

前言

民生无小事，枝叶总关情。近年来，衡阳市医疗保障局坚决贯彻党的二十大精神 and 习近平总书记关于医保工作的重要论述，认真落实省、市重大决策部署，牢固树立以人民为中心的发展理念，聚焦我市当前医疗保障领域的重点、难点问题，主动作为，勇于创新，全力以赴抓改革、防风险、惠民生，不断释放改革红利，持续打好重点民生保障仗，有效提升了衡阳百姓的医保幸福感、获得感。为进一步提高基本医疗保险、生育保险政策的知晓率和全民参保意识，维护好群众参加医疗保险和享受医疗保险待遇的合法权益，让广大参保人员更好地享受党和政府的雨露甘霖，今年以来，市医疗保障局陆续组织编印了最新医保政策宣传、解读手册，免费发放给参保单位和广大市民。同时，市医疗保障局与本社携手，策划推出了这期最新医疗、生育保险政策法规集中宣传专版，值得收藏，敬请关注。

■衡阳日报全媒体记者 李建平 通讯员 陆政伦 王园莉 邱麟茜 整理

衡阳医保’2023 亮点纷呈

抓作风，党建引领医保队伍党风政风建设。衡阳市医保局机关第一党支部、医保事务中心党支部继续保持“五星支部”称号，机关第二党支部成功创成“五星支部”。市医保事务中心党支部以“放管服”改革为契机，打造窗口党员示范岗建设，推行的“以高质量机关党建引领、打造15分钟服务圈”项目被市直机关工委评为优秀创新项目。

抓品质，市医保事务中心获评“全国医疗保障系统先进集体”。实现了经办事项按时办结率、“好差评”满意率、信访回复满意率3个100%，打造医保政务服务“即办即走”的“衡阳品牌”。开展“特门”特殊人群，上门特别服务”活动，为62名特殊患者上门办理特门待遇，药送药上5000余次，被评市为民办实事“精品工程”。经办窗口进驻市政政务服务大厅2年来，连续2年荣获“衡阳市政务服务窗口先进单位”称号。

抓民生，提前启动 DRG 实际付费。在全省率先实现 DRG 结算系统与核心经办结算系统对接成功。今年以来，50家试点医疗机构住院次均费用同比下降4.2%，南华附一7月次均费用下降了26%，参保人员自付比例同比下降7.25%。

抓攻坚，实现全市村卫生室医保定点“全覆盖”。联合市卫健委组织现场学习并召开典型经验推介会，按日统计汇总医保赋码、密钥和服务开通数据并通报。截至目前，全市村卫生室已开通医保赋码2337家，完成核定任务率106.42%，提前超额完成省里下达2220家的任务数。

抓监管，持续巩固打击欺诈骗保高压态势。截至8月份，全市共检查定点医药机构675家次，查处229家次，其中约谈25家、行政处罚10家、暂停医保协议1家、移交纪检监察机关1人，共追回医保基金1654.73万元（其中行政处罚55.52万元）。开展定点医疗机构违法违规使用医保基金行为自查自纠工作，收到主动退缴违规资金的定点医疗机构552家（次），退款金额216.06万元；对市直管9家医疗机构全覆盖、“回头看”检查的核查，查实违规金额539.51万元。

抓服务，着力构建多层次医保制度体系。全市基本医保参保率达95%以上，城乡居民医保普通门诊的报销比例提高到70%。与5家保险公司开展大病保险“医保+商保”合作，加强全民参保宣传，大病保险报销比例提高5个百分点。扎实推进经办服务下沉，构建“15分钟服务圈”，全市建成了187个乡镇（街道）医疗保障服务站，2775个村（社区）医疗保障服务点，实现了提供参保登记、信息查询及变更、异地就医备案等事项直办或代办服务100%覆盖。

