

城乡居民医保并轨

A 保障范围 4类人员可享 城乡居民医保

哪些人员可享城乡居民医保?《办法》规定,在我省行政区域内不属于职工基本医疗保险覆盖范围的人员参加城乡居民医保。包括下列人员:农村居民,城镇非从业居民,各类全日制普通高等学校、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、全日制研究生以及职业高中、中专、技校学生(以下统称大中专学生),国家和我省规定的其他人员。

明年1月1日起,河南将全面实施统一的城乡居民医保制度。农村居民与城镇居民

将享同样待遇。城乡医保并轨后,医疗待遇有何变化?记者昨日获悉,河南省政府新近下发《河南省城乡居民基本医疗保险实施办法(试行)》。

据悉,《办法》将于2017年1月1日起施行,原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的相关规定同时废止。
郑报融媒记者 裴蕾
实习生 鞠丰泽

B 缴费方式 医保费 每年缴纳一次

城乡居民原则上以家庭(不包括家庭成员中的大中专学生)为单位参保缴费,大中专学生以学校为单位参保缴费。

最低生活保障对象、特困供养人员、丧失劳动能力的残疾人、低收入家庭60周岁以上(含60周岁)的老年人和未成年人以及符合规定的优抚对象等所需个人缴费部分由政府给予补贴。具体办法由各省辖市确定。

城乡居民医保费每年缴纳一次,缴费时间原则上为每年的9月至12月,缴费次年享受城乡居民医保待遇。城乡居民应按时足额缴纳医保费。城乡居民医保的保险年度为自然年度,即每年的1月1日至12月31日。

元旦起,城乡居民医保待遇“大一统” 看病报销六大变化先看清

C 都报销啥 三个医保目录范围之内可支付

《办法》规定,参保居民在一个保险年度内发生的住院医疗费用,经城乡居民医保基金按规定支付后,个人累计负担的合规医疗费用超过一定额度以上的部分,由城乡居民大病保险、困难群众大病补充保险资金按规定支付。

我省还将统一医保目录。城乡居民就医执行河南省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施范围及支付标准。参保居民发生的属于这三个目录范围的医疗费用,由城乡居民医保基金按规定支付。

这些城乡医保不支付

下列医疗费用不纳入城乡居民医保基金支付范围:应当从工伤保险基金中支付的;应当由第三人负担的;应当由公共卫生负担的;在境外就医的。医疗费用依法应当由第三人负担,第三人不承担或无法确定第三人的,由城乡居民医保基金先行支付。城乡居民医保基金先行支付后,有权向第三人追偿。

普通门诊 医疗待遇 报销比例约60%

各地可按照当地人均缴费额的50%左右建立门诊统筹基金,主要用于支付参保居民在基层定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用(含一般诊疗费)。

门诊统筹不设起付标准,报销比例60%左右,年度内累计报销额度控制在当地人均缴费额2倍左右。暂不具备建立门诊统筹制度条件的,可仍采取家庭账户(个人账户)方式支付普通门诊医疗费用。家庭账户(个人账户)计入额度参照门诊统筹人均标准确定。家庭账户(个人账户)要逐步过渡到门诊统筹。具体办法由各省辖市制定。

门诊慢性病医疗待遇 报销比例不低于65%

各地要参照原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗相关政策,选择部分需长期或终身在门诊治疗且医疗费用较高的疾病(或治疗项目)纳入门诊慢性病管理范围。门诊慢性病不设起付标准,报销比例不低于65%,实行定点治疗、限额管理。具体办法由各省辖市制定。

重特大疾病医疗待遇 统一病种、待遇和流程

重特大疾病是指临床路径明确、疗效确切且费用比较昂贵的病种(或治疗项目)。要将原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗确定的病种(或治疗项目)纳入重特大疾病医疗保障范围,实现病种统一、待遇统一、流程统一。要根据基金承受能力和疾病谱的变化,逐步增加保障病种。具体办法由省人力资源和社会保障部门会同有关部门制定。

住院 医疗待遇 住院统筹基金 年度最高支付 限额15万元

参保居民在定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费用,起付标准以下由个人支付;起付标准以上由住院统筹基金按比例支付,额度不超过住院统筹基金年度最高支付限额。

14周岁以下(含14周岁)参保居民起付标准减半。其他参保居民年度内在县级以上(含县级)医院第二次及以后住院,起付标准减半。

确定住院统筹基金年度最高支付限额。2017年度最高支付限额为15万元。

E 医保待遇 咋统一? 6类待遇 有详规

根据《办法》,我省将统一医保待遇,包括普通门诊医疗待遇、门诊慢性病医疗待遇、重特大疾病医疗待遇、住院医疗待遇(包括生育医疗待遇、新生儿医疗待遇)。

方便群众 全面开展 异地就医即时结算

值得关注的是,《办法》规定,河南将全面开展异地就医即时结算。异地就医即时结算定点医疗机构由省级医保经办机构统一确定,实行分级管理。

参保居民在定点医疗机构就医发生的医疗费用,属于城乡居民医保基金支付的,定点医疗机构先行垫付,再由医保经办机构按规定定期与定点医疗机构结算;应由个人支付的医疗费用,由本人与定点医疗机构结清。暂不具备即时结算条件的,医疗费用由本人先行垫付,出院后到参保地医保经办机构按规定报销。

积极推进支付方式改革。按照国家和我省规定,结合医保基金预算管理,系统推进按人头付费、按病种付费、按床日付费、总额预付等多种支付方式相结合的复合支付方式改革。各级医保经办机构要在定点服务协议中明确支付方式,按规定结算医疗费用。

生育医疗待遇 自然分娩不低于600元 剖宫产不低于1600元

参加城乡居民医保的孕产妇住院分娩,住院医疗费实行定额支付。定额标准为:自然分娩不低于600元,剖宫产不低于1600元。实际住院费用低于定额标准的据实结算,超过定额标准的按定额标准支付。

新生儿医疗待遇 一出生即享医保待遇

新生儿出生当年,随参加基本医疗保险的父母自动获取参保资格并享受城乡居民医保待遇。新生儿母或父参加当地城乡居民医保的,可凭其母或父身份证明、新生儿出生医学证明,以母或父身份(母或父只可选择一方)享受出生当年城乡居民医保待遇。父母不是当地城乡居民医保参保人员的,按规定到医保经办机构办理参保手续,新生儿从出生之日起享受当年城乡居民医保待遇。

