

市医疗保障局相关负责人做客政务服务便民热线

近期医保热点问题解答来了

□牡丹晚报全媒体记者 胡云华

11月8日,市医疗保障局党组书记、副局长于云华及相关科室负责人做客“政务服务便民热线”,介绍今年我市医疗保障工作情况,并现场接听群众来电,解答群众提出的问题。



医保服务申办材料减半
超半数事项即时办结

今年我市医保系统全力打造“暖心医保”服务品牌。医保服务申办材料整体精简49.8%,办理时限整体压缩68.2%,即时办结经办服务事项达58.1%,医保关系转移、异地就医等高频服务事项办理流程压缩51.6%。院端医保服务能力和医保大厅经办能力全面提升。

通过推进DRG医保支付方式改革,我市患者就医负担明显减轻。试点医院次均住院费用平均下降932.17元,其中降幅最大的达到20.18%。

我市在全国首创建设“可视化医保便民服务站”,目前共建设基层可视化便民服务站225处,实现乡镇办事处全覆盖,配套建设市区医保部门可视化工作站12处,参保群众足不出镇即可办理除医保报销结算外95%以上医保业务。

今年我市开发上线了“手机视频办医保”服务系统,参保人员可用手机与可视化便民服务站、市区区工作站及后方业务科室视频连线,通过线上传输材料、业务在线审核、电子签章确认等方式办理医保业务,打造了视频连线、一屏联审、在线办理的医保服务新模式,有效满足群众“足不出户”办理医保业务需求,解决外出务工人员异地办事难题。

未按时足额缴纳社保费
加收滞纳金或罚款

部分市民会遇到单位未按时足额为职工缴纳医疗保险费的情况,并为此担忧。

针对该问题,市医疗保障局相关科室负责人回应,

用人单位未按时足额缴纳社会保险费的,由社会保险费征收机构责令限期缴纳或者补足,并自欠缴之日起,按日加收万分之五的滞纳金;逾期仍不缴纳的,由有关行政部门处欠缴数额一倍以上三倍以下的罚款。

社保卡丢失如何补办?据介绍,参保职工可携带本人身份证前往丢失社保卡开户银行办理补卡。为确保个人账户资金正常发放,办理补卡后,需及时告知参保地医保经办机构。

参保职工去世后医保账户如何注销?据介绍,参保职工家属可携带火化证或死亡人员户口本或死亡人员身份证等证件,到参保单位所属地人社部门查询信息,工作人员核实后开具注销社保卡证明,参保职工家属携带证明前去所属银行办理社保卡医保账户注销手续。

门诊费用报销范围扩大
年最高支付2000元

门诊费用能否报销?哪些费用可以报销?部分市民对门诊报销政策不甚了解。市医疗保障局相关科室负责人介绍,为进一步减轻参保人员负担,目前我市实行了门诊统筹共济,将更多门诊费用纳入医保报销。

普通门诊报销范围由原来的大型检查(CT、磁共振、B超等)和特殊治疗项目(体外震波碎石、高压氧治疗和中医理疗、推拿、针灸等),扩大至符合基本医疗保险支付范围的、除药品和耗材以外的门诊检查、检验和康复、理疗及中医适宜技术等治疗项目(乙类首先扣除自付部分再纳入)。

在一个医疗年度内,普通门诊起付标准为200元,统筹金支付比例为70%,年度最高支付限额为2000元。

参保职工就医费用
年最高报销95万元

既然住院、门诊费用等均享有报销政策,那么,我市职工就医费用每年最高能报销多少?据市医疗保障局相关科室介绍,在一个医疗年度内,基本医疗保险统筹基金支付住院和门诊医疗费用最高支付限额13万元,大额医疗社会救助金最高支付限额42万元,住院职工大病保险资金最高支付限额40万元,共计95万元。

职工住院和门诊费用先由基本医保进行支付,基本医保支付超过13万元之后,再由大额医疗社会救助金进行支付,住院费用还可以同时享受大病保险待遇,门诊则不可以享受大病保险待遇。

