

城乡居民参保人住院最高可报销 90%
医疗服务价格“三降一升”惠及百姓

——衡阳医保市级统筹后主要政策解读

编者按

根据中央、省、市要求和部署,从 2020 年 10 月 1 日起,医保市级统筹在衡阳正式全面实施。为进一步推动医保市级统筹各项工作,深入解读市级统筹后的主要政策及经办流程变化等,提高保障水平,增进民生福祉,让惠民政策家喻户晓、深入人心,衡阳市医疗保障局和本社联手策划、推出了这期主题宣传专版。敬请关注。

医保市级统筹工作是中央、省、市部署的一项重点改革任务。去年以来,根据市委、市政府要求和《衡阳市基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案》(衡政办发〔2020〕7 号)精神,为有序推进医保市级统筹工作,衡阳市医疗保障局在充分听取各方意见、借鉴外地经验的基础上,历经 20 余次修改完善,并通过市司法部门规范性文件审查备案后,出台了《衡阳市基本医疗保险、生育保险和补充医疗保险市级统筹政策暂行规定》等 7 项市级统筹配套文件,统一了全市各统筹区各类医疗保险待遇,基本上解决了政策碎片化的问题。

- 一、推进医保市级统筹的重大意义
- 1.医保改革有要求。做好医保市级统筹工作是党中央、国务院和省、市关于深化医疗保障制度改革的重要决策部署。上级明确要求:从 2020 年 10 月 1 日起,在全市全面实行以政策统一为基础、以基金统收统支为核心、以基金预算管理为约束、以统一信息系统为支撑、以统一经办管理服务为依托、以防控基金运行风险为目标的医保市级统筹制度。
- 2.医保发展有需要。做实医保市级统筹工作是完善医疗保障体系,实现医疗保障事业可持续发展的关键环节。目

提高保障水平 增进民生福祉

——访衡阳市医疗保障局党组书记、局长张韶晖

前,医保基金统筹层次过低导致无法做大基金盘子,严重削弱了基金互助共济能力。实行医保市级统筹后,将极大提高我市医保基金共济能力和保障能力,是医疗保障事业平稳可持续发展的现实需要。

3.全市人民有期盼。由于医保统筹层次偏低,各县(市)区待遇水平参差不齐,易引发攀比和社会矛盾,已不符合当前医保改革发展的新形势,与全市人民对医疗保障工作的期望存在差距。因此,提高医保统筹层次,解决医保政策碎片化问题,统一医保经办管理服务,将使我市的医保制度更加公平、更可持续,也是坚持“以人民为中心”发展理念的具体实践。

- 二、“暂行规定”的主要内容
- 《衡阳市基本医疗保险、生育保险和补充医疗保险市级

统筹政策暂行规定》(简称“暂行规定”)共 9 章 61 条,分别是总则、城镇职工基本医疗保险、城镇职工生育保险、城乡居民基本医疗保险、异地就医、职工大病医疗互助、城乡居民大病保险、特药待遇、附则。

本暂行规定是按照《衡阳市基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案》框架,对职工医保、生育保险、居民医保的参保登记、基金征缴、门诊和住院待遇、生育医疗待遇,异地就医,职工大病医疗互助,城乡居民大病保险,特药待遇等现有政策进行收集归纳、整理统一,并结合我市实际,对部分政策进行优化调整。