聚力中心化 迈向现代化

健全多层次保障体系 谱写医保为民新篇章

2023 年国家基本医保全民参保计划集中宣传活动特别策划

关于做好 2024 年度城乡居民基本医疗保险参保缴费工作的通知（摘要）

（湘医保发〔2023〕41号）

一、工作目标

坚持以人民为中心的发展思想，以实现覆盖全民、依法参保为目标，深入实施全民参保计划，优化参保缴费服务，提升参保信息质量，将常住人口基本医疗保险（含居民医保、职工医保）参保率持续稳定在95%以上，确保防止返贫监测对象（包括脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户，以下简称“监测对象”）、低保对象、最低生活保障边缘家庭成员、特困供养人员、重度残疾人、孤儿、事实无人抚养儿童等困难群众以及稳定脱贫人口全部纳入基本医疗保险覆盖范围，实现应保尽保、应缴尽缴。居民医保费征收工作按照政府主导、税务征收、乡镇（街道）主抓、部门协作的原则，实行政府统一组织、多方协作配合、集中征收或委托代收，提高征收效率，降低征收成本，畅通缴费渠道，优化缴费服务。

二、参保缴费政策

（一）明确参保对象范围。农村居民、城镇非从业居民、在校学生及学龄前儿童，社区矫正对象，在我省居住且办理了居住证的未就业港澳台居民，在我省就读的港澳台大学生、外国国留学学生，在我省永久居留的未就业的外国人，以及国家规定的外籍人员。

（二）统一财政补助标准。2024年居民医保财政补助标准不低于640元/人。

（三）统一个人缴费标准。2024年度全省居民医保个人缴费标准统一为380元/人。

（四）全面落实困难群众参保资助政策。对特困供养人员参加居民医保的个人缴费部分给予全额资助（重度残疾人、孤儿、事实无人抚养儿童参照执行），对低保对象、监测对象、最低生活保障边缘家庭成员给予50%的资助。鼓励有条件的乡镇、街道、集体、单位或其他社会经济组织对城乡居民参保缴费给予扶持或资助。

在集中参保缴费期内相关部门动态新增的困难对象享受参保资助政策，实行同缴同补，个人只需按规定缴纳应缴部分资金。在集中参保缴费期外相关部门动态新增的困难对象，纳入年度个人参保缴费的资助范围。困难群众已在异地参加居民医保的，可由户籍地享受参保资助政策。

（五）统一参保缴费时间和待遇享受期。城乡居民按年度

一次性缴纳基本医疗保险费。2024年度居民医保集中参保缴费期为2023年9月1日至12月31日，待遇享受期为2024年的1月1日至12月31日。除已明确的特殊情形外，未在集中参保缴费期内参保缴费的，原则上不得中途参保、享受医保待遇。

新入学大中专院校学生医保待遇享受期为2023年9月1日至2024年12月31日；原已按照学年度缴纳城乡居民医疗保险费的大中专院校学生（含应届毕业生），医保待遇享受期统一延长至当年的12月31日。

新生儿出生后90天内由监护人凭户口簿或居住证、并使用户口簿或医学出生证明登记的新生儿本人真实姓名，按统筹区规定办理参保登记缴费手续后，自出生之日所发生的合规医疗费用均可纳入医保报销。儿童福利机构接收的儿童，经核实未参保的可随参保随缴，自进入儿童福利机构之日起享受医保待遇。

因劳动关系终止导致职工医保断保的人员，在断保90天内凭职工医保参保凭证可参加居民医保，自职工医保断保之日起享受医保待遇。复转军人、刑满释放人员可自参保缴费之日起享受医保待遇。监测对象、低保对象、最低生活保障边缘家庭成员、特困人员、重度残疾人、孤儿、事实无人抚养儿童等困难群众，稳定脱贫人口，经排查核实属于客观原因在集中参保缴费期未参保的，可自参保缴费之日起享受医保待遇。以上特殊情形，均按居民医保个人缴费标准缴费。

因户籍变动等客观原因或其他特殊情形（具体指当年新迁入户口、新生儿未在90天内参保缴费、职工医保断保的人员未在断保90天内参保缴费，各市州结合实际明确的其他特殊情形）未能在统筹地区规定时间内办理参保缴费手续的，可按按上年度居民医保筹资标准（含个人缴费部分和财政补助部分）一次性足额缴纳基本医疗保险费，从缴费到账之日起30日后享受医保待遇。

在集中参保缴费期外相关部门动态新增的困难对象享受参保资助政策，实行同缴同补，个人只需按规定缴纳应缴部分资金。在集中参保缴费期外相关部门动态新增的困难对象，纳入年度个人参保缴费的资助范围。困难群众已在异地参加居民医保的，可由户籍地享受参保资助政策。

