

《郑州市城镇居民基本医疗保险门诊统筹暂行办法》出台

明年起,看门诊最多可报销200元

要带医保卡,可在医院直接结算
社区卫生服务中心报销比例最高60%

头疼脑热咳嗽,这些小病去医院看门诊也将纳入统筹,昨日,郑州市人力资源和社会保障局发布《郑州市城镇居民基本医疗保险门诊统筹暂行办法》,门诊统筹将从明年1月1日开始实施,新规将惠及全市150多万参保人员。

此外,在门诊统筹开始的同时,居民医保的个人账户将不再设立。
晚报记者 辛晓青/文 张翼飞/图



明年起,社区卫生服务中心门诊报销比例高达60%。

政策

门诊统筹不用额外缴费

《郑州市城镇居民基本医疗保险门诊统筹暂行办法》(以下简称《办法》)中明确,将按照每人每年50元的标准建立居民门诊统筹基金。

参加居民医保的门诊统筹还需要额

外缴费吗?文件中明确,“门诊统筹基金从居民医保统筹基金中列支。”人社局相关部门介绍,这就意味着此次的新政策不涉及个人缴费的变化,18周岁以上依然缴费180元,18周岁以下缴费30元。

社区卫生服务中心报销比例最高

为了将小病引导向基层医疗机构,从而缓解一些大医院的资源紧张,在门诊统筹中也对基层医疗机构进行了倾斜,此次《办法》中规定,“居民医保门诊统筹按照我市基本医疗保险定点医疗机构一、二类范围实行

定点管理,参保居民在其他医疗机构发生的门诊医疗费用,门诊统筹基金均不予支付。”在门诊统筹中,报销比例也是医疗机构级别越低报销比例越高,报销比例分别是社区卫生服务中心(站)60%、一类

而门诊报销所需要的经费都从统筹基金中支取。

如果在待遇支取过程中,发生了门诊统筹基金的透支怎么办?透支部分将依然从居民医保统筹基金中列支。

50%,二类40%。

此外,由于门诊的特殊性,加之要鼓励医疗机构小病小治,所以门诊统筹不设起付线,但是设置了累计最高支付限额200元,当年的额度不向下一年度累计。

未来

低水平起步,将来有望增加到300元或500元

据介绍,居民医保门诊统筹主要是为了健全我市的城镇居民基本医疗保险(以下简称居民医保)制度,逐步提高居民基本医疗保险水平,切实减轻参保居民门诊医疗费用负担,郑州市的文件也是根据国家和省里的相关文件,对郑州市的社会医疗情况进行测算,根据这几年居民医保的运行情况、个人账户的使用情况,参考了其他地方的办法,综合制定的。

“我们现在遵照的宗旨是‘低水平起步’,然后再逐步提高,并不是说明年限额200元就永远限额这么少,而是有一个增长预期的,可能下一年就是300元,甚至是500元。”一位内部人士对门诊统筹的未来进行预期。

举措

杜绝开贵药,处方超百元需审定

针对参与门诊统筹的医疗机构,《办法》制定了严格执行居民医保的政策。例如,“因病施治合理用药”一项提出了明确的处方金额管理办法,每次处方金额一类医疗机构100元以上需要医保办主任审批,200元以上由主管领导审批;二类医疗

机构200元以上需要医保办主任审批,300元以上由主管领导审批。

相关人士介绍,这主要是为了防止医疗机构乱开药,小病大治,“门诊统筹限制必须使用甲类药品,这些药基本都不贵,常见的小病甲类药品都可以满足了,所以

严查骗保确保基金安全

在基金管理方面,办法规定参保居民在定点医疗机构发生符合规定的门诊医疗费用,属个人负担部分,由个人与医疗机构直接结算;属统筹基金支付部分,经医疗保险经办机构审核后,每两个月与定点医疗机构结算一次,按统筹基金应支付额的90%拨付,预留

10%的年度质量保证金,质量保证金根据年度考核结果返还。

定点医疗机构的工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守,弄虚作假,采取隐瞒、欺诈等手段骗取基本医疗保险基金,造成居民医保基金流失的,由医疗保险经办机构予以追回;情节严重的,由人力资

这也是体现了居民医保基本的原则。”

不过针对外界担心大额处方审批给患者增加负担的问题,医保部门的人士表示,“这些都是给医疗机构和医生的限制,即是有需要审批的,这些审批的领导都在医院,也是医院去审批,不会给患者增加麻烦。”

源和社会保障行政部门取消其定点资格,构成犯罪的,依法追究刑事责任。

医疗保险经办机构工作人员、参保居民弄虚作假,采取隐瞒、欺诈等手段骗取医疗保险基金的,由人力资源和社会保障行政部门追回发生的费用,构成犯罪的,依法追究刑事责任。

算算账

取消个人账户,你是赚了还是赔了?

在门诊统筹开始的同时,办法规定将不再向参保居民个人账户划入资金,个人账户结余部分可继续使用。也就是说个人账户每年拨入的50元将不再拨付,需要看病的直接去门诊看病报销。

对于这个新情况,市民有人认为自己亏本了。市民张先生说:“过去个人账户里的钱是我的,用不用都存那儿存着的,像我一年也不感冒一次,这钱都存下来了。今后不再给钱,我觉得亏本了。”

对此医保部门的工作人员分析说:“过去个人账户里的钱虽然可以自由支配,但是一年只有50元,现在没有这50元了,给大家200元的报销额度,这是符合社会基本医保共济原则的,就是说有病的人多享受,没病的人多帮助有病的人,所以这个改革是符合共济方向的。对于健康的人可能不划算,对于有病的人则是待遇的极大提高。”

提醒

三类情况不纳入门诊统筹支付

此外,办法还规定“享受门诊规定病种医疗待遇的参保居民,可同时享受门诊

统筹待遇。”应当从工伤保险基金中支付的,应当由第三人负担的、应当由公共卫

看病要拿卡,否则不报销

以前去医院看门诊可以不带卡,今后这种情况不允许了,否则将不予报销。办法

中规定,参保居民门诊应持卡就医,门诊医疗费用通过医疗保险计算机网络直接在医院结

算;门诊就医时未使用社会保障卡结算的,门诊统筹基金不予支付,费用由个人全额负担。