

我市7月1日起实施大病保险新政

大病保险待遇提高

包括降低起付标准、减少补偿分段、提高报销比例

为切实减轻大病患者医疗费负担,提高大病保险保障精准度,进一步完善大病保险制度,7月1日起,我市对大病保险政策进行调整。昨天,市人力社保局相关负责人对此进行了解读。

调整大病保险特殊药品范围

根据浙江省统一政策,2018年起,大病保险特殊药品范围从原来的18种(其中3种为罕见病特殊药品)调整为28种。

其中,思而赞、科望两种罕见病特殊药品适用对象为获得浙江省户籍满5年的参保人员,年龄不满5周岁参保人员的父母一方须获得浙江省户籍满5年。参保人员使用这28种药品且符合特殊药品限用条件及适应症条件(以药品说明书为准),个人自费的药品费用在大病保险相关起付标准以上部分可以得到大病保险补偿。

简化大病保险特殊药品配药流程

我市取消了特殊药品使用备案制,不再要求参保人员使用特殊药品进行事先备案。

参保人员使用28种特殊药品,由该药品在医保定点医院的责任医师根据适应症和限用条件开具处方,参保人员可以在医院配取药品,或通过外配处方到特殊药品配送药店配取药品。

28种特殊药品的责任医师和配送药店由相关药品生产企业选定,宁波市社会保险管理局公布。参保人员可通过宁波市人力社保局网站公告查询栏中的“服务机构名录”进行查询。

提高大病保险待遇水平

此次大病保险新政里最受市民关注的,无疑是大病保险的待遇水平将有提高。我市主要通过降低起付标准(降低2000元)、减少补偿分段(三段变二段)、提高报销比例(提高10个百分点)等措施降低或减少参保人员医疗费负担。

城乡居民医保参保人员住院和门诊特殊病种治疗时,合规医疗费中个人负担部分的大病保险待遇提高了,7月1日后结算的医疗费按新的待遇标准执行。具体待遇如下:

类别	内容	目前政策	政策调整后
城乡居民参保人员合规医疗费个人负担部分大病保险待遇	起付标准	个人负担2万元	个人负担1.8万元
	起付标准以上的补偿比例	个人负担2万元-5万元补偿50%, 5万元-10万元补偿55%, 10万元-50万元补偿60%	个人负担1.8万元-10万元补偿60%, 10万元-50万元补偿70%

(上述大病保险待遇在住院和门诊特殊病种医疗费结算时直接补偿。)

举个例子:

一参保人员住院和门诊特殊病种治疗的合规医疗费在一个年度内个人负担有30万元,政策调整后,参保人员这30万元个人负担部分享受大病保险补偿可以多报销26700元,大病保险补偿比例提高8.9个百分点。政策调整后待遇对比如下表:

报销金额计算	目前政策	政策调整后
起付标准	20000元由个人承担	18000元由个人承担
分段报销金额	20000元-50000元报销50%,为15000元	18000元-100000元报销60%,为49200元
	50000元-100000元报销55%,为27500元	100000元-300000元报销70%,为140000元
	100000元-300000元报销60%,为120000元	
合计报销金额	162500元	189200元
大病保险补偿比例	162500/300000=54.17%	189200/300000=63.07%

职工医保参保人员住院和门诊特殊病种治疗时,合规医疗费中个人负担部分的大病保险待遇如下(这次未作待遇调整):

类别	内容	目前政策
职工医保参保人员合规医疗费个人负担部分大病保险待遇	起付标准	个人负担3000元
	起付标准以上的补偿比例	个人负担3000元-2万元补偿80%, 2万元-50万元补偿90%

(上述大病保险待遇在住院和门诊特殊病种医疗费结算时直接补偿。)

此外,职工医保和城乡居民医保参保人员的28种特殊药品费用中,个人自费部分的大病保险待遇提高了,今年1月1日后发生的医疗费按新的待遇标准执行。具体待遇如下:

类别	内容	目前政策	政策调整后
所有基本医保参保人员28种特殊药品费用中大病保险待遇	起付标准	个人负担2万元	个人负担1.8万元
	起付标准以上的补偿比例	个人负担2万元-5万元补偿50%, 5万元-10万元补偿55%, 10万元-50万元补偿60%	个人负担1.8万元-10万元补偿60%, 10万元-50万元补偿70%

28种特殊药品由个人先自费结算,再到医保经办机构报销。

1月1日后发生的28种特殊药品费用可以追溯报销。1月1日至6月30日之间发生的个人自费费用,参保人员如已经到医保经办机构报销的,政策调整后待遇提高部分由医保经办机构重新计算后直接为参保人员补差,打入参保人员上次报销时预留的银行账户,请参保人员在7月中旬后查收。其中,思而赞、科望两种罕见病特殊药品已享受医疗救助的不再补差。

举个例子:

爱必妥(西妥昔单抗)是“RAS基因野生型转移性结直肠癌”使用的靶向药物,经浙江省统一价格谈判后每瓶为3600元,参保人员使用了50瓶,共18万元。政策调整后,参保人员这18万元特殊药品费用享受大病保险补偿可以多报销14700元,大病保险补偿比例提高8.16个百分点。政策调整后待遇对比如下表:

报销金额计算	目前政策	政策调整后
起付标准	20000元由个人承担	18000元由个人承担
分段报销金额	20000元-50000元报销50%,为15000元	18000元-100000元报销60%,为49200元
	50000元-100000元报销55%,为27500元	100000元-180000元报销70%,为56000元
	100000元-180000元报销60%,为48000元	
合计报销金额	90500元	105200元
大病保险补偿比例	90500/180000=50.28%	105200/180000=58.44%

健全贫困人员救助机制

新政进一步加强基本医疗保险、大病保险和医疗救助的有效衔接,健全贫困人员的救助机制。

明确了医疗救助合规范围参照大病保险合规范围,解决了此前部分大病保险合规费用,特别是特殊药品不能纳入医疗救助的问题。

明确了特困供养人员、最低生活保障家庭成员、最低生活保障边缘家庭成员、重点优抚对象、农村三老人员、孤儿、符合基本生活保障条件的困境儿童等8类人群,大病保险起付标准以下部分的合规费用可由医疗救助按规定补助。

记者 林伟 通讯员 任社

相关新闻

6月30日至7月1日 医保系统暂停实时交易结算

本报讯(记者 林伟 通讯员 任社)7月1日起,我市医保将实施新政。为此,6月30日至7月1日,我市医疗保险系统将暂停实时交易结算。

医保系统停止服务时间:6月30日23:30至7月1日6:00。在此期间宁波市医保实时交易结算系统将暂停对所有医保定点医药机构的实时交易结算服务,涉及范围包括宁波大市区域内所有医保定点医疗机构、定点零售药店、单位内部医务室。我市参保人员在宁波大市外异地就医交易结算也将暂停(宁波市外参保人员在宁波异地就医结算不受影响)。如非急诊必须,请参保人员尽量避开在此时间段就医。

医保系统停止服务期间,在定点医疗机构门(急)诊就医医疗费处理办法:宁波市职工医保参保人员(不包括参加住院医疗保险人员),可凭本人《社会保障卡》在定点医疗机构应急记账(选择应急记账的不再报销医疗费),也可以在定点医疗机构选择先由个人现金支付,事后到所属医保经办机构申请零星报销;城乡居民医保参保人员由个人现金支付,事后到所属医保经办机构申请零星报销。

医保系统停止服务期间,定点零售药店暂停提供医疗保险购药服务,发生的购药费用不实行应急记账,也不能申请零星报销。