

构建医疗保障体系 为广大群众撑起“保护伞”

日前,常州市医疗保障局武进分局上线“政风热线”,该局党组书记、局长周培根,副局长秦羽,常州市医疗保障管理服务中心武进分中心主任裴利军,就医保经办服务下沉、今年医疗救助对象的报销待遇情况、长期护理险等回答提问。

问: 现在社区也可以办理异地就医,那么具体可以办理哪些业务呢?

答: 近年来,国家明确提出要大力推进医保经办服务下沉,方便群众。医保部门从2021年起开始大力推广“15分钟医保服务圈”建设,截至目前,我区已经完成1个省级示范点、13个市级示范点。范围包括全区所有的10个镇级便民服务中心和南夏墅大学新村三社区、南夏墅三河村、牛塘镇卢家巷村、牛塘镇丫河村4个村级医保便民服务站。

今年,我区在新建2个“15分钟医保服务圈”省级示范点的同时,进一步推进医保公共服务进村入户。根据《2023年度常州市医保公共服务建设实施方案》安排,

高质量推进村(社区)医保服务点建设,确保在12月上旬前完成村(社区)服务点全覆盖,所有的这些村(社区)都将严格按照《江苏省村(社区)医保公共服务点基本建设标准(试行)》的要求,提供“2+13”服务,即直接办理城乡居民参保登记和参保人员参保信息查询,同时为医保个人账户查询、参保缴费历史记录查询、长期异地居住人员备案线上申请、临时外出就医人员备案线上申请、异地就医备案信息查询、家庭共济账户绑定、家庭共济账户解绑、门诊费用报销线上申请等13项业务提供帮办代办服务。



区医保窗口业务办理

问: 今年以来长期护理险是否有新的政策调整或变化?

答: 为贯彻落实国家、省相关文件要求,进一步完善我市长护险失能评估工作,自今年10月1日起,我市全面实施应用国家长期护理失能等级评估标准开展长护险失能评估工作,执行国家的评估指标及评估结果。

执行国家《评估标准》,参保人员因疾病导致失能的,需提供以下与失能发生相关疾病的病历等材料:

1. 失能相关疾病的病历资料,病史满6个月,且病情已基本稳定。病历资料包括有效的医学诊断证明、门诊病历、病理报告、手术记录、出院小结、主要检查报告等材料。
2. 认知能力或感知觉与

沟通能力重度受损或影响失能等级的,参保人员需提供以下材料中的一种,如不能提供则按《评估标准》中《日常生活活动能力评估表》得分确定失能等级:

- (1)综合或专科医院的神、精神、眼科、耳鼻喉科医师出具的有认知功能或感知觉与沟通功能中度、重度受损的相关疾病医学诊断证明及检查资料;
- (2)具有一、二级智力残疾证;
- (3)具有一、二级视力盲和一、二级听力残疾证;
- (4)其他认知功能或感知觉与沟通功能中度、重度受损的佐证材料。

按照平稳过渡原则,做好原《市评估标准》和国家《评估标准》的衔接切换工作,对2023年10月1日前已评估为中度、重度失能的参保人员,首次期末评估过程中向医保经办机构提出复评申请的,可按市评估标准复评。按《市评估标准》评估结论改变的得主费用由长期护理保险基金按200元/次的标准支付,结论未改变的复评费用由参保人员承担。

另外,在评估结果公示环节,在原来的线上公示的同时增加了线下公示,公示地为拟评定为失能人员常住地所在社区或者自然村(组),公示期仍为7天。

问: 今年医疗救助对象的报销待遇和去年相比有什么变化?

答: 对救助对象在定点医疗机构就医发生的医保政策范围内的门诊和住院医疗费用,经基本医疗保险、大病保险支付后,个人自付医疗费用给予救助,具体为:门诊、住院、双通道单独支付药品、特定病药品给予80%比例救助(其中特困供养人员、困境儿童中的孤儿和事实无人抚养儿童给予100%比例救助),普通门诊救助限额1万元;住院、门诊慢性病、门诊特殊病、双通道单独支付药品、特定病药品等共用救助限额20万元。

另外对医疗救助对象再实施倾斜救助。医疗救助对象在定点医疗机构就医发生的医保政策范围内的门诊和

住院等医疗费用,经基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重制度保障后个人实际自付费用超过1万元部分,再给予倾斜救助。具体为:一个年度内个人实际自付医疗费用在1万元至5万元以内的,给予50%救助;超过5万元以上部分,给予70%救助。

去年,医疗救助对象的门诊救助最高限额为1000元;住院、门诊慢性病和特定病(不包括双通道单独支付药品和特定病药品费用)的最高支付限额为15万元。今年的救助待遇与去年相比,不仅最高支付限额有所提高,而且救助范围进一步扩大,囊括了双通道单独支付药品和特定病药品,还额外增设了倾斜救助待遇。

问: 医疗保障关系到千家万户,接下来,武进医保分局还将在哪些方面进行提升,让群众得到更好的医疗保障服务?

答: 下一步,武进医保部门将按照区委、区政府和市医保局的工作要求,紧紧围绕年度工作目标,咬紧时序进度,深挖工作潜能,确保高质量完成目标任务,重点推进以下工作:

一是持续做好基本医保参保扩面工作。10月1日起,2024年度武进区居民医保(含长护险)集中参保缴费工作正式启动,符合参保条件的群众可参照今年缴费标准踊跃参保。

二是继续深化“15分钟医保服务圈”建设。全面启动非建制镇医保服务网点建设,积极推动医保基本公共服务下沉,接通医保服务群众“最后一

步路”,确保群众在“家门口”就能享受到便捷、高效的医保服务。

三是稳步推进长期护理险工作。将进一步加强技能培训和稽核考核力度,全面挤压长护险水分,切实提高广大人民群众的满意度。同时和卫健部门通力配合,落实家庭医生签约服务和家庭病床制度。

四是助推异地就医直接结算政策落实。将进一步扩展异地就医定点零售药店数量,落实好异地长期居住人员承诺制备案、多地备案政策,以放开异地急诊备案为工作突破点,确保群众在异乡更有“医靠”。

五是持续推进医保信息化建设。将继续推进所有二、三级医院完成信用就医、江苏医保云接入,参保用户可通过下载“江苏医保云”App开通医保电子凭证服务功能,申领激活后能领取个人专属的“医保二维码”,只需“扫一扫”即可实现挂号、就诊、购药、支付等“一码通行”。

六是严格规范医保基金监管。按照《2023年常州市医疗保障基金监督检查工作计划》部署,武进医保部门将继续保持打击医保欺诈骗保的高压态势,高质量完成全区定点医药机构全覆盖检查任务。



村民在滄里鎮東安村辦理醫保業務