

株洲市医疗保障局文件

株医保发〔2019〕1号

株洲市医疗保障局 关于推行医疗保障惠民便民利民二十条措施的 通 知

各县市区医疗保障局、云龙示范区劳动和社会保障局：

为贯彻落实党中央、国务院“放管服”改革要求，按照《中共株洲市委办公室 株洲市人民政府办公室印发〈关于在全市全面推行“最多跑一次”改革的实施方案〉的通知》（株办〔2018〕28号）部署，进一步转变政府职能，提高政府办事效率，方便人民群众参保缴费、看病就医，真正做到“倾真情为人民群众优质服务、尽全力让人民群众真心满意”，经研究，决定在全市医疗保障系统推行惠民便民利民二十条措施。现将

有关事项通知如下：

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，大力践行“以人民为中心”的发展思想，以惠民便民利民为总目标，以完善政策制度、优化办事流程、创新工作方法、提升服务质量、温暖企业行动为主要抓手，改进工作作风、强化队伍建设、主动服务群众，解民忧、惠民生、暖民心，推动医疗保障服务理念、制度、作风全方位深层次变革，全力打造审批事项少、办事效率高、服务质量优的政务服务环境，不断增强人民群众和用人单位对医疗保障工作的获得感和满意度。

二、主要内容

（一）提高待遇政策惠民

1.提高城乡居民基本医疗保险和大病保险待遇。对建档立卡贫困人口参加城乡居民医保实行“零缴费”，个人缴费由政府全额补助。建档立卡贫困人口、特困人员、计生特扶人员基本医疗保险政策范围内住院报销比例（按项目付费）提高10%，其中三级医院报销比例从65%提高到75%，二级和县级医院从75%提高到85%，一级医院从85%提高到95%，乡镇卫生院和社区卫生服务中心从90%提高到100%。

城乡居民大病保险年度累计补偿金额从20万元提高到30万元。城乡居民普通参保人员大病保险报销比例在原基础上提高5%，具体为：0至3万元报销55%，3万元以上至8万元报销65%，8万元以上至15万元报销75%，15万元以上报销85%。

建档立卡贫困人口、特困人员、城乡低保对象、计生特扶人员、1-2 级残疾人员大病保险起付线降低 50%，同时，大病保险报销比例在普通人员的基础上提高 5%。

2.全面保障抗癌药品和谈判药品政策落地。及时组织特药责任医师评审抗癌药品和谈判药品待遇，对评审前已使用符合条件的抗癌药品和谈判药品的费用予以追补。评审后符合条件的，纳入联网直接结算。实行医院和特药药店双渠道供药，督促医院和特药药店及时购入药品，严格执行谈判价格，全面保障救命救急的好药纳入医保报销范围。谈判药品费用不纳入医院“药占比”考核和总额控制费用范围，对使用抗癌药品和谈判药品的实行年终适当补偿机制，鼓励总额控制医院使用纳入管理范围内的抗癌药品和谈判药品，使医院愿意进、患者用得上、用得起，真正让患者切实享受抗癌药品和谈判药品降价带来的实惠。

3.扩大特殊门诊病种范围。将更多慢性病和罕见病门诊用药纳入医保报销。城镇职工医保特门增加垂体瘤、克隆病、多发性硬化症、多发性骨髓瘤、肝豆状核变性、中枢神经系统脱髓鞘疾病等病种。城乡居民医保特门增加高血压、糖尿病等病种，特门病种由 3 种扩大为 43 种。享受特殊门诊待遇人员凡年满 80 周岁且到期不更改病种的，可长期享受特殊门诊待遇。

4.提高器官移植术后抗排异治疗待遇标准。提高器官移植术后抗排异治疗的医保年度结算限额，第一年由 6 万元提高到 7.2 万元；第二年 5 万元和第三年起 4.5 万元均提高到 5.4 万元；

