

把握五大目标 围绕四大提升 区医疗保障局扎实开展“不忘初心、牢记使命”主题教育



全局党员赴松岙开展初心之旅



集中学习会

通讯员 赵二联

在区委部署开展“不忘初心、牢记使命”主题教育以来,区医疗保障局党组严格落实中央和省市区委部署要求,坚定政治立场、提高政治站位,将开展好主题教育作为首要政治任务和推动医疗保障事业高质量发展的重要契机,紧扣“守初心、担使命,找差距、抓落实”总要求,把握“理论学习有收获、思想政治受洗礼、干事创业敢担当、为民服务解难题、清正廉洁作表率”五大目标,围绕“办事满意度、参保获得感、支付科学性、监管威慑力”四大提升,推动主题教育有效开展。

积极提升医保办事满意度。区医保局全面优化“最多跑一次”工作流程,加大“减窗口、减证明、减材料、减事项”力度,实现医保事项“一窗通办”,减少群众等待时间。开展医保专业知识技能大比武活动,在前期集中培训的基础上,编写

专业知识测试题,采取闭卷考试的形式,对窗口一线工作人员进行测试,切实提高经办人员业务水平和为民服务的能力。召开集体读书会,每位党员在会上忆医保人初心、谈医保事看法,为推动医保工作发展献计献策。组织全局党员赴松岙镇参加初心之旅活动,教育党员干部自觉做到履职尽责、担当作为。

着力提升医保参保获得感。在新年度城乡居民基本医疗保险参保缴费工作开始之际,区医保局指派8名业务骨干分赴各镇(街道)指导参保缴费工作,全力保证城乡居民基本医疗保险实现应保尽保,保障城乡居民享受医保权益。将高血压、糖尿病、肺结核等12种群众常见慢性病纳入城乡居民门诊规定病种范围,允许参保居民在家庭医生签约卫生院、社区卫生服务中心内配取3个月慢性药品。

扎实提升医保支付科学性。开展“四联

四跑”专题调研,由局长带队对奉化所有区级医院、镇(街道)卫生院和部分民营医疗机构、零售药店开展走访调研,通过实地查看、座谈交流,听取各“两定机构”在医保管理工作的经验和做法,研究存在困难和问题,合理确定了三个医共体医保基金总额预算额度,实行“结余留用、超支分担”的激励和风险分担机制,发挥医疗保险对医疗服务的引导和费用控制作用,引导居民首选基层看病、就近看病,助推分级诊疗。截至目前,共调研40余家“两定机构”,调研梳理问题28条,形成调研报告1篇。

全面提升医保监管威慑力。开展“督院回保”专项检查行动,增强各定点医疗机构对医保法律法规的敬畏意识。制定《奉化区医保基金监管工作提升实施方案》,通过对医保基金监管流程再造,努力推动监管工作逐步走向制度化、规范化、科学化,加快形成社会各界积极参与、齐抓共管的监管氛围。

区医疗保障局 全力守护好人民群众“救命钱”

通讯员 陈雷

维护医保基金安全是医疗保障制度安全、可持续运行的关键,也是做好医保工作的底线,区医疗保障局成立以来以勇于担当、敢于碰硬的决心,多措并举,全面加强医保基金监管,全力守护好人民群众的“救命钱”。

切实提升稽查层级。区医疗保障局对内制定基金监督制度,对外加大对定点医疗机构、药店的巡查频次,持续开展日常巡查、专项稽查和第三方抽查等,确保对全区91家定点医疗机构、112家定点药店检查全覆盖。

切实加大稽核力度。严格实施医疗监管,强化对医疗服务行为的全程监控,定期开展对定点医院、诊所和药店的现场检查,不定期抽查住院病人、药品和材料使用情况,及时处理违规服务和不合理收费行为。通过事前预防、事中监督、事后查处三道关卡,扩大医疗保险费用稽核监控范围,减少基金支付漏洞。

