

# 聚力中心化 迈向现代化

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和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，敬请垂注。

■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

# 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

## 衡阳医保'2023'亮点纷呈

**抓作风，党建引领医保队伍党风风建设。**“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”。衡阳市医保局机关第一党支部、医保服务中心党支部继续保持“五星支部”称号，机关第二党支部开展“特门特殊人群、上门特别服务”活动，部成功创成“五星支部”。市医保服务中心党支部以“放管服”改革为契机，打造窗口示范岗1500余次，被评为市政府政务服务大厅2年来，连续2年荣获“衡阳市政务服务窗口先进单位”称号。

**抓品质，市医保服务中心获评“全国医疗保障系统先进集体”。**实现了经办事项按时办结率、对账成功。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月份均费用下降了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，处理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；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帮代办服务100%覆盖。

**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，经办窗口进驻政务服务大厅2年来，连续2分钟服务圈项目被市直机关工委评为优秀创新项目。

抓服务，着力构建多层次医保制度体系。

### 湖南省职工基本医疗保险政策

政策依据：《湖南省人民政府办公厅关于印发〈湖南省职工基本医疗保险实施办法〉的通知》（湘政办发〔2022〕66号）

#### 一、参保缴费

参保范围	包括在职工、退休人员和灵活就业等其他参保人员	
单位在职职工	个人缴费	本人参保缴费基数的2%
	用人单位缴费	本单位职工工资总额的8%（不含生育保险）
退休人员	参保人员办理职工医保退休待遇确认手续后，用人单位和个人不需缴纳职工医保费（大病保险费除外）	
灵活就业人员	缴费基数为缴费基准值的60%，缴费率为8%	
领取失业保险金人员	缴费基数为缴费基准值的60%，缴费率为用人单位缴费率与职工个人缴费率之和，由失业保险经办机构从失业保险基金中列支	

省级医保行政部门会同财政、税务部门，根据统计部门发布的上年度全省城镇从业人员人数和工资总额计算上年度全省城镇从业人员月平均工资，作为全省职工医保的缴费基准值。职工个人月缴费基数的上限为缴费基准值的300%，下限为缴费基准值的60%。

#### 二、医保门诊待遇

##### 1.普通门诊报销（门诊统筹）

医院等级	起付标准	报销比例	年度最高支付限额	
			在职职工	退休人员
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	70%		
医保定点二级医疗机构	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。	60%	1500元	2000元
医保定点三级医疗机构	医保定点三级医疗机构，每次起付标准100元，多次就诊支付标准累计不超过300元。	60%		

一个结算年度内，起付标准累计不超过300元

#### 2.慢特病门诊待遇

符合享受职工医保慢特病门诊待遇保障条件的参保人员在门诊发生的政策范围内费用，不设起付线。在慢特病门诊待遇保障政策规定的药品费用限额内，在职职工按照80%、退休人员按照85%的比例支付。

详见湖南省医保局政策宣传之《湖南省职工基本医疗保险慢特病门诊待遇政策宣传手册》

#### 三、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
		在职职工	退休人员	
医保定点一级医疗机构及基层医疗卫生机构	200元	93%	95%	
医保定点一级或不设等級医疗机构	500元	92%	94%	
医保定点二级医疗机构	800元	90%	92%	
医保定点三级医疗机构	1100元	85%	87%	
省部属医疗机构	1600元	80%	82%	

一个结算年度内，参保人员在同级别医疗机构多次住院的，第二次及以上起付标准按50%计算。起付标准年度累计不超过2000元。

②各市州和省本级可根据统筹基金支撑能力适当调整省部属医疗机构支付比例，职工医保统筹基金累计结余超过12个月平均支付水平的，可以将省部属医疗机构支付比例提高1—5个百分点；累计结余低于3个月平均支付水平的，可以将省部属医疗机构支付比例降低1—5个百分点。

③省部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。

## 中国医保 一生守护



#### 四、职工大病保险待遇

人员类别	起付线	报销比例	年度最高支付限额
职工	16000元	90%	50万元
参加职工医保的特困人员、低保对象、返贫致贫人员	8000元	95%	不设最高支付限额