（五）统一参保缴费时间和待遇享受期。城乡居民按年度

保，不得在原户籍地重复参保。城镇居民（含取得居住证的常住人口）没有参加职工医保的，在社区参加居民医保。居民不得重复参加居民医保，也不得同时参加居民医保和职工医保。

三、工作要求

（二）加强部门协作。税务部门要为居民提供方便快捷的缴费渠道。居民可以通过网上、实体、自助等多元化方式缴费。税务部门应鼓励和引导居民选择网上缴费方式。税务部门会同有关部门加强对代收居民医保费的监督管理，督促落实限期缴缴库等工作要求。

医保部门要密切配合税务部门做好城乡居民参保缴费工作，明确各类困难群众参保资助标准，并会同财政部门落实困难群众参保补助资金。在集中征缴工作开展前，应在医保信息系统做好各类困难群众身份精准标识，建立困难群众参保资助工作台账，将核定后的困难群众资助人员名单和参保资助金额及个人应缴金额等信息反馈同级税务部门，由税务部门根据缴费人当前特殊标识征收困难群众个人应缴费款。在医保信息系统准确记录困难群众参保资助金额、个人实缴金额。

教育部门负责对全日制普通大中专院校（均包括民办学校）参加城乡居民医保的情况进行调度摸底，向医保、税务部门及时提供应参保大中专院校清册，对拒不配合组织动员学生在学校所在地整体参加城乡居民医保的学校进行约谈，联合医保、税务部门进行督促整改。负责督促大中专院校按政策提供准确的可以享受参保资助政策贫困学生名单。负责督促中小学校、幼儿园配合做好参保缴费动员工作，并将人员名单及时提供给医保、税务部门进行参保信息比对。

民政部门负责核定特困人员、低保对象、最低生活保障边缘家庭成员、孤儿、事实无人抚养儿童等社会救助对象名单，并在每月10日以前将动态调整信息反馈给医保、税务部门，协助做好参保缴费相关工作。

财政部门负责会同医保等相关部门在集中参保缴费期结束后及时将困难群众参保资助资金划入医疗保险基金财政专户。

乡村振兴部门负责核定监测对象、稳定脱贫人口名单，并在每月10日以前将监测对象动态调整信息反馈给同级医保、税务部门，协助医保、税务部门督促其办理参保缴费手续。

残联负责提供重度残疾人名单，并在每月10日以前将动态调整信息反馈给医保、税务部门，协助做好参保缴费相关工作。

湖南省职工基本医疗保险门诊共济政策问答

一、为什么要开展职工医保门诊共济改革？

职工医保启动以来，实行的是社会统筹和个人账户相结合的保障模式，即“统筹基金管大病，个人账户基金管小病”。随着经济社会的发展和慢性病的增多，个人账户的局限性日益凸显。一方面，对健康人群来说，个人账户基金用不了，资金大量沉淀，未能充分体现医疗保险共济互助的作用。另一方面，对患病人群来说，医保统筹基金不报销门诊费用，一些患者应该在门诊治疗的小病去住院治疗，低标准住院等现象多发频发，不仅浪费了医疗资源和医保基金，同时，增加了患者费用负担。此外，部分参保人员刷医保卡用医保基金购买生活用品等违规行为时有发生，套取个人账户资金的违规行为屡禁不止。

为解决上述问题，党中央国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，要求逐步将门诊医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，改革职工基本医疗保险个人账户，建立健全门诊共济保障机制。国务院办公厅印发《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》，要求在全国统一建立医保门诊共济保障机制。2022年3月，湖南省人民政府办公厅印发《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》落实党中央国务院决策部署。

二、改革后，个人账户的划入标准有什么变化？

从2023年1月1日起，参保人的个人账户划入标准发生了变化：在职职工个人缴纳的基本医疗保险（本人参保缴费基数2%）全额划入个人账户；退休人员不再缴纳基本医疗保险（仅缴大病保险费缴费），改革前参加职工医保并建立了个人账户的退休人员，按全省统一标准定额划入（75元/月，900元/年），改革前未建立个人账户的退休人员不划个人账户。在职职工和退休人员个人账户基金的本金和利息，无论是改革前的历史结余，还是改革后新划入形成的结余资金，都可以结转使用和继承。

三、如何看待个人账户划入标准的变化？

原来由单位缴纳划入个人账户的部分，改革后全部计入统筹基金，用于提高参保人医保待遇，简单来说就是“资金平移、待遇置换”，职工医保不仅有个个人账户和普通门诊统筹，还有门诊慢特病待遇，住院待遇等一系列政策保障。

