

四部门发文明确新冠病毒感染患者治疗费用医保相关政策

新华社北京1月7日电(记者 彭韵佳)为保障新冠患者不因住院费用问题影响治疗,国家医保局、财政部、国家卫生健康委、国家疾控局四部门日前印发《关于实施“乙类乙管”后优化新型冠状病毒感染患者治疗费用医疗保障相关政策的通知》,规定对住院的新冠患者延续“乙类甲管”时的政策,全额保障新冠患者的住院费用。

通知明确,新冠患者在所有收治医疗机构发生的,符合卫生健康部门制定的新型冠状病毒感染诊疗方案的住院医疗费

用,由基本医保、大病保险、医疗救助等按规定支付后,个人负担部分由财政给予补助。该政策以新冠患者入院时间计算,先行执行至2023年3月31日。

此外,参保患者在基层医保定点医疗机构发生的与新冠治疗有关的(医保目录范围内)门急诊费用,原则上不设起付线和封顶线,报销比例不低于70%。具体规定由地方医保部门商财政部门根据医保基金运行情况研究确定,先行执行至2023年3月31日。参保患者在其他医疗机构发生的新冠

门急诊治疗费用,按照其他乙类传染病医保报销政策,对纳入医保范围的看病和药品费用,应报尽报。

为保证新冠患者能够得到及时治疗,通知要求各地卫生健康部门要及时公布提供“互联网+”医疗服务的医疗机构名单,对于行业部门允许针对新冠病毒感染开放的互联网首诊服务,按规定为出现新冠病毒感染相关症状、符合《新冠病毒感染者居家治疗指南》的新冠患者提供医保移动支付结算服务,各地医保部门可按线

上线一致的原则配套互联网首诊医疗服务价格政策,报销标准与线下一致。

通知明确,决定临时扩大医保药品目录,先行执行至2023年3月31日。现行版国家医保药品目录有治疗发热、咳嗽等新冠症状的药品660种,在此基础上,新型冠状病毒感染诊疗方案内包含的新冠治疗药品也实行医保临时支付政策。药品仍然不足的地方医保部门参照各省联防联控机制认定的新冠病毒感染治疗药品目录,结合医保基金运行情况,可临时性扩大医保药品目录。

新华社北京1月7日电 国务院联防联控机制综合组1月7日印发《新型冠状病毒感染防控方案(第十版)》。新版防控方案倡导疫苗接种和个人防护,调整了传染源管理方式和检测策略,优化了重点环节防控,并明确在疫情流行期间采取紧急防控措施。

方案要求,要坚持常态化防控和疫情流行期间应急处置相结合,压实“四方责任”,提高监测预警灵敏性,强化重点人群保护,实现“保健康、防重症”的工作目标,最大程度保护人民生命安全和身体健康,最大限度减少疫情对经济社会发展的影响。

高龄老人、有基础性疾病的患者等是新冠病毒感染的重症高风险人群。根据方案,倡导公众特别是老年人积极主动全程接种疫苗和加强免疫接种;对高风险人群,在完成第一剂次加强免疫接种满6个月后,可进行第二剂次加强免疫接种。强调“每个人是自己健康的第一责任人”,坚持勤洗手、戴口罩、常通风等良好卫生习惯,加强个人防护。

在优化检测策略方面,方案明确,社区居民根据需要“愿检尽检”,不再开展全员核酸筛查。对有关就诊人员和住院患者、养老机构、社会福利机构等工作人员和被照护人员、社区重症高风险人员等开展抗原或核酸检测。明确社区保留足够的便民核酸检测点,保障抗原检测试剂充足供应,保证居民检测需求。

在调整传染源管理方式方面,方案明确,对新型冠状病毒感染者不再实行隔离措施,不再判定密切接触者,不再划定高低风险区。对新型冠状病毒感染者实施分级分类收治要求,未合并严重基础疾病的无症状感染者、轻型病例可采取居家自我照护,其他病例应及时到医疗机构就诊。

当前,我国正加快构筑基层健康防线,预防和减少新冠病毒感染重症发生。方案明确了流行期间采取的紧急防控措施。在疫情流行期间,结合病毒变异情况、疫情流行强度、医疗资源负荷和社会运转情况综合评估,适时依法采取临时性的防控措施,减少人员聚集,降低人员流动,减轻感染者短时期剧增对社会运行和医疗资源等的冲击。

国务院联防联控机制综合组印发第十版新型冠状病毒感染防控方案

感染新冠后,看病吃药咋报销?

——多地出台医保政策减轻群众费用负担

新华社北京1月7日电 感染新冠后,就诊费用医保怎么报?患者网上看病医保能报销吗?哪些新冠病毒感染相关用药被临时纳入医保?