- 三、政策出台的预期目标
- 1.基本医保政策全市统一。原城镇职工医疗保险、城乡居民医疗保险由各县(市)区统筹,层次低,且政策

最新医保政策解读

一、《衡阳市基本医疗保险、生育保险和补充医疗保险市级统筹政策暂行规定》相关政策

1. 城乡居民参保人员在门诊医疗方面可享受哪些待遇?
- 城乡居民参保人员可享受普通门诊、“两病”(高血压、糖尿病)门诊、特殊病种门诊等医疗待遇。
- 其中,普通门诊统筹从 2020 年 1 月 1 日起实施,城乡居民参保人员在定点基层医疗卫生机构就诊时,一个结算年度内,政策范围内门诊医疗费用不设起付线,最高限额 600 元,最高限额范围内普通门诊统筹基金支付比例 70%,即基金支付 420 元。
- “两病”门诊用药保障不设起付线,按照 70%的比例支付,高血压患者每年累计基金最高支付限额 360 元,糖尿病患者每年累计基金最高支付限额 600 元。
- 纳入城乡居民特门管理范围的病种有 43 个,病种费用限额标准从 1800 元每年—54000 元每年不等,医保基金支付比例为 70%(精神分裂症基金支付比例为 100%)。
- 2.参保人员在市域内跨县如何就医?
- 为贯彻落实分级诊疗,引导参保人员合理有序就医,参保人员享受基本医疗保险待遇的就医行为应遵循“就近医疗,逐级转诊”的原则,在参保地县域内(四个中心城区视为同一区域)的二级及二级以下医疗机构首诊就医,确因病情需要转诊转院治疗的,应按参保地规定办理转诊手续。在市域内未办理转诊转院手续而发生的政策范围内医疗费用,参保人员应先负担 10%的自理费用。
- 3.参保人员市外异地就医的待遇政策有哪些?
- 申请通过异地就医备案后,在异地住院时发生的政策范围内医疗费用,参保人员在先负担 10%的转外自理费用后,剩余部分参照统筹地就医待遇予以报销。未申请通过异地就医备案的(危急重症患者抢救除外),参保人员在先负担 15%的转外自理费用后,剩余部分参照统筹地就医待遇予以报销。异地就医医疗费用原则上采用联网方式进行直接结算。对于无法联网结算的医疗费用,原则上在费用发生后的次年 3 月 31 日前送至参保地基本医保经办机构进行手工报销。
- 4.城乡居民参保对象的住院起付标准、报销比例是多少?
- 城乡居民参保人员在本统筹地区内住院每次起付标准:市属三级医疗机构 1200 元,市内省属三级医疗机构 1500 元;二级医疗机构 600 元;一级医疗机构(含中心卫生院)400 元;一般乡镇卫生院、社区卫生服务机构 200 元。一个结算年度内多次住院的,累计起付标准以 2300 元为限额。
- 城乡居民参保人员在统筹地区市级及以下基本医疗保险定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费,起付标准以上的部分,由城乡居民医保统筹基金按比例支付:乡镇卫生院、社区卫生服务机构为 90%;一级医疗机构为 80%(其中中医医院为 85%);二级医疗机构为 75%(其中中医医院为 80%);三级医疗机构为 60%(其中中医医院为 65%)。
- 城乡居民参保人员在市内跨县域就医、市外异地就医按有关规定执行。
- 5.灵活就业人员如何参保缴费?
- 灵活就业人员在户籍所在地医疗保险经办机构申报办理参保登记手续。原市属改制企业置换身份人员、高新技术开发区居民可向市医疗保险经办机构申请办理灵活就业人员参保登记手续。
- 灵活就业人员申请新参保的,需一次性缴纳当年度医保费用。续保人员须在每年 2 月底之前缴纳当年度医保费用。
- 6.如何处理医疗保险退休待遇手续?
- 参保人员在办理完养老保险退休待遇后,由单位根据医保累计缴费年限限制的要求,向医保经办机构申请办理医疗保险退休待遇手续。
- 灵活就业人员在办理完养老保险退休待遇后,在缴费年限最长的医保经办机构办理医保退休手续。缴费年限相同的,在养老保险待遇领取地的医保经办机构办理医保退休手续,无养老保险待遇领取地的,在户籍所在地医保经办机构办理医保退休手续。
- 7.什么是医疗保险待遇等待期?
- 医疗保险待遇等待期就是关于参保人新参保或断档后何时才能享受待遇的期限。
- 用人单位为职工参保的,参保人员从参保的次月起开

