

昆明市调整医疗保险待遇

三级医院住院起付线降至880元

昨日,记者从调整昆明市医疗保险待遇有关事项新闻发布会获悉,从今年12月1日起,昆明市针对省本级和市本级两个统筹区存在的参保范围及人员、单位缴费比例、住院起付线、居民住院个人自付、最高支付限额、门诊“两特病”待遇等方面的差异,对昆明市城镇职工医疗保险、城乡居民医疗保险政策等相关政策进行相应调整,进一步消除同城差异。

本次调整自2019年12月1日起执行,执行之前发生的医疗费用不予追溯医疗保险待遇。将直接惠及昆明市560余万参保人,医保基金预计多支出8600万元,进一步减轻昆明市人民群众看病就医的个人负担。

调整

住院起付线 对标省本级医疗机构住院起付标准

昆明市城镇职工、城乡居民每次定点医疗机构住院起付标准全面对标省本级,三级定点医疗机构的由1200元调整为880元,二级定点医疗机构由500元调整为550元。

最高支付限额 从25.9万提升至41万

昆明市城镇职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额由5.9万调整至6万,重特病医疗统筹基金最高支付限额由20万调整至35万,合计最高支付限额41万。

“此项调整统一了昆明市职工、居民基

元,一级及其以下定点医疗机构从200元调整为400元。此项调整对标省直医疗机构住院起付标准,降低了参保人在三级医疗机构个人支付压力。

本医疗保险统筹基金最高支付限额,实现了对标省直职工统筹基金合计最高支付限额,扩大了重特病患者保障范围,减轻患者高额费用负担。”昆明市社会保障局局长闫晓陵说。

案例点击

某在职职工参保人在三级医院住院1次,发生医疗费用总额40万元,全自费5万元,政策范围内医疗费用35万元。

政策调整前:该参保人符合医保政策费用1200元以上的部分才可以纳入报销,基本统筹基金支付5.9万元,重特病基金支付20万元,合计报销25.9万元,个人负担合计达到了14.1万元,实际报销比例为64%。因报销已达25.9万元最高支付限额,当年度内无法再次享受医保统筹报销待遇。

政策调整后:该参保人符合医保政策范围内费用达到880元以上的部分即可享受住院报销待遇,基本统筹基金可支付6万元,重

特病基金支付26.02万元,合计报销32.02万元,自费7.98万元。实际报销比例为80%。因全年待遇报销总额提高到了41万元,当年度内还可享受到近9万元医保统筹报销待遇。

调整前后对比:仅就此次住院,调整前后对比下来,参保人可以多报销近7万元。从全年报销待遇对比,参保人可多享受到16万元的医保报销待遇。

门诊“两特病”待遇 统筹基金每年最高报销限额提升为5000元

城镇职工门诊慢性病待遇,起付标准为300元,统筹基金报销比例为80%,个人自付20%。单一病种统筹基金年度报销限额为2000元,每增加一个病种,报销增加1000元,统筹基金每年最高报销限额提升为5000元。城镇职工、城乡居民特殊病门诊待遇,按照住院待遇标准执行,一年支付一次起付标准,门诊特殊病统筹基金起付标准与住院统筹基金起付标准分别计算。此项调整实现对标省直职工门诊“两特病”待遇,加大门诊“两特病”患者的保障力度。

案例点击

昆明市某单位的职工参保人申办了“高血压、糖尿病、支气管哮喘、甲状腺功能亢进”4个慢性病门诊待遇。

政策调整前:该参保人慢性病医疗费用需要达到550元以上,才可以享受慢性病报销待遇;申办病种合计2个及以上的,全年报销合计为3000元。

政策调整后:慢性病医疗费用在300元以上部分即可享受报销待遇,因申办病种达到了4种,全年报销合计提高到了5000元。

调整前后对比:一是降低了报销“门槛”,二是全年可多报销2000元。

链接

昆明市城乡居民医疗保险 新增高血压糖尿病待遇

在医疗保障方面,昆明市还做了其他为民解忧的实事,调整了城乡居民医疗保险待遇。包括对城乡居民大病补充医疗保险待遇,新增了城乡居民“高血压”“糖尿病”两病待遇,并将开展长期护理保险试点工作。

