

# 江苏医保支付新规问答

(2018年2月)

党的十九大报告指出，“完善统一的城乡居民基本医疗保险制度和大病保险制度”。近日，省政府办公厅出台了《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的实施意见》，对深化医保支付方式改革，建立完善医保支付体系作了部署。现就有关政策作一简明问答。

## 一、基本医疗保险分哪几种类型？

目前，基本医疗保险主要包括两类：职工医保和城乡居民医保。职工医保由用人单位和在职职工共同缴费，在职职工缴费全部进入个人账户，用于支付门诊和住院费用中个人自付部分以及在定点药店购药费用；单位缴费除一部分进入个人账户外，大部分注入医保统筹基金，用于保障住院医疗费用。职工医保政策范围内住院费用报销比例达80%以上。

城乡居民医保由原城镇居民医保和新农合整合而成，覆盖除职工医保应参保人员以外的其他所有城乡居民。城乡居民医保采取个人缴费和财政补助相结合的方式，建立医保基金，其中个人缴费约占30%，财政补助约占70%。城乡居民医保不设立个人账户，通过建立门诊统筹，用于保障参保居民门诊费用。城乡居民

医保政策范围内住院费用报销比例一般为70%左右。

## 二、将采取哪些措施提高门诊保障待遇？

为提高门诊保障待遇，保障参保人员权益，我省将逐步扩大门诊保障病种范围。城乡居民医保门诊重点保障多发病、慢性病，以及能够在门诊治疗的其他常见大病，对符合规定的门诊医疗费用支付比例在50%以上。为促进门诊保障待遇落实，到2020年，各地城乡居民医保每年用于门诊保障的统筹基金达到当年居民医保基金收入的30%左右。职工医保门诊慢性病，如高血压（Ⅱ、Ⅲ期）、糖尿病等发生的医疗费用按规定享受门诊待遇；门诊特定项目，如器官移植术后门诊抗排异治疗、恶性肿瘤放化疗等（各地具体病种范围有所不同）发生的医疗费用，按住院待遇政策规定进行报销。

## 三、住院按病种付费具体是指什么？

按病种付费主要是对临床诊疗方案和出入院标准比较明确、诊疗技术比较成熟的疾病，如阑尾炎、良性前列腺增生、老年白内障等，由医保基金和参保患者按照既定标准进行支付，促进医疗机构规范诊疗行为，控制医疗费用，减轻参保患者负担。其中，职工医保个人负担20%左右，城乡居民医保个人负担30%左右。实际医疗费用低于病种既定标准的，参保患者仍按实际费用的上述比例支付。从已开展按病种付费的地区看，与之前按项目付费相比，患者医疗费用大都有一定程度的下降。

此次改革将扩大按病种付费范围，优先将儿童白血病、儿童先天性心脏病等22类重大疾病纳入按病种付费范围，并逐步将日间手术等门诊治疗也纳入其中。2018年底，要求各设区市按病种付费达到150种，2020年不少于200种。

#### **四、如何减轻大病患者高额医疗费用负担？**

参保人员患重特大疾病，往往产生高额医疗费用，通过基本医保报销后，个人需承担的费用仍然较高。为减轻城乡居民大病负担，我省建立了城乡居民大病保险制度和医疗救助制度。

大病保险在基本医疗保障基础上，对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障，大病保险报销设有起付线，也称“门槛费”，一般为上年度城镇居民人均可支配收入或农民人均纯收入的50%左右，具体额度由当地人社部门确定。对基本医保报销后合规医疗费用超出“门槛费”的部分，大病保险最低按50%报销，超出部分越高，报销比例也越高。由于大病保险所需资金直接从医保基金中划拨，个人不需额外缴费。

在普惠的基础上，为实施精准保障，助力精准扶贫，对医疗救助对象、建档立卡低收入人口等困难群体，大病保险起付线比普通参保人员降低50%，报销比例相应提高5至10个百分点。

#### **五、在助推小病进社区上将采取哪些措施？**

我省将发挥医保政策的杠杆引导作用，推进小病进社区，着力形成合理的分级诊疗秩序。实行差别化医保支付政策，参保人

员首诊选择在一级及以下医疗机构的，报销比例比在二、三级医疗机构分别提高15和25个百分点。对符合转诊规定的患者，由上一级医疗机构转诊到基层医疗机构康复、治疗的，基层医疗机构住院起付线为零，合规医疗费用直接按规定报销。鼓励居民签约家庭医生，直接在基层接受慢性病、常见病等诊疗服务，并将合规的诊疗费用纳入医保支付范围。

## **六、对长期住院治疗的特殊疾病患者有何控费措施？**

此次改革改变以往按项目付费方式，对精神病、安宁疗护、医疗康复等需要长期住院治疗且日均费用较稳定的疾病，实行按床日付费。医保经办机构根据患者实际住院天数和规定付费标准，与医疗机构结算，控制医疗费用不合理增长，减轻患者医疗负担。

## **七、如何实行医保总额控制？**

总额控制是医保经办机构根据医疗机构的医疗服务数量和质量等指标，通过集体谈判协商，确定支付给医疗机构的医保基金总额。对总额控制建立激励约束机制，凡低于年度总额控制指标、完成规定服务量和达到考核要求的，结余部分由医疗机构留用；超过年度总额控制指标约定比例以上部分，由医疗机构自行承担，具体比例由各地确定。为支持医疗机构收治重症患者，打消超总额的顾虑，医保经办机构对超过年度总额控制指标的合理部分，按照协议进行相应分担，以切实保障人民群众医疗权益。