肾移植术后抗排异治疗同时需血液透析的，抗排异治疗费用由 4.5 万元提高到 4.8 万元。器官移植术后抗排异治疗的报销比例，城镇职工医保为 90%，城乡居民医保由 50% 提高到 80%。定期组织器官移植患者免费体检，并组织专家及时评估、指导用药。器官移植术后抗排异治疗逐步纳入协议医疗机构管理，由协议医疗机构统一供药、统一管理，保障患者安全用药、放心治疗。

5. 全面提高生育保险待遇水平。提高女职工产假生育津贴天数，符合条件的女职工生育津贴发放天数由平产 98 天提高到 158 天；难产的另增加 15 天；多胞胎生育的，每多生育一胎，增加 15 天。扩大男职工一次性生育补助金发放范围，根据《湖南省人民政府令》（第 294 号）规定，男职工配偶 2019 年 1 月 22 日后合法生育且未参加生育保险的均可享受一次性生育补助金。提高城镇职工生育保险医疗费用最高支付标准（含灵活就业女职工），三级医院平产由 2500 元提高至 3300 元，剖宫产由 3800 元提高至 4300 元；二级医院平产由 2000 元提高至 2500 元，剖宫产由 3000 元提高至 3500 元；一级医院平产由 1500 元提高至 2000 元，剖宫产由 2500 元提高至 3000 元。增加人流手术住院待遇项目，最高支付标准为 800 元。提高引产最高支付标准，三级医院由 1500 提高到 2000 元，一、二级医院由 1000 元提高到 1500 元。上环、取环最高支付标准由 200 元提高至 300 元，男女结扎最高支付标准由 1300 元提高至 2000 元。未达到最高支付标准的按政策规定的实际发生费用支付。

（二）优化流程服务便民

6.推行业务办理“一窗式”服务。打破按业务科室分开受理的传统做法，进一步梳理服务窗口经办流程，整合服务窗口，提升服务效能。设立综合和待遇两个服务分区，综合服务分区负责政策咨询、服务引导、参保缴费、异动转移接续、信息查询修改、参保证明打印、异地就医备案等业务；待遇分区负责医疗费用报销、特殊门诊办理、个人账户补划等业务。服务窗口实行“一窗通办、集成服务”的综合柜员制，按照前台受理、后台办理、内部流转的服务模式，确保人民群众到任一服务窗口都能一次办结。

7.推行贫困人口医疗费用“一站式”结算。协调财政、卫生健康、民政、保险公司等部门，在各县市区设立健康扶贫“一站式”服务中心，开设“一站式”结算专户，将相关部门保障备用金及时拨付到结算专户。全市建档立卡贫困人口住院医疗费用按“基本医疗保险+大病保险+扶贫特惠保+医疗救助+医院减免+财政兜底”的模式实行“一站式”结算，彻底解决贫困群众因待遇项目多而多头跑腿的问题。

8.实行异地就医“无障碍”办理。简化异地就医备案登记手续，取消就医地医保经办机构和相关定点医疗机构签字盖章。拓宽异地安置人员异地就医申请备案渠道，由在参保地经办机构备案拓宽到电话（传真）、手机APP备案。增加异地安置人员异地就医医院数量，从备案后可在就医地3家医院住院增加到就医地市的所有联网医院均可住院，其中备案北京市、

天津市、海南省、西藏自治区和新疆兵团的，可在就医地省域范围所有联网医院住院，逐步实现全国范围内持社保卡“无障碍”就医结算。将市区二级以上综合性医院、县市人民医院和中医院、符合条件的基层医院纳入异地就医管理平台，督促医院主动做好异地结算工作，方便外地参保人员在株“无障碍”联网结算，让数据跑路代替群众跑腿。

9.简化转诊转院手续，畅通就医就诊渠道。转诊转院就医管理遵循“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”和参保人自愿选择的基本原则。城镇职工医保患者3日内因相同疾病复发在市内另一家医院住院的，由接诊医院对接前一家诊治医院医保科为其办理转诊手续。城乡居民医保患者在市内非首诊定点医院住院的，接诊医院须负责协助办理转诊转院手续。患者因市内医院治疗条件和技术受限需转市外治疗的，转出医院及时办理转诊转院手续。市内医院具备治疗条件和技术，患者仍坚持转市外治疗的，接诊医院及时协调处理或按患者要求办理异地住院登记手续，住院医疗费用按异地急诊办理。