1月7日,国家医保局等四部门联合发布《关于实施“乙类乙管”后优化新型冠状病毒感染患者治疗费用医疗保障相关政策的通知》,对优化医保支付政策、执行临时医保药品目录,做好“互联网+”医保服务等作出明确规定。

记者了解到,面对新冠疫情防控新形势新任务,近期已有多个省份陆续出台相关医保政策,减轻群众就医用药费用负担。

明确新冠感染就诊医保报销比例

国家医保局等四部门此次对新冠患者门诊、住院费用的相关医保政策进行了明确。其中,参保患者在基层医保定点医疗机构发生的与新冠治疗有关的(医保目录范围内)门急诊费用,原则上不设起付线和封顶线,报销比例不低于70%。具体规定由地方医保部门商财政部门根据医保基金运行情况研究确定,先行执行至3月31日。

据了解,安徽省2022年12月底出台临时性保障政策,明确参保人员在门急诊治疗新冠病毒感染可报销70%医药费,不设起付线、报销限额。各级医院乃至村卫生室等定点医疗机构均纳入新冠病毒感染门诊统筹结算范围。

安徽省铜陵市市民田女士告诉记者,

最近,她因新冠病毒感染到医院就诊。医生根据病情,为她开具了共540元的治疗药物,医保为其报销了378元。“看病的花销可以负担,我对接下来的身体恢复也有信心。”田女士说。

记者从安徽省医疗保障局了解到,截至2023年1月3日,全省新冠感染门诊医保系统已即时结算2.38万人次,医保基金支付241万元,次均报销费用101元。

此外,福建省泉州市医保局晋江分局局长黄长沙介绍,在门诊方面,晋江当地参保人员在医保定点基层医疗机构就医,可享受普通门诊待遇,在乡镇卫生院(社区卫生服务中心)就诊,报销比例为70%。

网上寻医问药纳入医保支付范围

随着各地互联网医院开通新冠门诊、发热门诊等服务,网上就医成为不少患者的首选。

就做好“互联网+”医保服务,此次发布的通知明确,对于行业部门允许针对新冠病毒感染开放的互联网首诊服务,按规定为出现新冠病毒感染相关症状、符合《新冠病毒感染者居家治疗指南》的新冠患者提供医保移动支付结算服务。

近日,广东省出台新举措,将参保新冠患者在“互联网+”医疗服务定点医疗机构首诊产生的诊查费和药品费,以及在基层医疗机构发生的新冠病毒抗原检测费用等,纳入医保支付范围。

“此前互联网医院只有复诊产生的医药费可以通过医保报销,现在参保新冠患者首诊可以报销了。”南方医科大学珠江医院医保部副主任李超说,有些居民有新冠病毒感染症状,但没有检测的,线上医生也会根据具体的病情特点,对症开药。

38岁的广州市民陈女士日前因发烧、流涕等,在南方医科大学珠江医院互联网医院就医。缴费时,陈女士使用医保支付,总费用50多元的药物,她个人仅支付18.62元。“在线接诊的医生十分专业,回复也很细致,医保支付很方便。”陈女士说。

此外,山东省近日也发布通知,明确将新冠相关症状互联网诊察费纳入基本医疗保险支付范围,与线下报销政策一致。

多种治疗药品被临时纳入医保

在新冠患者用药保障上,国家医保局等四部门明确,新型冠状病毒感染诊疗方案中新冠病毒治疗药品延续医保临时支付政策,先行执行至2023年3月31日。同时,药品仍然不足的地方医保部门参照各省联防联控机制认定的新冠病毒感染治疗药品目录,结合医保基金运行情况,可临时性扩大医保药品目录。

近日,湖北、广西、安徽等地已将多种相关用药临时纳入医保。

安徽省医疗保障局相关负责人介绍,安徽近日将小儿氨酚黄那敏颗粒等36种药品临时纳入基本医保支付范围。此次纳

入药品的一个特点,是儿童可用药物占比高,根据相关药品的功能主治,有19种药品儿童可以服用,以缓解儿童等特殊群体的用药紧张问题。

在广西壮族自治区,15种药品被临时纳入医保,按医保甲类药品报销。自治区医保局医药服务管理处处长吴学武介绍,此次纳入的主要是用于退热和对症治疗的地方特色中成药和民族药,“从广西民族地区群众用药习惯来看,这些药品临时纳入医保基金支付范围,能进一步保障当前群众的治疗用药需求。”

在广西南宁市老百姓大药房津头店,记者看到“防疫专区”被设在销售区域的中心位置,一些市民正在选购所需药品。

“收到医保部门下发的文件后,公司加紧组织货源,各门店也在第一时间打印张贴了医保报销的相关通知。”老百姓大药房连锁(广西)有限公司副总经理肖家驹说,相关药品近日销售量明显增长,“清咽润喉类的药品,仅津头店最近10天的销售量就超过2万盒。”

此外,湖北近日也宣布将36种药品临时纳入医保报销范围,进一步保障新冠病毒感染防治用药供应。

“我们希望通过这次调整减轻患者负担,让老百姓有药可以治病、有医保可以报销。”湖北省医疗保障局医药服务管理处副处长刘俊说。

(记者 金地 庞梦霞 戴威 徐弘毅 黄凯莹 邓楠)

回归阅读 您订报了吗