提高大病补充医疗保险待遇

提高了城乡居民大病保险保障能力。原来的城乡居民参保人需要个人自负累计达到2万元以上才可以享受大病补充保险待遇。而调整后,参保人个人自负累计达到1万元即可享受到大病补充医疗保险待遇,其中,1万元到4万元报销60%,4万元到5万元报销70%,5万元到15万元报销80%。有效降低了居民医保参保人大额医疗费用个人负担。

此外,昆明市还加大了对贫困人口的政策倾斜。针对低保、重残、特困供养人员,其个人自负累计达到5000元即可享受到大病补充保险待遇,且其大病补充医疗保险报销比例与普通居民参保人相比提高了5个百分点;建档立卡贫困人口更是在享受以上待遇基础上取消了其大病补充医疗保险支付限额。

新增“门诊两病”待遇

据介绍,目前昆明市城乡居民医保与城镇职工医保相比,没有门诊慢性病报销待遇,而其中糖尿病、高血压两种疾病发病率高,涉及人群面广,对广大的居民医保参保人中的两病患者来说,其相关的门诊医疗费用是一笔不小的负担。

昆明市从2019年11月新增了城乡居民“高血压”“糖尿病”两病待遇。被确诊为“两病”的居民医保参保人,均能在我市二级及以下定点医疗机构享受相应门诊两病待遇,其发生的相关药品费用可报销50%,年度内最高可报销400元。该项政策的实施,能有效减轻城乡居民门诊用药费用负担,不断提升人民群众获得感、幸福感、安全感。

将开展长期护理保险试点工作

当前,昆明市正面临严峻的老龄化问题,据统计昆明市现有109万60岁以上老龄人口,占全市户籍人口的19.7%,全市156万职工参保人员中退休人员达到43万余人,占比高达27.6%,老龄化程度远超全国平均水平,为有效应对人口老龄化、保障失能人员基本生活权益,提升失能人员生活质量,昆明市开展了对长期医疗照护保险的研究和探索,经过大量的数据测算,调查研究及可行性论证,已经草拟形成了《建立昆明市长期护理保险制度的意见》(试行),长护保险实施办法和相关配套文件也在准备之中。

昆明市即将成为第二批长期护理保险试点城市。在正式成为试点城市后,昆明拟在2020年先期对城镇职工医保参保人员开展相关试点工作,在筹资和保障能力具备时,将逐步扩大到城乡居民医保参保人员。

本报记者 罗宗伟

提醒

我省医疗保障信息系统 12月29日至31日停机

记者昨日从云南省医疗保障局获悉,为构建更安全、可靠、稳健运行的医疗保障信息系统,并做好2019年医疗保障年度结转工作,全省医疗保障信息系统将于12月29日零时至12月31日24时统一停机。省医保局提醒参保人员持卡就医购药、异地就医直接结算,避开这一时间段,不跑冤枉路。

据介绍,系统停机期间,医疗保障信息系统停止对外服务,全省医保定点医药机构就医购药实时交易、异地就医直接结算、各级医保经办业务办理、报销等医疗保障应用对外停止服务。

各级定点医疗机构对2019年12月28日前符合出院条件的办理出院手续;需要继续治疗的,可继续住院治疗,不做跨年度结转,参保人停机期间产生的医疗费用在医保信息系统开机后进行补录,进行正常结算;在停机期间,参保人发生的门诊急诊抢救医疗费用按参保地政策由参保地医保经办机构手工报销;因停机期间造成参保人无法直接结算的医疗费用,各州、市应按手工零星报销渠道进行处理。

在医保信息系统停机前和恢复后,对发现和需要协调解决的问题,可拨打各州、市联系电话及时联系,确保工作的顺利完成。省医保局联系电话:0871—67195896,67195897,67195329。

本报记者 赵维

春城晚报

开屏新闻App
理想生活 即刻开屏

