



新城乡居民医保制度

9月1日起在市区实施

成年居民可选择A档或B档缴费类型

去社区医院就诊报销比例更高

□记者 罗湘波 通讯员 任社

9月1日起,宁波市区将先行实施新的城乡居民医保制度。今后每年,城乡居民医保年度为自然年度,即1月1日至12月31日。昨天,记者从市人力资源和社会保障局了解到,新制度实施后将实现缴费、待遇、补助等的城乡一体,以及就医结算一卡通。同时,新政策还对城乡居民医保待遇总体上有所提高。此外,余姚、慈溪、奉化、宁海和象山将在明年年底前,实施新的城乡居民医保制度。

缴费档次 成年居民分两档缴费

新政策后,宁波市区的农村居民将和城里人参加同样医保了。为了有利于原新农合的农村居民参加新的居民保险,新政策为成年居民增加了一类低档(B档)的参保类型,特点是缴费标准较低,但相应的待遇水平也较低。婴幼儿、中小学生、大学生参保不分档次。也就是说,市区成年居民可根据本人意愿按年度选择A档或B档类型,并按对应档次缴费后享受医保待遇。具体个人缴费标准,成年居民可选A档700元,B档400元;6周岁以下婴幼儿400元;其他未成年人150元。市人社局介绍,A档一年缴费虽然比B档多了300元,但待遇也相应提升。其中,门诊待遇比B档提高了10个百分点,医疗费封顶线提高了1000元;住院待遇比B档提高了5个百分点,医疗费封顶线提高了10万元。9月15日起,参保人员可以到户籍所在地街道(乡镇)社会保障服务机构办理缴费手续。其中街道或社区的办理时间为9月15日至10月27日,如果没在这段时间内办好手续,各区的医保经办机构在11月1日至11月27日的工作日受理补办。

参保待遇 参保人员可享受6类待遇

城乡居民医保参保人员,就医时就能享受相应的待遇,大致有六类。具体待遇包括:门诊治疗待遇(含急诊)、住院治疗待遇(急诊留院观察和家庭病床参照住院待遇享受)、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,参保的育龄妇女符合国家计划生育政策的生育医疗费还可享受定额补助。今年因为新老政策有交替,宁波原先实施的城镇居民医保和新农合分两步并轨到新的城乡居民医保制度,今年9月1日起市区原城镇居民医保制度不再实施,并入城乡居民医保制度;明年1月1日起市区原新农合制度不再实施,并入城乡居民医保制度。在今年9月1日至12月31日这个过渡期内,医保待遇按城乡居民医保整个年度进行计算,医疗费起付线、医疗费封顶线等待遇,按全年标准执行。之后,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。

门诊待遇 社区医院报销比例更高

新医保政策,继续鼓励市民有小毛病去社区医院看,同样医保待遇不管是门诊还是住院,都是社区医院报销比例更高。具体参见《门诊治疗待遇一览表》。在新政策中,社区医院指基层医疗机构,即市区的66家社区卫生服务中心、乡镇卫生院,及所属的社区卫生服务站、村卫生室。已纳入医保结算范围的高等院校医务室,校内参保学生门诊就医的待遇结算标准按社区医院享受。新政策首次将儿童孤独症的专科治疗列入门诊特殊病种治疗项目。门诊特殊病种治疗具体项目有以下8类:恶性肿瘤化疗、放疗;重症尿毒症透析治疗;器官、组织移植术的符合医保支付范围的术后抗排异治疗;精神分裂症、抑郁症(中、重度)、躁狂症、强迫症、精神发育迟缓伴发精神障碍、癫痫伴发精神障碍、偏执性精神病、儿童孤独症的专科治疗;系统性红斑狼疮治疗;再生障碍性贫血治疗;血友病治疗;耐多药肺结核治疗。门诊特殊病种待遇方面,可参见《门诊特殊病种治疗待遇一览表》。

住院待遇 先签家庭医生再转诊多报销3%

新政策实施后,成年居民如果需要住院,有个小窍门——先签约家庭医生再转诊,多报销3%。具体这样操作:成年居民已经办理基层医疗机构家庭医生签约的,生病可以先到签约的基层医疗机构首诊,基层医疗机构经诊断需要到上级医院住院的,将为参保人员办理转诊手续。如果转往本市二级及以上医疗机构住院的,参保人员本次住院结算的医疗费,医保基金支付比例在原基础上再提高3个百分点。举个例,城乡居民医保参保人员王阿姨办理了家庭医生签约,先去了社区中心医院就诊,中心医生经诊断后认为她需要尽快手术,为她办好了转往第一医院住院的转诊手续。王阿姨在第一医院住院10天,发生医保政策范围内甲类医疗费2万元,医保基金支付了13724元,个人支付了6276元。如果她没有签约转诊,个人需要支付6840元,签约后转诊的王阿姨少负担了564元。需要提醒的是,办好转诊手续后,要在医保转诊登记后30天内办理住院,超过30天,转诊登记就失效了。在住院治疗待遇方面,具体可参见《住院治疗待遇一览表》。

门诊治疗待遇一览表

人员类别	年度内累计发生的门诊医疗费	
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

门诊特殊病种治疗待遇一览表

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

住院治疗待遇一览表

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