



保障参保群众待遇 方便群众就近就医

全市2000万人实现持卡就医直接结算

□本报记者 张晶

为建立更加公平更可持续社会保障制度,近年来,北京市人社部门精准施策,按照“保基本、兜底线、促公平、可持续”的原则,不断完善全民基本医保制度,着力深化医保制度改革,建立异地就医结算机制,减少群众“跑腿”、“垫资”,推进分级诊疗,构筑社会保障安全网,既保障了参保群众的待遇,又进一步方便了群众就医。

目前,本市参保职工由2001年的210万人逐步增至1593万人,379万城乡居民全部纳入基本医疗保险。全市近2000万医保人员已经全部实现持卡就医直接结算。

设立医事服务费

为参保群众减负6.76亿元

2017年4月,北京市医药分开综合改革全面实施。市医保部门不断增加医保基金投入,为改革提供支撑。改革中,取消了挂号费、诊疗费和药品加成,专门设立了医事服务费,市人社局同步调整完善医疗保险报销政策,将医事服务费纳入本市城镇职工、城乡居民基本医保和生育保险的报销范围,门诊医事服务费实行定额报销,且不受医保报销起付线、封顶线限制。

在医药分开综合改革中,提高了基层卫生机构医事服务费的报销水平,普通门诊医事服务费医保报销后,三、二、一级医院个人负担分别是10元、2元、1元,社区医院明显低于大医院。我市医药分开综合改革实施15个月来,仅调整医事服务费报销政策一项就减少个人负担6.76亿元,进一步推动了医疗改革的实施,减轻了群众负担。此外,将调整的435项医疗服务项目纳入医保报销范围,在医保药品目录内的阳光采购药品都按规定给予报销,保障了参保人员基本医疗待遇。

多项医保惠民政策

减轻参保群众医药费负担

近年来,市人社局不断出台医保惠民措施,通过提高报销比例、扩大报销范

基层就医报销比例更高

目前,城镇职工门诊社区报销比例达90%,住院报销比例达85%以上,门诊报销限额、住院报销限额分别为2万元、30万元;城乡居民住院报销比例提高到75%以上,门诊、住院报销限额分别提高到3000元、20万元。同时,医保报销政策向基层倾斜,对基层卫

生机构和大医院实行“差异化”的医保报销政策:城镇职工在社区就医发生的医疗费用报销90%,比大医院高20个百分点;城乡老年人和劳动年龄内居民门诊实行基层首诊、门诊、住院社区起付标准远远低于大医院,且报销比例均比大医院高5个百分点。

同时,市人社局还聚焦困难群体,特别是考虑到医药分开综合改革对住院精神病患者的影响,为减轻他们的负担,调整精神病患者住院报销政策。从过去的按比例报销,调整为按定额报销,实行按床日付费,且职工和居民执行统一的定额标准。从精神病患者个人负担来看,医改这一年多来和改革之前比较,精神病住院患者的负担下降了54%,尤其是居民医保患者年均个人负担从1.8万元降低到4000元左右。

围、加大对特困群体帮扶力度等举措,有效减轻群众医药费负担。

生机构和大医院实行“差异化”的医保报销政策:城镇职工在社区就医发生的医疗费用报销90%,比大医院高20个百分点;城乡老年人和劳动年龄内居民门诊实行基层首诊、门诊、住院社区起付标准远远低于大医院,且报销比例均比大医院高5个百分点。

城乡居民大病可再报销

自2013年起,本市建立了统一的城乡居民大病保险制度,城乡居民在享受当年基本医保待遇后,政策范围内个人高额医疗费用,由大病保险“二次报销”。5万

门诊特殊病病种增至11种

近年来,本市不断完善门诊特殊病政策,门诊特殊病病种从最初的3种增加到11种,包括恶性肿瘤门诊治疗、肾透析、肾移植术后抗排斥治疗、血友病、再生障碍性贫血、肝移植术后抗排斥治疗、肝肾联合移植术后抗排斥治疗、心脏移植术后抗排斥治疗、肺移植术后抗排斥治疗、多发性硬化、