10.实行医疗保险关系转移接续“代办制”。市内参保人员流动就业转移接续医疗保险关系的，全面取消转移接续人工办理，新参保地区通过医保系统自动完成市内医疗保险关系转移接续。跨统筹区医疗保险关系转移接续实行代办制，《基本医疗保险关系转移接续联系函》和《参保人员基本医疗保险类型变更信息表》由经办机构代为收发，办理时限由15个工作日缩短至5个工作日。

11.简化生育保险待遇登记备案和报销办理流程。取消医保经办机构办理生育待遇登记证，在市区内生育的参保女职工，只需怀孕 20 周后至产前由本人持身份证（或社会保障卡）、《生育证》、《孕妇保健手册》直接在生育协议医疗机构办理生育保险待遇登记备案手续，产前检查费用、生育分娩医疗费用直接在选定的协议医院报销。简化用人单位生育津贴、男职工一次性生育补助金申领手续，生育津贴申领取消单位往来收据，男职工一次性生育补助金申领取消单位往来收据和女方《无工作证明》，参保单位提交资料后医保经办机构当场办结。

12.实行待遇申报“承诺制”。外地探亲、出差和旅游期间急诊住院回参保地结算的，取消提供证明探亲、出差和旅游的相关材料，实行“承诺制”，住院医疗费用按异地急诊结算。参保人员发生意外伤害申请医保待遇的，取消医保经办机构审核，直接填写《株洲市参保人员意外伤害申报表》和《意外伤害如实陈述承诺书》交给接诊协议医疗机构。受伤原因简单明了的，由接诊协议医疗机构审核后享受待遇；复杂可疑的，接诊协议医疗机构联系医保经办机构进行核实，符合医保支付条件的，直接在接诊协议医疗机构实行“一站式”结算。

13.打造个人账户业务“升级版”。开通全市范围内协议连锁药店社会保障卡购药个人账户结算业务，方便群众就近购药。适时开通异地就医住院个人自付部分个人账户支付业务。参保人因出国定居、账户继承、跨统筹区参保等原因申请提取个人账户资金的，取消提供个人银行账户，凭社会保障卡、本

人身份证或代办人身份证，由医保经办机构及时办理个人账户资金支取。

14.优化医疗、生育保险异动业务流程。取消办结异动所规定的经办时限，由 15 个工作日改为当场办结。推进与公安、民政、人社、税务等部门共享数据，打破数据壁垒，消除数据孤岛，精简异动申报资料。建立电子档案信息系统和网上经办信息系统后，改纸质证明材料为电子证明材料，改现场申报为网上申报，参保单位和参保个人足不出户即可办理异动业务。

15.推行协议机构医疗费用“无票据、零次跑”支付。简化协议机构医疗费用支付流程，实行医保经办机构资料内部流转、数据内部核对、财务直接支付。在协议机构发生的城镇职工医保门诊刷卡费用，实行网上对账，数据直接传输到医保经办机构通过网银批量支付。医保经办机构根据业务数据和拨付单直接支付协议机构住院医疗费用，全面实现医疗费用结算“无票据”、“零次跑”。

（三）推进改革措施利民

16.推进个人账户改革，实现家庭成员共享、功能范围扩展。拓展城镇职工医保个人账户使用范围，包括支付本人和直系亲属应由个人负担的医疗费（挂号、诊疗费、生育计育、疫苗、体检、医疗保健等自费医疗费用）。支付在协议零售药店购买药品、医疗器械、医用材料、卫消字或卫杀准字的消毒用品、国食健字的保健品的费用。支付直系亲属参加城乡居民医保的个人缴费。支付本人或直系家属参加长期护理保险的个人缴费

