

宁波全面实施城乡居民医保制度 医保待遇不再分“城里人”和“农村人”

实施了9年的城镇居民医保和实施了13年的新农合制度均同时并入

□记者 林伟 通讯员 任社

为促进城乡居民公平享受基本医疗保险，实现医疗保险制度的城乡统筹,从2017年1月1日起,我市将全面实施新的城乡居民医保制度,参保对象、人员分类、筹资模式、经办管理、医疗待遇等主要政策实现全市统一。这意味着,宁波324万城乡居民已办理参保手续的，看病就医享受的医保待遇将不再区分“城里人”和“农村人”。与此同时,实施了9年的城镇居民医保和实施了13年的新农合制度均将同时并入。昨天,市人社局就城乡居民医保待遇、跨年度的就医结算处理等市民关心的问题作出解读。

享受六类医保待遇

明年1月1日起,我市实施了9年的城镇居民医保和实施了13年的新农合制度均并入覆盖范围更广、统筹能力更强、就医选择更宽、待遇更可持续的城乡居民医保制度。城乡居民医保年度为自然年度,即每年1月1日至12月31日。

城乡居民医保参保人员就医时发生符合政策范

围的医疗费，享受的医保待遇主要分为6类:门诊治疗待遇、住院治疗待遇、门诊特殊病种治疗待遇、转外地就医待遇、院外检查(治疗)待遇、大病保险补助待遇。

另外,对于参保的育龄妇女,其符合国家计划生育政策的生育医疗费,还可享受定额补助。

医疗费用设有封顶线

参保人员门诊就医发生的医疗费在一个医保年度内累计计算,根据就诊的医院不同,由医保基金和个人按不同比例共同承担,医疗费不设起付线,但设有封顶线。一个医保年度内累计发生的医疗费超过封顶线了,超过部分费用由个人承担。(见表格一)

门诊医疗费用的封顶线分为两类。其中,婴幼儿及各类学生、成年居民A档的封顶线为4000元;成年居民B档的封顶线为3000元。成年居民A档和B档的区分,是由成年居民的个人缴费额度确定的。

和门诊医疗费不同的是,住院医疗费设有起付线。参保人员住院(急诊留院观察和家庭病床参照住院待遇享受)发生的医疗费在一个医保年度内累计计算,起付线以下部分由个人自负,起付线以上封顶线以下部分由医保基金和个人按不同比例共同承担。一个医保年度内累计发生的医疗费超过封顶线了,超过部分费用由个人承担。(见表格二)

住院医疗费用的起付线全体居民都一样:三级医院1200元,其他医院600元,社区医院300元。封顶线同样分为了两类,其中,成年居民A档、婴幼儿及各类学生的封顶线均为30万,成年居民B档则为20万。

同时,在起付线和封顶线之间,医疗费用分段进行支付。也就是说,起付线至4万元之间和4万元至封顶线之间,市民个人承担的比例也是不同的。

此外,参保人员在指定医疗机构门诊进行特殊病

表格一	人员类别	年度内累计发生的门诊医疗费(个别县市略有不同)	
	婴幼儿及各类学生、成年居民A档	4000元(含)以下	4000元以上
		社区医院就医基金承担60%,个人承担40%; 三级医院就医基金承担30%,个人承担70%; 其他医院就医基金承担45%,个人承担55%	个人承担
	成年居民B档	3000元(含)以下	3000元以上
		社区医院就医基金承担50%,个人承担50%; 三级医院就医基金承担20%,个人承担80%; 其他医院就医基金承担35%,个人承担65%	个人承担

人员类别	住院医疗费(年度内累计计算),封顶线以上基金不再支付			
	起付标准以下	起付线至4万元(含)	4万元至封顶线(含)	封顶线
成年居民A档	医疗费在起付线以下部分由个人自负,起付线额度:三级医院1200元;其他医院600元;社区医院300元	社区医院就医由医保基金承担80%; 三级及其他医院就医由医保基金承担70%,其余由个人承担	社区医院就医由医保基金承担85%; 三级及其他医院就医由医保基金承担75%,其余由个人承担	30万元
成年居民B档		社区医院就医由医保基金承担75%; 三级及其他医院就医由医保基金承担65%,其余由个人承担	社区医院就医由医保基金承担80%; 三级及其他医院就医由医保基金承担70%,其余由个人承担	20万元
婴幼儿及各类学生		社区医院就医由医保基金承担85%; 三级及其他医院就医由医保基金承担80%,其余由个人承担	社区医院就医由医保基金承担90%; 三级及其他医院就医由医保基金承担85%,其余由个人承担	30万元