扩大医保报销药品品种至2986种

本市不断扩大医保药品报销范围,将国家2017年版药品目录

多措并举让群众在家门口看病

享受方便快捷医疗服务

近年来,市人社局多措并举,积极引导参保人员到基层就医,方便群众在家门口看病,享受方便快捷的医疗服务。

一是家门口的社区医院更多了。本市不断增加社区定点,对社区卫生服务机构和养老机构内设医疗机构申请医保定点开辟“绿色通道”。目前,本市社区定点2000余家,占全市定点医疗机构的七成。同时,本市参保人员就医时,除可选择5家定点医疗机构外,还有19家A类医院以及所有中医、专科医院共300余家定点医疗机构,无需选择即可直接就医。

二是就医用药更加方便。为减少群众开药到大医院来回跑等问题,本市统一了大医院和社区医保用药报销范围,凡在大医院能报销的药品,在社区也都能报销;高血压、糖尿病、冠心病、脑血管病等4种慢性病患者还可享受2个月“长处方”报销便利。同时,鼓励并支持社区开展居家上门医疗服务,为参保人员建立家庭病床,起付线减半,医保均

元以内的报销60%;超过5万元以上的报销70%,上不封顶。参保群众在申报时,无需跑腿,医保系统在自动核算后,直接将大病报销费用转至个人医保存折或银行

黄斑变性眼内注射治疗。

特别是2017年,本市医保部门将“多发性硬化”和“黄斑变性眼内注射治疗”增加纳入门诊特殊病病种范围,将“恶性肿瘤放射治疗和化学治疗”调整为“恶性肿瘤门诊治疗”,并同步调整报销政策,把近20种用于治疗恶性肿瘤的贵重靶向药纳入医保

新增药品及36种谈判药品全部纳入医疗保险、工伤保险和生育保险

按规定报销,减轻个人负担。

三是定点医药机构增加了。2017年全面实施基本医疗保险定点医药机构协议管理工作。积极支持社会办医,对社会办医疗机构与政府办医疗机构实行同样的基本医疗保险政策,按照公平公正、一视同仁的原则,将符合条件的医疗机构纳入定点范围,以更好满足人民群众多元化的就医需求。目前,本市定点医疗机构达2853家,定点零售药店457家,且覆盖全市16个区。定点零售药店可以通过出示外配处方和社保卡,持卡实时结算,大大满足了参保人员的就医购药需求,方便群众就近买药。

四是“减证便民”让群众办事更方便。在城乡居民医保参保手续办理过程中,全市社保经办机构根据各区民政、农委等主管部门提供的人员信息进行比对审核,不需要个人跑腿,就为本市13类享受政府资助参加城乡居民医保的困难人员完成了参保缴费手续。目前,已有近36万人享受了这种便利服务。特别

卡。2017年度,本市大病医保制度惠及城乡居民22776人,减轻个人医疗费用负担23651元,政策实施以来,惠及城乡居民95277万人,减轻个人医疗费用负担约8亿元。

报销范围。通过门诊特殊病政策调整,每年为大病患者减轻医疗费用负担约3.5亿元。

以治疗乳腺癌的靶向药“曲妥珠单抗(赫赛汀)”为例,国家谈判前年均药品费用23万多元,谈判后年均药品费用约9万,纳入门诊特殊病报销后退休人员个人负担降低为1万余元。

险报销范围,医保药品品种达2986种,群众负担进一步减轻。

是自2016年11月起,市医保部门在全市调整特殊病备案流程,患特殊病的参保人员可在本人选定的定点医疗机构,“一站式”完成申报、备案、治疗、结算及待遇查询等手续,无需特殊病患者再到单位、经办机构之间奔波。目前,该项措施已惠及患者7万余人。

五是基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用可持卡直接结算。按照国家统一部署,本市按照“有重点、分阶段快速稳步推进”的原则,进一步完善了跨省异地就医住院医疗费用直接结算的有关政策,包括本市异地就医住院医疗费用直接结算的参保人员范围和医保报销政策等。目前本市与全国所有省市和新疆生产建设兵团医保信息系统均可联网直接结算,直接结算备案人员范围扩大到异地长期居住人员、常驻异地工作人员和异地转诊人员,扩大到城乡居民基本医疗保险参保人员,所有有住院业务的600余家定点医疗机构均已纳入直接结算定点范围。