参保人员住院纳入统筹的医疗费用在起付标准以上,最高限额支付以下部分,实行“分段计算,累加支付”的办法。即起付标准以上至100000元(含100000元),在职职工报销比例为87%,退休职工报销比例91%;100001-130000元,在职职工的报销比例为90%、退休职工报销比例94%。

大额医疗救助报销比例为87%。职工大病住院经基本医保和大额报销后的统筹内个人负担部分,起付线2万元,报销比例为80%,最高报销40万元。大额医疗救助不分在职还是退休,报销比例均为87%。

参保居民生育医疗费用
实行限额补助

根据荷医保字〔2021〕3号文件规定,符合计划生育政策的生育医疗费用实行限额补助,具体补助标准为:顺产500元、难产1000元、剖宫产1500元,多胞胎生育的每增加一胎增加200元。

参加居民医保的育龄妇女合法生育的,可享受生育限额补助。实际发生的生育医疗费用达不到限额补助标准的,按实际生育医疗费用进行补助;实际发生的生育医疗费用超过限额补助标准的,按规定的限额标准进行补助。

因怀孕或生育引起疾病的按住院报销政策执行,不再享受生育医疗费用限额补助。

实施计划生育、不孕不育、治疗性功能障碍的医疗费用不纳入医保支付。

参保职工生育并发症
最高报销5万元

随着我国的医保政策逐渐深入人心,“新手”父母们也开始广泛关注新生儿的参保政策问题。

据市医疗保障局相关科室负责人介绍,根据鲁医保发〔2021〕54号文件规定,对新生儿实施落地参保政策。新生儿自出生之日起6个月内办理基本医疗保险参保手续并缴费的,自出生之日起享受基本医疗保险待遇。超过6个月的,自缴费的次月起享受基本医疗保险待遇。超过12个月的,按普通居民缴费及享受待遇相应政策规定执行。

机关事业单位参保职工享受生育定额医疗费、产前检查费及生育并发症费用报销。生育医疗费用实行限额支付:顺产2200元,难产2500元,剖宫产4500元,多胎生产的每多一胎增加200元;怀孕4个月以下流产500元,怀孕4个月以上引产1800元,取放环200元,绝育及复通术800元。产前检查费用实行定额支付,最高支付标准为500元。

参保职工的生育并发症包括异位妊娠、妊娠高血压综合征、前置胎盘、早期产后出血、胎盘早期剥离。生育并发症支付标准:最高支付限额为5万元,起付线以上、30000元以内

的按85%报销;30001-50000元的按90%支付。生育时出现生育并发症的,不再享受生育定额医疗费。

参保男职工,其配偶无工作单位的,享受上述生育医疗费、产前检查及生育并发症支付标准的50%。

省内异地就医无需备案
跨省就医需备案

自2022年1月1日起,省内取消异地就医转诊制度,省内跨市就医无需提供任何备案证明材料。市外就医人员统一整合分为两大类:“异地长期居住人员”和“临时外出就医人员”。

“临时外出就医人员”省内跨市就医,无需参保地备案,个人自付比例提高10%;跨省就医,需以热线电话、“手机视频办医保”小程序、掌办网办等方式备案,个人自付比例提高10%。

对“异地长期居住人员”实行承诺备案制(个人承诺一个年度内在菏泽市外居住、生活、工作6个月以上),且一次备案长期有效,享受与参保地就医相同的医保报销比例。

未在医院联网结算的,在出院后携带发票、费用清单、诊断证明(出入院小结)等材料回参保地报销或通过“手机视频办医保”办理,10个工作日完成拨付。

省内异地急诊入院
出院即时报销

异地急诊入院可以联网报销。参保人员因公出差、探亲或准假外出期间,突发急、危重疾病在异地医疗机构住院或急诊观察的,可直接在省内异地定点医疗机构就医,出院后即时结算。如在省外急诊就医,应在入院后及时通过电话、微信等便捷方式告知参保地医保经办机构联网备案。