表格三	人员类别	年度内累计发生的门诊特殊病种医疗费	
	婴幼儿及各类学生、成年居民A档	25万元(含)以下	25万元以上
		成年居民A档基金承担70%,个人承担30%; 婴幼儿及各类学生基金承担 80%,个人承担20%	个人承担
	成年居民B档	15万元(含)以下	15万元以上
		成年居民B档基金承担70%,个人承担30%	个人承担

可享受大病保险

除了上述基本医保待遇外,参加城乡居民医保后,市民还可以享受大病保险补助待遇。

参保人员符合政策范围的住院和门诊特殊病种治疗医疗费中,个人自负和个人承担部分在一个医保年度内超过2万元的,超出部分可享受大病保险补助待遇,补助标准为:2万至5万元部分,补助50%;5万至10万元部分,补助55%;10万至50万元部分,补助60%。

城乡居民医保的转外地就医、院外检查(治疗)、生育医疗

费补助等其他医疗待遇,参保人员可拨打12333电话咨询,也可登录市人力资源和社会保障网查询(http://www.nbhrss.gov.cn),或到就近的医保经办机构、街道(乡镇)社保站咨询。

跨年费用这样结算

如果是城乡居民首次参保人员,在12月31日前已登记住院的,其在12月31日前已经发生的医疗费应按原渠道结清;2017年1月1日起,凭本人的《宁波市社会医疗保险病历本》(含社会保障卡)办理医保入院登记手续。

对于连续参加城乡居民医保人员,其跨年度连续住院的医疗费用,按出院结算时的城乡居民医保年度和对应人员类别进行结算。

例如,参保人员在2016年12月23日入院,2017年1月3日出院,其住院期间的所有医疗费均按2017城乡居民医保新年度医疗待遇进行累计计算,即医疗费计算到2017年1月1日至2017年12月31日这一医保年度。

不过,如果参保人员在2016城乡医保年度(2016年1月1日至2016年12月31日)内住院医疗费

累计额度已比较高,且需跨年度连续住院的,为避免占用2017城乡居民医保年度的住院累计额度,可由个人自愿选择在12月31日前结清前面的医疗费。

此外,2016年12月31日前有待遇但未参加2017年度城乡居民医保的人员,应在2016年12月31日之前结清本次住院医疗费用,2017年1月1日之后的费用由个人承担。

医保系统暂停9小时

因医保信息系统年度处理、县市原新农合参保人员纳入城乡居民医保制度及历年账户支付政策调整需要,宁波市社保局医保实时交易系统定于2016年12月31日20时至2017年1月1日5时,停止全市范围内所有医保定点机

构的实时交易结算服务,同时省级“一卡通”交易结算也将暂停。

在此期间发生的医疗费,全市职工医保参保人员、各类医疗统筹人员,可凭本人《医疗保险病历本》在定点医疗机构,选择应急记账方式结算医疗费(选择

提防不法分子诈骗

市人社局昨天还发出特别提醒:近年来,我市每次进行医保政策宣传时,社会上就会出现各种版本的电话诈骗,骗子以社保卡资料外泄、欠费停用、账户透支、领取医保补助等名义进行诈骗。

特别是近期,不法分子利用改号软件将来电号码显示为0574-12333,一步步诱骗参保人员提供身份证号、银行卡号和密码,把银行卡资金转入所谓的“安全账户”,致使部分参保人员受到经济损失。

为此,市人社局提醒市民,切勿相信来历不明的电话、短信,更不要泄露个人信息,汇款、转账给他人。参保人员遇到社保卡不能正常使用等情况,可就近前往医保经办机构咨询,也可以拨打人社部门电话咨询专线12333询问。