

医保“一证通”年底前普及

可在55家定点医院使用,惠及190万参保职工

本报记者 王海龙

作为济宁市人力资源和社会保障局向社会公开承诺的重要事项之一,在全市范围内实施《医疗保险证》“一证通”工作将在年底之前完成。该政策将覆盖190万参保职工,并极大地方便他们住院就诊,参保人员持《医疗保险证》可到市内55家各级医疗保险综合定点医院就医,不再办理转诊转院手续,不增加个人负担比例。



▲患者家属正在办理报销手续。

“跑腿”“垫钱”将成历史

“我是一个老病号,亲身感受到‘一证通’实施前后的各种便利,这确实是政府为百姓办的一件大好事啊……”9月7日上午,记者在济宁医学院附属医院采访时,已经先后两次住院的肿瘤患者戚先生激动地告诉记者。

据戚先生介绍,他在济宁某县区的一家企业工作,去年患上了肿瘤疾病。限于当地医疗条件,戚先生不打算在当地的医院就诊,于是来到了济宁医学院附属医院。“刚开始来治病的时候,我们什么都不懂,不知道还

要办理转诊手续,还要有自付比例,还要自己先垫钱再拿回当地报销,实在是太麻烦了”戚先生谈起“一证通”未实行之前,自己看病的种种不便之处。

得知实行了“一证通”后,戚先生感叹政府办了一

件大好事。

“我们实行‘一证通’就是解决参保职工‘跑腿’和‘垫钱’这两大难题”在“一证通”惠及参保职工方面,济宁市医疗保险处医管科副主任纪志强给出了最直接的解释。

惠及190万参保职工

采访中,济宁市医疗保险处刘学杰主任告诉记者,参加城镇职工和城镇居民医疗保险的人员持《医疗保险证》在济宁市内任何一所综合定点医院就医住院,不再办理转诊转院和异地就医手续,不增加个人负担比例,出院时除

了个人应付的医疗费,其余费用由医院同医疗保险经办机构结算。参保人员在医疗保险综合定点医院住院和特殊疾病门诊治疗的,按参保所在地规定的医疗费支付比例结算。参保人员发生的医疗费需医疗保险基金支付的部分先由

定点医院垫付。

目前,济宁市的“一证通”工作正在稳妥有序地运行,根据全市医疗保险定点医院联网结算情况和参保人员就医分布情况,第一批实施“一证通”的定点医疗机构主要是一些医保工作基础较

好、医保系统完善、住院病人较为集中的市直医疗保险综合定点医院、县市区和兖矿集团二级以上(含二级)医疗保险综合定点医院。全市190万医疗保险参保人员可在医保定点的55家医院就医,住院报销实行联网直接结算。

一笔明白账诠释“一证通”

济宁医学院附属医院医保处副主任、会计师谢龙涛以患者戚先生为例,给记者简单地算了一笔参保病人通俗易懂的报销账,形象地描述出“一证通”实行后,参保病人得到的诸多实惠。

比如,“一证通”实行前,戚先生来办理了转诊手续后来到济宁治病,住院期间共计花去医疗费1万元。按照当地的医疗保险管理规定,戚先生需要支付20%的自付比例,也就是说1万元之中有两千元是绝对不予报销的。随后,根据当地规定的医保基金报销比例80%,戚先生只能报销剩余八千元的80%。最后,戚先生能够报销6400元。而这笔1万元的医疗费,戚先生必须预先支出,等到出院后,再拿着病历、诊断证明、花费清单等各种手续,到当地医保部门报销。

“一证通”实行后,戚先生只需拿着自己的医保证,就可以到指定的55家综合性定点医院直接住院治疗。花费1万元医疗费后,戚先生出院的时候,就可以直接从参保病人出院结算处领取报销费用,按照规定保险比例80%,戚先生可以直接领取8000元报销。