地就医直接结算办理程序很简单:一是办理备案,如果王阿姨目前在绍兴老家,她可以携带社保卡到本人参保地的医保中心、县内县级医院办理,直接备案到北京市。如果王阿姨目前不在老家,则可通过浙江政务服务网、浙里办APP完成备案手续。

二是持卡就医,王阿姨在完成备案手续后,只要携带社保卡就可以在北京开通跨省定点医疗机构实现住院费用直接结算了。

医保药品

问:医保药品目录中标注的“甲”“乙”是什么意思?

答:基本医疗保险出于管理需要,将医保药品目录内的药品分为甲、乙两类。甲类药品是临床治疗必需、使用广泛、疗效好,同类药品中价格低的药品。参保人使用这类药品时,可以全额纳入报销范围,按规定比例报销。乙类药品是可供临床治疗选择使用、疗效好,同类药品中比甲类药品价格高的药品。参保人使用这类药品时,要先按比例(各地不同)扣除一定的个人自理费用后,将余下费用再纳入报销范围,按规定比例报销。2020年起,我市乙类药品除进口干扰素、进口胸腺肽个人自理比例为20%外,其余乙类药品个人自理比例为3%。

问:企业在职职工李师傅就诊后看到发票上有自费、自理等项目,这有什么区别吗?

答:自费费用是指不列入基本医疗保险范围、按规定完全由参保人员个人负担的项目费用。

自理费用是指虽列入基本医疗保险范围但按规定由参保人员个人负担的费用。

自付费用是指列入基本医疗保险范围但按规定由参保人员自己负担的起付标准和报销时个人按比例负担的部分。

医疗救助

问:张大姐觉得自家经济状况很困难,想知道自己是否能获得医疗救助。那么,有哪些人可以获得医疗救助,标准是什么?

答:张大姐是否能够获得医疗救助,主要看家庭经济状况和个人医疗费用负担情况。按照我市《关于进一步加强医疗救助工作的实施意见》政策规定,医疗救助对象主要包括六类,第一类对象:特困供养人员;第二类对象:低保对象、社会散居孤儿、享受基本生活费的困境儿童;第三类对象:低保边缘对象;第四类对象:纳入低保低边的因病致贫对象;第五类对象:重点优抚对象、民政部门在册的农村“三老”人员、原精减职工享受定期定量

困难群众参保10079人,资助率100%;完成医疗救助70168人次,政策落实率100%。

四、2020年度工作目标

1.建设“全市统一”的医疗保障体系。贯彻落实“全市统一”的基本医疗保险、大病保险和医疗救助制度,完善城乡居民基本医疗政策,推行医疗保险与生育保险合并实施,全面推进以基本医疗保险为主体的覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系建设。

2.深化医疗保险支付方式改革。建立“结余留用、超支分担”的责任共担机制,组织实施职工医保和居民医保预算总额控制的复合式支付方式同步改革,优化结算管理办法。

3.创新基金监管方式。加大打击欺诈骗保力度,持续开展专项治理行动,加强智慧监管能力,继续引进第三方专业机构大数据分析,创新监管手段,探索建设信用体系和构筑行业协会,维护医保基金安全规范运行。

4.提升医保经办服务能力,深化“最多跑一次”改革,推进医疗保障服务标准化建设,全力打造“医保经办15分钟服务圈”,为人民群众提供更便捷、更优良的服务。

生育保险

问:生育后可以享受怎样的生育医疗费用定额补偿和生育津贴?

生育类型	生育津贴	生育费用
平产	128	2500
难产剖宫产	143	5000
难产助产或多胞胎手术	143	3500
4个月以下流产	15	500
满4个月流产、引产	42	1000
多胞胎每增加一个婴儿	15	0
放置(或取出)宫内节育器	0	150
经宫腔镜取环术	0	2500
输精管和输卵管吻合术	0	3000
输精管绝育手术	0	800
输卵管绝育手术	0	250

问:现在生育医疗费用可以直接刷卡结算吗?生育津贴是如何发放的?

答:参保人员在市内定点医疗机构符合国家计划生育政策的生育医疗费用或计划生育医疗费用的,其住院费用按规定定额给予直接结算。剩余部分费用如符合历年个人账户可支付范围的,由参保人员历年个人账户支付。

关于生育津贴发放:直接刷卡人员的发放。参保人员在定点医疗机构直接结算生育医疗定额补偿后,在生育次月核实生育当月的职工医保(生育)到账后,经办机构将生育津贴发放至参保人社会保障(市民)卡关联银行账户或本人指定的其他银行卡账户。

手工报销人员的发放。经办人员需在生育当月的参保人职工医保(生育)缴费到账后,方可报销生育医疗费用和生育津贴。在受理生育医疗费用和计划生育医疗费用报销申请时,一并发放生育津贴。



扫码获取更多医保资讯