- 始享受待遇。
- 从未参保的灵活就业人员,从参保缴费的 180 天后享受医疗生育保险待遇。灵活就业人员缴费断档的,可只缴纳当年医保费用,并从缴费之日起 60 天后享受医疗生育保险待遇。
- 8.如何处理医保关系转移?
- 医保关系转移分为跨地市转移和市域内转移。
- 跨地市转移流程:参保人向转出地医保经办机构申请出具《参保凭证》→转入地医保经办机构出具《关系转移接续联系函》→转出地医保经办机构出具《医疗保险类型变更信息表》→转入地医保经办机构录入参保信息。
- 市域内跨县(市)区转移和跨险种转移。根据参保人的申请,先由原参保地的医保经办机构在系统中将参保信息转出,再由现参保地医保经办机构将参保信息调入,并办理好参保登记。
- 9.城乡居民医保如何参保缴费?
- 城乡居民应以家庭为单位按属地原则整体到户籍(外市长期在衡居住人员到居住地)所属村、社区参保缴费,在校大中专学生以学校为单位到学校所属县(市)区居民医保经办机构办理参保缴费手续。按年度一次性缴纳基本医疗保险费,2021 年度缴费期原则上为 2020 年 9 月 1 日至 12 月 31 日。为方便缴费,大家可以在手机上,通过“湘税社保”APP 缴纳。
- 二、《衡阳市基本医疗保险特殊病种门诊管理暂行办法》相关政策
- 1.我市共有特殊病种多少个? 分别是哪些病种?
- 我市共有特殊病种 43 个,即:恶性肿瘤(康复治疗、放疗、化疗、内分泌治疗);慢性肾功能不全(非透析治疗);慢性肾功能衰竭(门诊透析治疗);肝脏、心脏瓣膜、造血干细胞移植术后的抗排异治疗;高血压病Ⅲ期(有心、脑、肾、眼并发症之一);糖尿病(合并感染或有心、肾、眼、神经病之一);冠心病(冠脉支架术后);脑血管意外(包括脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血)后遗症康复治疗;血友病;精神分裂症;肺结核;系统性红斑狼疮(有心、肺、肾、脑及血液系统并发症之一);慢性再生障碍性贫血;肝硬化(失代偿期);苯丙酮尿症(PKU 限 0—14 岁);帕金森氏病;肺心病(出现右心衰者);风湿性心脏病(心功能Ⅲ级);哮喘或喘息性支气管炎;类风湿性关节炎;慢性活动性肝炎;原发性血小板减少性紫癜;多发性硬化症;重症肌无力;肝豆状核变性;多发性骨髓瘤;系统性硬化病;中枢神经系统脱髓鞘疾病;垂体瘤;克隆病;癫痫;慢性心力衰竭;阿尔茨海默病(老年痴呆);泛发型银屑病;慢性丙型肝炎;儿童脑瘫康复治疗(1—7 岁);肺动脉高压;地中海贫血;慢性阻塞性肺疾病;晚期血吸虫病(非工伤);尘肺病(非工伤);普瑞德威利综合征(小胖威利症);肾病综合征。
- 2.特门办法的出台,在哪些方面体现了减轻群众就医负担、增进民生福祉?
- 一是提高了城镇职工参保人员特门待遇。城镇职工特门从 28 个病种扩大为 43 个病种,扩大了保障范围,糖尿病仍区分胰岛素和非胰岛素且待遇不变,适当减轻了参保人员个人负担,参保人员就医获得感显著增加。
- 二是减轻了恶性肿瘤患者医疗费用负担,将恶性肿瘤病种支付范围扩大,除了原有的康复治疗外,新增了门诊放化疗、内分泌治疗。
- 三是随着精神分裂症、癫痫等疾病药品价格的上涨,原精神分裂症每月 100 元,癫痫每月 80 元的标准已不能满足当月购药费用需求,此次将精神分裂症、癫痫的月费用限额标准均提高到 200 元。
- 四是明确了参保人员住院治疗期间,特门待遇的等待期。以前城镇职工特门患者在待遇享受期因病住院,停止享受特门待遇三个月(部分病种不受限制)。今后参保人员在住院治疗期间,暂停享受特殊病种门诊医疗待遇,相应扣减住院期间(按月计)的特殊病种门诊医疗费用支付额度。做到了既有政策依据可遵循,又能提升患者的获得感和满意度。
- 3.市本级城镇职工办理特殊病种,在哪递交资料? 需要提供哪些资料?