一是提高了门诊共济保障水平。普通门诊统筹制度覆盖职工医保全体参保人员，不仅设有个人账户的参保人员能够享受普通门诊报销政策，没有个人账户的参保人员也能够享受普通门诊报销政策。

二是提高了门诊慢特病待遇保障水平。43个病种纳入门诊慢特病报销范围，扩大了门诊慢特病病种范围。在职职工慢特病政策范围内门诊医疗费用按80%比例支付，退休人员慢特病政策范围内门诊医疗费用按85%比例支付（详见《湖南省职工基本医疗保险慢特病门诊待遇保障管理办法》（湘医保发〔2022〕52号）文件）。从整体来看，门诊慢特病的病种范围较以前有所扩大，待遇保障水平明显提高，统筹基金支出大幅增加。

三是提高了住院待遇保障水平。全省统一基本医保住院起付线、报销比例、封顶线，提高了报销比例和年度最高支付限额，降低了住院起付线，医保统筹基金年度最高支付限额由以前的40万元提高到了65万元，退休人员在不同级别医疗机构住院的支付比例分别提高2个百分点。详见《湖南省职工基本医疗保险实施办法》（湘政办发〔2022〕66号）文件。

四、改革后，个人账户使用范围有什么变化？

个人账户使用范围扩大了，可用于支付下列费用：

1. 主要用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用。

2. 可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。

3. 各市州可从个人账户统一代扣参保人员参加职工大病保险、长期护理保险等个人缴费。

4. 可以用于参保人员的配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等个人缴费。

个人账户不得用于公共事业性生活费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

五、门诊费用如何报销？

参保人员在待遇期内凭本人身份证、医保电子凭证或社会保障卡在门诊统筹定点医院就医，发生的政策范围内门诊医疗费用按规定比例报销，参保人结算时只需要支付个人自付部分。

参保人员住院期间不享受职工普通门诊统筹；“双通道”管理药品待遇和慢特病门诊待遇已报销的医疗费用，普通门诊统筹不予报销。

六、门诊费用可以报销多少？

一个自然年度内发生的政策范围内门诊医疗费用，起付标准金额累计不超过300元，医保统筹基金年度最高支付限额为在职职工1500元、退休人员2000元。具体报销比例如下：

- 1. 医保定点一级医疗机构及基层医疗卫生机构不设起付标准，按70%比例支付；
- 2. 医保定点二级医疗机构每次起付标准50元，多次就诊支付标准累计不超过200元；
- 3. 医保定点三级医疗机构起付标准100元，多次就诊支付标准累计不超过300元。

湖南省“双通道”单行支付管理药品政策

“双通道”单行支付药品是指临床价值高、患者急需、替代性不强，适合定点医疗机构门诊和定点零售药店渠道供应保障，可以在定点医院、定点药店两个渠道报销的药品。

一、“双通道”单行支付管理药品保障对象

“双通道”管理药品的保障对象为参加我省城镇职工或者城乡居民医疗保险，正常享受医保待遇的人员中符合“双通道”管理药品使用限定支付范围的患者。

二、“双通道”单行支付管理药品待遇标准

“双通道”管理药品在定点医疗机构和定点零售药店施行统一的单行支付政策，住院结算时不纳入分段政策支付。一个医保结算年度内，参保患者发生符合规定的药品费用，根据“双通道”管理药品医保支付标准城镇职工按70%的医保报销比例、城乡居民按60%的医保报销比例，先由基本医疗保险统筹基金支付，超额筹资基金年度支付限额后，按照城镇职工和城乡居民大病保险政策报销。