以及个人自付的护理费用。支付家庭医生签约服务包个人自付部分以及购买商业医疗健康类保险产品的费用。

17.推进“互联网+智慧医保”建设，实现“网上办医保、一次不用跑”。打造株洲智慧医保，搭建医疗保障互联网服务平台，逐步将经办服务项目纳入智能化办理范围，力争所有的经办服务项目网上办理，实现参保缴费、信息变更、就医备案、凭证打印、待遇申报、业务对账、办事预约等服务网上办结。开通医保业务网上综合查询功能，向社会发布医疗保障政策、医保待遇信息、医疗服务项目价格等查询操作指南，为群众提供业务项目、办理流程、公示公告等信息查询服务。推动医保移动支付，实现一键挂号和诊间费用医保支付功能。

18.全面推进生育保险和职工医保合并实施，促进医疗、生育保险市级统筹。遵循保留险种、保障待遇、统一管理、降低成本的总体思路，推进生育保险和职工医保合并实施，实现参保同步登记、基金合并运行、征缴管理一致、监督管理统一、经办服务一体化。提高医疗、生育保险统筹层次，建立健全医疗、生育保险调剂共济和抗风险机制，保证医疗、生育保险制度健康稳定发展，促进医疗、生育保险市级统筹，力争实现更高水平的“四个统一”，即基金管理统一、主要政策统一、业务流程统一、信息系统统一。

19.探索建立长期护理保险制度，解除长期失能人员后顾之忧。学习借鉴长期护理保险试点城市经验，探索制订长期护理保险保障范围、参保缴费、待遇支付等政策。探索建立长期护

理保险服务机构和护理人员质量评价、协议管理和费用结算等办法，为长期失能人员的基本生活和医疗护理提供资金或服务保障。

20.提升经办服务质量，实现“同城通办”。经办服务按照“就近办、网上办、马上办、一次办”的原则，向基层医保经办机构、协议医疗机构、社区服务中心、银行网点延伸，向智能化、自助化办理扩展。全市参保人员可以跨区域办理医疗、生育保险业务，市民中心、各县市区政务服务中心均可提供医疗、生育保险公共服务，不再设置区域、参保地限制。设立医疗保障自助办理区，开发医保办事服务自助机，提供 365 天、24 小时不间断的医疗保障自助服务。

三、保障措施

（一）加强领导。各县市区医疗保障局要高度重视，提高认识，把落实好惠民便民利民“二十条措施”作为当前和今后一段时期的重要工作，层层分解任务，逐项抓好落实。要进一步明确职责分工，各县市区医疗保障局负责牵头组织，并积极与发改、卫生健康、民政等部门就职责范围内工作做好协调配合，建立工作推进落实机制，把任务分解到位、责任落实到位，形成工作合力，确保各项工作顺利推进。

（二）精心组织。各县市区医疗保障局要在“二十条措施”基础上结合当地实际制定具体实施方案，进一步完善工作目标、工作措施、工作进度。要充分发挥“互联网+智慧医保”的作用，进一步创新服务举措，提高服务效能，有效提升医疗

保障服务信息化水平。要进一步提升服务意识，对单位和群众从提交申请到获取办理结果，全方位、全过程提供便捷高效服务，切实增强群众获得感、满意度。市医疗保障局将加强对“二十条措施”的跟踪督导，及时发现政策执行过程中存在的困难和问题，适时对各县市区进行专项指导，确保惠民便民利民措施真正落地见效。

（三）广泛宣传。各县市区医疗保障局要充分利用报纸、广播、电视、网络、新媒体等载体和新闻发布会等形式，做好“二十条措施”的宣传解读，积极回应社会和群众关切，提高“二十条措施”的社会知晓度和认知度。要在各级医保经办机构、医保协议机构设置“二十条措施”服务指南，公布咨询服务电话，在窗口配备咨询人员，解答群众的疑难问题，以喜闻乐见、通俗易懂的方式广泛宣传“二十条措施”，让人民群众和用人单位能够尽快了解措施内容，真正享受政策红利。