- 市本级城镇职工参保对象可在南华附一医院、南华附二医院、南华医院、市中心医院、市中医院、第一人民医院、922 医院、市五医院、冶金医院中的任何一家医院医保办申请办理。市第二人民医院、第二精神病院负责专科病种申请。
- 初次申办特殊病种门诊的参保人员需提供 2 年内的住院病历(包括住院病历首页、入院记录、医嘱记录单、出院记录及相关的检查化验结果单),身份证复印件、医保手册或社会保障卡复印件。
- 对于续评参保对象需提供一个待遇期内每月购药电脑小票、处方,每年至少一次医院就诊记录且有必要的检查报告(原件)。
- 三、《衡阳市医疗保险基金监督管理暂行规程》相关规定
- (一)哪些属于欺诈骗保行为?
- 定点医疗机构的骗保行为有:
- 1.虚构医药服务、伪造医疗文书和票据,骗取医保基金;
- 2.为参保人员提供虚假发票;
3. 将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围;
- 4.为不属于医保范围的人员办理医保待遇;
- 5.为非定点医药机构提供刷卡记账服务;
- 6.挂名住院;
- 7.串换药品、耗材、物品、诊疗项目等骗取医保基金支出等。
- 定点药店的骗保行为有:
- 1.盗刷社保卡,为参保人员套取现金或购买化妆品、生活用品等非医疗物品;
- 2.为参保人员串换药品、耗材、物品等骗取医保基金支出;
- 3.为非定点医药机构提供刷卡记账服务;
- 4.为参保人员虚开发票、提供虚假发票等。
- 参保人员的欺诈骗保行为有:
- 1.伪造假医疗服务票据,骗取医保基金;
2. 将本人的社保卡转借他人就医或持他人社保卡冒名就医;
- 3.非法使用社保卡,套取药品耗材等,倒买倒卖非法牟利等。
- 医疗保障经办机构工作人员的欺诈骗保行为有:
- 1.为不属于医疗保障范围的人员办理医保待遇手续;
- 2.违反规定支付医疗保险费用;
- 3.经办机构工作人员参与欺诈骗取医保基金等。
- (二)市、县两级医保部门基金监管范围如何划分?
- 衡阳市医疗保障局负责以下医药机构基金监管工作:南华大学附属第一医院、南华大学附属第二医院、南华大学附属南华医院、衡阳市中心医院、衡阳市中医院、衡阳市第一人民医院、衡阳市妇幼保健院、衡阳市第四人民医院、衡阳市华程医院;国大民生堂药店连锁有限公司、老百姓大药房连锁有限公司、益丰大药房连锁有限公司、百姓大药房连锁有限公司;衡阳市城区范围内特门、特药药店。
- 各县(市)区负责坐落在其辖区内所有医院、门诊部、诊所、零售药店的基金监管工作。
- (三)基金监督举报方式有哪些?
- 1.电话、电子邮件举报:拨打衡阳市医保基金监督举报电话:0734-8867163,8867152 或举报邮箱:2172713242@qq.com。
- 2.微信公众号举报:进入衡阳市医疗保障局微信公众号进行举报;
- 3.来信来访举报:根据衡阳市及各级医疗保障部门基金监管范围,现场举报或将举报信及相关书面资料邮寄至相应管辖范围的医疗保障局。
- (四)举报属实是否有一定的奖励?
- 根据《国家医疗保障局办公室财政部办公厅关于印发〈欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法〉的通知》(医保办发〔2018〕22 号)文件精神,各级医疗保障行政部门可按查实欺诈骗取医疗保障基金金额的一定比例,对符合条件的举报人予以奖励,最高额度不超过 10 万元。
- 举报奖励根据举报证据与违法违规事实查证结果,分为如下三个等级:
- 一级:提供被举报方的详细违法违规事实、线索及直接证据,协助查处工作,举报内容与违法违规事实完全相符。按查实被欺诈骗取的医疗保障基金金额的 5%给予奖励。
- 二级:提供被举报方的违法违规事实、线索及部分证据,不直接协助查处工作,举报内容与违法违规事实相符。按查实被欺诈骗取的医疗保障基金金额的 3%给予奖励。
- 三级:提供被举报方的详细违法违规事实或线索,不能提供相关证据或协助查处工作,举报内容与违法违规事实基本相符。按查实被欺诈骗取的医疗保障基金金