切实加强日常监管。在日常监督中,严格按照“两定机构”服务协议内容及监管要求,实行有针对性的巡查和抽查。同时积极推进基金监管软件应用,利用全市医保联网结算信息系统对定点医院诊疗行为进行实时智能审核、监控医疗费用,及时掌握支出过快的动态数

据,对管理欠规范存疑问题较多的医疗机构加大抽检力度,提升医保基金监管水平精细化。

切实强化工作规范。采取重点稽核和日常稽核相结合的方式,规范操作程序,对单次住院票据金额超过4万元的大额医疗费及其他可疑医疗费实行事前审核把关,对参保人员外伤费用稽查全覆盖以及定期对民政死亡人员及服刑人员的医保待遇、费用进行核查,发现问题及时纠正,最大限度减少违纪违规现象的发生。

切实增强部门联动。从2018年起每年联合卫健、市场监管等部门,根据“双随机、一公开”原则不定期对统筹地区不同等级、不同类型、不同所有制形式的定点医疗机构开展联合监管行动,对检查中发现的违规行为按规定予以相应处罚,在阶段专项治理完成后,及时开展“回头看”,针对前期存在问题整改情况进行督查。通过部门联动,加大纠正医疗保险服务违约行为的力度,进一步完善我区医保基金监督管理长效机制。

据悉,今年1-9月,区医疗保障局共检查定点医疗机构37家、定点药店102家,查处违规医药机构29家,解除医保协议5家,暂停医保费用结算19家,作出限期改正处理4家,处理医保医师4名,追回违规费用85万元,行政处罚金额37788元。

关于奉化区2020年度城乡居民基本医疗保险政策问答

城乡居民基本医疗保险是政府主办的社会医疗保险,实行个人缴费和政府补助相结合。今年10月8日起,各村、社区及街道社会保障服务机构将开始集中办理2020年度的参保缴费手续,市民可前往指定地点办理。

问:哪些人可以参加城乡居民医保,个人要缴多少钱?

答:城乡居民医保的参保对象、缴费标准见下表,本次参保缴费周期为2020年1月至2020年12月,共12个月:

参保对象	我区户籍	出生年月区间(含当日)	年缴费标准(元/人)	政府补助标准(元/人)
未参加职工基本或住院医疗保险				
成年居民A档		2000年12月31日前出生	730	2030
成年居民B档		2000年12月31日后出生	450	1030
6周岁以下婴幼儿		2014年1月1日后出生	450	630
其他未成年人		2001年1月1日至2013年12月31日前出生	200	230
在校中小学生		—	200	230
大学生		—	150	180

备注:上表中中小学生在指在我区学校就读,参保不限户籍和国籍。

本区户籍参保人员中的重点优抚对象、一级和二级残疾人、低保对象、国家供养对象(包括“五保”人员、“三无”人员及孤儿),其个人应缴纳的医疗保险费由政府全额补助,本区户籍低保边缘家庭成员,其个人应缴纳部分由财政按50%的比例给予补助。对三、四级残疾人员实行医保个人缴费部分补助250元/人/年。个人应缴部分财政补助人员的资格确认以办理参保登记日为准。

问:参加城乡居民医保后可享受什么样的医疗待遇?

答:城乡居民医疗保险待遇享受期为每年的1月1日至12月31日。

参保人员就医发生的医疗费在一个医保年度内按门诊、住院和门诊特殊病种治疗分别累计计算。门诊医疗费封顶线为4000元(成年居民B档3000元),住院和门诊特殊病种医疗费封顶线分别为30万元、25万元(成年居民B档为20万元、15万元)。门诊特殊治疗的医疗待遇限于门诊治疗形式,门诊特殊病种住院时不

设置起付线。具体医保待遇如下:

人员分类	门诊医疗费	住院医疗费			门诊特殊治疗医疗费
		起付线以下	起付线至4万元(含)	4万元至封顶线以下	
婴幼儿及各类学生	医疗费4000元(含)以下,社区医院就医,基金支付60%;三级医院就医,基金支付30%;其他医院就医,基金支付45%。医疗费在4000元以上的,基金不再支付	社区医院就医,基金支付85%;三级医院就医,基金支付80%	至30万元(含),社区医院就医,基金支付90%;三级医院就医,基金支付85%	4万元至封顶线以下,基金支付80%	25万元(含)以下,基金支付80%
成年居民A档	医疗费在4000元以上的,基金不再支付	社区医院就医,基金支付70%	至30万元(含),社区医院就医,基金支付85%;三级医院就医,基金支付75%	4万元至封顶线以下,基金支付70%	25万元(含)以下,基金支付70%
成年居民B档	医疗费在3000元(含)以下,社区医院就医,基金支付50%;三级医院就医,基金支付20%;其他医院就医,基金支付35%。医疗费在3000元以上的,基金不再支付	社区医院就医,基金支付65%	至20万元(含),社区医院就医,基金支付80%;三级医院就医,基金支付70%	4万元至封顶线以下,基金支付70%	15万元(含)以下,基金支付70%

问:成人A档、B档待遇区别在哪里?

答:门诊待遇举例:王阿姨在人民医院年度门诊总共发生医疗费用4500元,如参加的是成年居民A档,有效费用4000元封顶,最高可报1800元;参加成年居民B档,有效费用3000元封顶,最高可报1050元;A档比B档可多报销750元。

住院待遇举例:王阿姨在宁波市医院年度住院总共发生医疗费用40000元,如参加的是成年居民A档,起付线1200,自费500元,有效费用38300元,可报26810元;参加成年居民B档,起付线1200,自费500元,有效费用38300元,可报24895元;A档比B档可多报销近2000元。

问:如何办理城乡居民医保的参保缴费手续?

答:各类城乡居民应在2019年10月8日至11月27日(非工作日除外),可通过以下几种方式办理参保手续:

1. 随带身份证或社保卡原件至户籍所在地村、社区居委会及街道(乡镇)社会保障服务机构窗口办理参保手续。由他人代办的,需携带代办人身份证;

2. 随带参保人身份证或社保卡至基层的自助服务机办理参保手续。

3. 登录“浙里办”或“宁波人社(医保通)”APP,由参保人本人或亲友办理城乡居民参保手续。

浙里办办理流程如下:登陆浙里办→办事→个人办事→部门导航→奉化区→区医保局→城乡居民基本医疗保险参保登记→在线办理。

2019年10月起,城乡居民医保费征收职责由税务部门承担,参保人员在办理参保手续后可通过以下方式完成缴费:

1. 社保卡代扣代缴;
2. 登录宁波市电子税务局或“宁波税务”APP后,选用微信、支付宝和云闪付等第三方支付方式缴费或到税务服务大厅自助缴费;
3. 9家税务委托收费银行(工行、建行、中行、农行、交通、邮政、农信社、宁波银行和鄞州银行)现金缴费;
4. 街道社会保障服务机构代办缴费。

各类在校学生参保缴费手续详见《中小学生参加奉化区城乡居民医保政策问答》。

问:城乡居民医保是否随时可办理参保手续?如果在参保缴费期内漏保了还能补办吗?

答:城乡居民医疗保险按年度参保,按年度享受医疗待遇。符合参保条件的各类人员均在参保缴费期内一次性办理参保或续缴缴费手续(新生儿、补办人员除外)。

由于各种原因在年度参保(续保)缴费期内漏保的居民,可在城乡居民医保年度中间到户籍所在地街道(乡镇)社会保障服务机构及区医保中心窗口补办参保缴费手续。但为体现与按时参保缴费居民之间的公平,防止有病参保、无病不保,对漏保后补办的人员设立3个月的待遇享受等待期,自待遇享受等待期满的次月起至同期医保年度末享受城乡居民医保待遇。

其中因下列原因补办参保缴费手续的,自补办的次月起(新生儿自出生之日起)至当年度末享受城乡居民医疗保险待遇:

1. 本区城乡居民基本医疗保险中断一个月内人员。
2. 职工医疗保险参保中断次月起三个月内转入人员。
3. 部队转业(复员)转入本区户籍(学籍)次月起三个月内人员(需提供户籍学籍从部队转入证明)。
4. 本区户籍年度内新生儿在出生次月起3个月内的参保人员。其中新生儿出生后办理参保缴费手续跨医保年度的,其出生之日所在年度与下一年度分别为两个独立的医保年度,均按全年缴费标准缴纳医疗保险费,方可享受对应年度的医保待遇。

年度中补办参保缴费手续的人员,其人员类别按参保年度起始前一天对应的年龄计算,其缴费标准及医疗费支付标准、最高支付限额等按本年度全年标准执行。

参保缴费补办受理时间为每月1日至27日(非工作日除外)。

问:参保后可以在外地看病吗?

答:参保人员到外地(宁波市外)就医,按不同情况分别办理以下手续,医疗费可按规定申请报销:

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《宁波市基本医疗保险参保人员转外就医备案表》,由定点医院职能部门通过医保系统,向医保经办机构代为申报,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疗机构,一次备案有效期为12个月,期间参保人员可多次到转外就医地就医。若转往医院无条件治疗,参保人员可转往当地其他定点医院治疗,就医区域范围指当地地级市的区域范围,上海、北京、天津、重庆、海南、西藏为直辖市的区域范围或省域范围。有效期满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,不需重新开转外就医备案表。

参保人员转宁波市外门诊治疗发生的医疗费由个人承担,医保基金不予支付。转宁波市外住院或门诊特殊病种治疗项目治疗发生的医疗费(其中同时发生的普通门诊医疗费用,由个人承担),符合医保基金支付范围的,按以下四种情况在我市医保待遇基础上上浮医保基金支付比例:

- 一是经办理转外地就医核准手续后转往当地医保定点三级医疗机构就医的,基金支付比例上浮10个百分点;
- 二是经办理转外地就医核准手续后转往当地医保定点二级医疗机构就医的,基金支付上浮20个百分点;
- 三是经办理转外地就医核准手续后转往当地医保定点其他医疗机构就医的,基金支付上浮30个百分点。
- 四是未办理备案自行去外地就医,由参保人员提供去外地就医前的就医资料等材料,经审核情况属实的,基金支付比例在上述规定基础上再上浮10%。

2. 异地居住定点就医核准手续办理:参保人员长期异地居住(6个月以上)的,可以申请异地居住定点就医。

办理异地居住定点就医时,参保人员应持社保卡到参保关系所在地医保经办机构,填写《异地就医备案表》,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,其在全市定点医院医保卡结算功能同时暂停。异地居住定点就医在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》、社保卡到办理核准手续的医保经办机构办理异地定点撤销手续。

参保人员办理转外地就医(含异地居住就医)备案的,就医区域范围为当地地级市的区域范围,上海、北京、天津、重庆、海南、西藏为直辖市的区域范围或省域范围。

问:育龄妇女参保后,生育医疗费能报销吗?

答:待遇享受期内的育龄妇女发生的符合国家计划生育政策的生育医疗费(含住院分娩医疗费及妊娠期产前检查费),由医保基金按定额标准一次性补助。市区参保人员具体补助标准为:正常分娩1200元、助产术分娩1500元、剖宫产分娩2000元,不足定额或超出定额均按此标准补助,补助标准包含原政策中对农村孕产妇的住院分娩补助等其他各类补助。已享受职工配偶生育保险生育补助金的,医保基金不再补助。

分娩时可直接到市内定点医院就医,分娩医疗费由个人支付,新生儿出生后6个月内向参保关系所在地的医保经办机构申领生育医疗费定额补助。参保人员享受生育医疗待遇资格及费用定额支付标准,以《出生医学证明》中新生儿出生日期对应的城乡居保年度和对应的参保人员类别确定。