

市政府常务会议原则通过城镇居民医疗保险调整方案

# 明年起, 合规合理自费项目也能报销

该政策是我市在国内首创的突破性保障措施, 更多重病患者将从中受益



□记者 连漪

因病致贫、因病返贫是人们最不愿意看到的事情, 那么除了基本医疗保险, 还有没有别的保障措施? 昨日, 市政府常务会议原则通过了城镇居民医疗保险调整方案, 合规合理自费项目纳入报销范围等三项医保政策将从明年1月1日起实施。

## 城镇居民基本医保和大病保险个人缴费合并

现状: 我市城镇居民大病保险是参保人员自愿选择参加的, 但每年都有21%左右的参保人员只选择参加基本医保, 不参加大病保险。据测算, 大病发生率为0.33%, 仅2012年城市区就有427名参保人员由于没有参加大病保险, 患重特大疾病住院后只能享受基本医保报销待遇, 少报销医疗费137.6万元, 使患者个人负担过重。

调整后: 在不增加个人缴费的基础上, 将我市城镇居民基本医保与大

病保险的个人缴费合并, 并从城镇居民医保年度筹集基金中提取6%的额度作为大病保险资金, 全体参保人员在享有基本医保的同时也享有大病保险, 以确保各项医疗保险待遇水平不降低, 同时防范未参加大病保险居民患重特大疾病承担高额医疗费用的风险。

从明年1月1日开始, 缴费标准调整为:

各类在校学生和被征地农民在现有每人每年缴纳基本医保30元和大

病保险10元的基础上, 调整为每人每年40元;

18岁以上成年人在现有每人每年缴纳基本医保120元和大病保险30元的基础上, 调整为每人每年150元;

困难家庭60岁以上老年人在现有每人每年缴纳基本医保60元和大病保险30元的基础上, 调整为每人每年90元;

低保和重残人员每人每年财政补助缴费标准保持不变。

## 婴儿出生3个月内参保, 当日即可报销

现状: 市社保局有关负责人介绍, 对于新生儿, 我市现行的医保政策为, 新生儿自出生之日起3个月内参保缴费的, 从参保缴费次月起, 可享受城镇居民医疗保险待遇。但新生儿发病率

高, 申报户口需要一段时间, 现行参保缴费政策相对滞后, 无法满足患儿的需要。

调整后: 从明年1月1日开始, 新生儿自出生之日起3个月内参保缴费

的, 从缴费当日起享受城镇居民医保待遇至当年年底, 参保缴费时正在住院的, 当次住院发生的在城镇居民医保政策范围内的医疗费用纳入报销范围。

## 合规合理自费项目纳入报销范围

城镇居民几乎都有基本医疗保险保障, 但城镇职工基本医疗保险最高支付限额仅为12万元, 如果看病超过基本医疗保险的保障范围该怎么办?

现状: 自2012年1月1日起, 我市对大病保险政策进行了调整, 对于参保居民单次住院发生的医疗费用, 属统筹基金支付范围的, 在基本医保统筹基金按比例支付后, 其个人负担超过6000元(明年将调为8000元)的部分, 由大病保险资金对超过部分按50%进行二次报销, 年度最高支付限

额为16万元。

调整后: 按照《河南省人民政府办公厅转发关于开展城乡居民大病保险工作实施意见的通知》要求, 对个人年度累计负担的医疗费用超过上半年城镇居民人均可支配收入的部分报销50%, 根据预测我市2013年城镇居民人均可支配收入将达到2.5万元。

基于此, 从明年开始, 我市城镇居民大病保险待遇将提高为:

参保居民单次住院发生的医疗费用中, 属城镇居民基本医保统筹基金支

付范围内的部分, 在基本医保统筹基金按比例支付后, 其个人负担部分超过8000元的部分, 由大病保险资金对超过部分按50%的比例给予“二次报销”。

参保居民个人年度多次住院发生的医疗费用, 在基本医保及“二次报销”支付后, 个人年度累计负担的住院医疗费用(含合规、合理的自费部分)超过2.5万元的部分, 由大病保险资金对超过部分按50%的比例给予“再次报销”, 大病保险资金年度个人最高支付限额为16万元。

## 算算账, 看看看病是否更有保障

市社保局有关负责人说, 对参保人员来说, 此次调整最大的亮点莫过于合规合理的自费项目被纳入了报销范围。

所谓合规合理的自费部分是指: 1. 临床对症治疗, 直接用于患者基本治疗的必需的药品费用和诊疗项目费用; 2. 急救、抢救期间必需的药品费用和诊疗项目费用。非基本治疗必需的诊疗项目费用和药品费用不纳入城镇居民大病保险报销范围。

这意味着什么? 该负责人为我们

算了一笔账, 您可以结合图表来看:

按照原标准, 假设一个参保人一次住院花了12万元, 其中2万元为自费项目, 那么按照基本医疗费用60%的报销比例, 该参保人首先可以报销6万元, 剩余4万元除去自己承担的8000元, 剩余3.2万元可以享受50%的“二次报销”, 即再报销1.6万元, 共报销7.6万元。也就是说, 该参保人此次看病将独自承担4.4万元。

按照新标准, 在报销7.6万元的基础上, 剩余的4.4万元超出了上年度人均

可支配的2.5万元, 超出的1.9万元, 可享受50%的“再次报销”, 为9500元。12万元中, 个人只需要承担3.45万元。

如果在同一个报销年度内, 该参保人又产生了5万元的住院花费, 除去60%的基本医疗报销3万元以及“二次报销”的6000元, 剩余的1.4万元可直接享受50%的“再次报销”。5万元中, 个人只需要承担7000元。

该负责人说, 这个政策是我市在国内首创的突破性保障措施, 更多重病患者将从中受益。