“双通道”管理药品实际报销金额计入年度城镇职工或者城乡居民医疗保险最高支付限额，超年度最高支付限额部分不予支付。

三、“双通道”单行支付管理药品待遇申请条件

1. 身份证明材料、医保电子凭证或者社会保障卡复印件；

2. 证明疾病及病情程度必需的相关医疗文书；

3. “双通道”管理药品责任医师签名确认和就诊医院相关部门意见的《湖南省医疗保险“双通道”管理药品使用申请表》。

经审核通过后，自申请之日起享受一个年度“双通道”单行支付管理药品购药报销待遇。

四、“双通道”相关查询指南

“双通道”定点医疗机构名单、“双通道”定点零售药店名单、“双通道”责任医师名单、“双通道”药品目录、国家谈判药品配备机构名单可以通过以下渠道查询：

1. 通过官方微信公众号“湘医保”进行“双通道”相关查询

手机微信搜索关注“湘医保”，点击右上角菜单按钮“服务平台”进入“湘医保服务平台”页面。登录完成后，点击“业务办理”中的“双通道相关查询”模块进行查询。

进入“双通道”相关查询入口后，可在最上方按照行政区划、机构名称或药品名称、药品类型搜索查询“双通道”相关信息。

值得注意的是，在“双通道责任医师”查询页面，点击“责任医师详情”按钮可查看更多详细信息，同时可通过“医师名称”搜索框输入姓名或单字模糊查询相关责任医师信息；点击“双通道药品目录查询”按钮可查看双通道药品医保支付标准、医保限定支付范围、协议有效期等相关信息；点击“国家谈判药品配备机构查询”按钮跳转页面进入国家医保服务平台可查看国家谈判药品相关信息。

2. 通过官方微信公众号“湘医保”进行“双通道”药品待遇查询

手机微信搜索关注“湘医保”，点击右上角菜单按钮“服务平台”进入“湘医保服务平台”页面。登录完成后，“业务办理”模块点击“更多”，下方找到“打印业务”模块，点击“双通道药品待遇凭证打印”，可查看个人待遇情况。

城乡居民基本医保政策

待遇享受				
（一）居民医保普通门诊待遇				
1. 普通门诊				
医疗机构等级	起付线	年度纳入报销限额	报销比例	年度实际报销限额
一级及以下	0	600	70%	420元
二级	/	/	/	/
三级	/	/	/	/

2. 高血压、糖尿病门诊药费保障				
医院等级	起付标准	报销比例	高血压药品支付限额	糖尿病药品支付限额
协议基层医疗卫生机构	不设起付标准	70%	360元/年	600元/年

3. 慢特病门诊				
9月1日，按《湖南省居民基本医疗保险慢特病门诊待遇保障管理办法》新政策执行。				
（二）医保住院待遇				

医院等级	起付标准	报销比例	年度最高支付限额
医保定点基层医疗卫生机构（乡镇卫生院、社区定点机构）	200元	85%	15万元
医保定点一级或二级医疗机构	500元	82%	
医保定点二级医疗机构	800元	80%	
医保定点三级医疗机构	1200元	65%	
省属属医疗机构	2000元	60%	
①一个结算年度内，参保人员在同级别医疗机构多次住院的，第二次及以后起付标准按50%计算。起付标准年度累计不超过3000元。			
②异地长期居住人员在备案地就医结算时，医保基金起付标准、支付比例、最高支付限额原则上执行参保地标准。异地转诊人员和异地急诊抢救人员支付比例下降5个百分点，未备案、非急诊且未转诊的异地就医人员支付比例下降10个百分点。			
③省属属医疗机构特指根据湘医保发〔2019〕42号文件，手术价格在一类价格基础上上浮5%的6家医疗机构，分别是：中南大学湘雅医院、湘雅二医院、湘雅三医院、省人民医院、省肿瘤医院、省中医附一医院。			

（三）大病保险待遇					
人员类别	起付标准	0-3万元(含)	3-8万元(含)	8-15万元(含)	>15万元
普通城乡居民	16000元	60%	65%	75%	85%
特困、低保、返贫致贫人员	8000元	65%	70%	80%	90%
					年度最高支付限额40万元
					不设最高支付限额

（四）生育补助	
产前检查费	最高补助600元。
生育医疗费	平原最高补助2000元，剖宫产最高补助3000元。

（五）医疗救助	
对符合规定的救助对象经基本医疗保险、大病保险支付后，个人及其家庭难以承受的符合规定的自付医疗费用给予救助。医疗救助包含参保资助、住院医疗救助、门诊医疗救助和再救助制度。	



微信扫描上述二维码可进入“湘税社保”小程序,进行医保缴费



微信扫描上述二维码可进入“湘医保”小程序,了解湖南省医保政策,且可通过职工个人账户为绑定的共家人缴纳居民医保费用



微信扫码上述二维码可进入“衡阳医保”微信公众号,查询医保政策