#### 六、门诊费用可以报多少？

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。具体报销比例为：

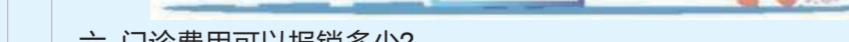
1.医保定点一级医疗机构及基层医疗卫生机构不设起付标准，按70%比例支付；  
2.医保定点二级医疗机构每次起付标准50元，多次就诊支付标准累计不超过200元。  
3.医保定点三级医疗机构起付标准100元，多次就诊支付标准累计不超过300元。



#### 六、门诊费用可以报多少？

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。具体报销比例为：

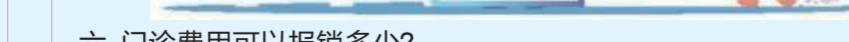
1.医保定点一级医疗机构及基层医疗卫生机构不设起付标准，按70%比例支付；  
2.医保定点二级医疗机构每次起付标准50元，多次就诊支付标准累计不超过200元。  
3.医保定点三级医疗机构起付标准100元，多次就诊支付标准累计不超过300元。



#### 六、门诊费用可以报多少？

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。具体报销比例为：

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。



#### 六、门诊费用可以报多少？

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。具体报销比例为：

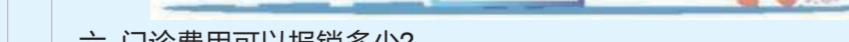
1.医保定点一级医疗机构及基层医疗卫生机构不设起付标准，按70%比例支付；  
2.医保定点二级医疗机构每次起付标准50元，多次就诊支付标准累计不超过200元。  
3.医保定点三级医疗机构起付标准100元，多次就诊支付标准累计不超过300元。



#### 六、门诊费用可以报多少？

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。具体报销比例为：

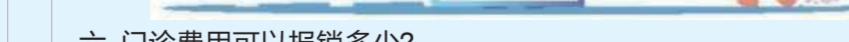
1.医保定点一级医疗机构及基层医疗卫生机构不设起付标准，按70%比例支付；  
2.医保定点二级医疗机构每次起付标准50元，多次就诊支付标准累计不超过200元。  
3.医保定点三级医疗机构起付标准100元，多次就诊支付标准累计不超过300元。



#### 六、门诊费用可以报多少？

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。具体报销比例为：

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。



#### 六、门诊费用可以报多少？

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。具体报销比例为：

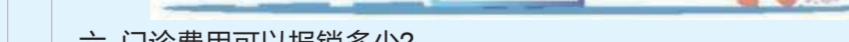
1.医保定点一级医疗机构及基层医疗卫生机构不设起付标准，按70%比例支付；  
2.医保定点二级医疗机构每次起付标准50元，多次就诊支付标准累计不超过200元。  
3.医保定点三级医疗机构起付标准100元，多次就诊支付标准累计不超过300元。



#### 六、门诊费用可以报多少？

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。具体报销比例为：

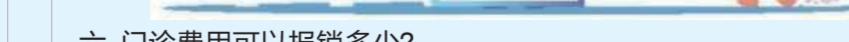
1.医保定点一级医疗机构及基层医疗卫生机构不设起付标准，按70%比例支付；  
2.医保定点二级医疗机构每次起付标准50元，多次就诊支付标准累计不超过200元。  
3.医保定点三级医疗机构起付标准100元，多次就诊支付标准累计不超过300元。



#### 六、门诊费用可以报多少？

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。具体报销比例为：

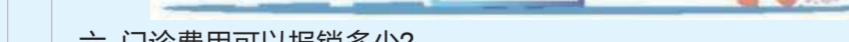
1.医保定点一级医疗机构及基层医疗卫生机构不设起付标准，按70%比例支付；  
2.医保定点二级医疗机构每次起付标准50元，多次就诊支付标准累计不超过200元。  
3.医保定点三级医疗机构起付标准100元，多次就诊支付标准累计不超过300元。



#### 六、门诊费用可以报多少？

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。具体报销比例为：

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。



#### 六、门诊费用可以报多少？

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。具体报销比例为：

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。