额见于不同文件中,政策碎片化严重,给业务经办造成一定困难。现基本医保政策全市统一,有利于全面做实基本医保市级统筹,有利于提升我市医保经办服务质量、为构建全市统一的医疗保障标准体系提供了政策支持。

2.医保待遇更公平可持续。各县(市)区待遇政策不统一,待遇保障水平参差不齐,导致部分参保人员相互攀比,引发不必要的信访矛盾。现提高医保统筹层次,出台政策文件在全市范围内统一基本医保待遇,统一医保经办服务管理,将使我市的医保待遇更加公平可持续,有利于提高参保人员在全市范围内就医获得感。

3.医保政策更科学合理。本暂行规定充分吸纳了上级和市医保局成立后已出台的政策规定,使全市统一的医保政策更加科学完善。如在职工生育保险、城乡居民大病保险、城乡居民医保征缴、门诊统筹等方面都进行了政策完善,既坚持了医保制度的公平可持续,又凸显了“以人民为中心”的发展理念;既努力提升参保人员就医获得感,又充分考虑基金安全平稳运行。

严禁虚假举报。举报人故意捏造事实诬告他人,或者弄虚作假骗取奖励,依法承担相应责任。构成犯罪的,移送司法机关处理。

- 四、医疗服务价格调整的相关内容
- 1.为什么要调整医疗服务价格?
- 新的医疗服务价格发布之前,市级公立医院执行的是 2016 年 10 月 1 日起施行的《衡阳市城市公立医院综合改革医药价格实施方案》;县(市)区公立医院执行的是 2015 年各县(市)区制定的收费标准;基层卫生医疗机构大部分执行的还是 2002 年省里制定的收费标准。各级公立医院执行的价格标准混乱滞后,给群众就医、医疗机构发展、医保结算都带来诸多不便,迫切需要一个统一的价格标准。
- 2.医疗服务价格调整遵循什么标准?
- 此次医疗服务价格调整遵循一个原则,三个标准。一个原则是“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”。三个标准是指群众总体负担不增加、医保基金可承受、公立医院健康运行。
- 3.医疗服务价格如何调整?
- 总的来说,本次医疗服务价格调整可概括为“三降一升”。三降:一是取消医院医用耗材加成收入,降低医疗耗材费用;二是降低大型设备检查治疗和化验价格,降低患者检查化验费用;三是药品集中带量采购,降低药品价格。一升:提高体现医务人员劳务和技术价值的医疗项目价格。
- 4.具体调整了哪些项目?
- 主要调整了诊疗类、注射类、护理类、检验类和设备检查类五个大类,涉及公立医院和基层医院 1000 多条项目。
- 5.为何把降低药品和耗材的占比作为此次价格调整的重点?
- 把降低药占比作为此次调整的重点之一,通过量价齐控,减少医院和医生多开药品耗材、开贵的药品、材料的行为,减少不合理使用药品和耗材的现象,减弱医院对药品耗材的依赖性,让医院用药回归合理、理性、科学,让医生回归治病救人的本职,让药品回归治病的功能,让公立医院回归公益本质。
- 6.调整后的价格,医保能报销吗?
- 调整后的医疗服务价格按衡阳市医疗保险有关规定纳入医保报销范围。
- 7.什么时候开始执行新的医疗服务价格政策?衡阳哪些医院实施这一政策?
- 《关于调整规范全市医疗服务价格的通知》明确规定:从 2020 年 10 月 1 日零时起,全市所有公立医疗机构和基层医疗卫生机构开始执行新的价格政策。签订医保定点服务协议的非公立医疗机构,在医保费用结算时执行同等级公立医疗机构医疗服务价格类别标准。
- 8.通过这次医疗服务价格调整,群众可以获得哪些改革红利?
- 通过价格调整,群众可以获得较多好处:一是改变不合理使用药物的现象,二是减少检查化验次数,三是提高医院的医疗水平,价格调整的导向是提升体现医务人员技术劳务价值的项目,必将促使医院和医生勤练“内功”,提高医疗技术水平,提高治病救人的能力,最终受益的也是广大群众。
- 9.国家药品集中带量采购给患者带来哪些好处? 医疗机构如何采购使用国家带量采购药品?
- 一是药品价格降低。国家组织药品集中带量采购相当于一次“大团购”,把全国的用量集合成一个大采购包并承诺采购量,以量换价,中标药企的销量能够得到保证,因此中选药品的价格降幅很大,可以切实减轻患者的药费负担。二是质量更有保障。集中采购的药品以原研药、参比制剂、通过一致性评价为质量依托要求,设置了质量门槛,并通过加强中选药品生产、流通、使用的全链条质量监管,实现了用药质量的提升和保障。三是供货更及时。通过建立对入围企业产品质量和供应能力的调查、评估、考核、监测体系,夯实生产企业按照采购协议足量供货的责任,建立企业库存和停产报告制度,以协议规范配送行为,确保药品供应的及时、稳定。
- 全市所有公立医疗机构、军队医疗机构和自愿参与的医保定点社会办医疗机构、医保定点零售药店,按照要求参加国家组织药品集中采购。在采购周期内,医疗机构优先使用集中采购中选药品,确保在合同期内完成约定采购量。各医疗机构要畅通中选药品进院渠道,不得以费用总控、药占比、医疗机构用药品种规格数量限制为由限制进院。医疗保障部门通过医保基金预付,鼓励医保基金直接与企业结算、结余留用等激励措施,为中选药品使用提供有力保障。