

益阳市医疗保障局

益阳市医疗保障局 关于对市政协代表提案《新型农村合作医疗缴费等情况引发群众反应亟待重视》的 答 复

尊敬的周金泉委员：

您提出的《新型农村合作医疗缴费等情况引发群众反应亟待重视》已收悉，衷心感谢您对城乡居民医保工作的关心关注。对您的建议，我局领导高度重视，召开了专门会议，并明确专人负责承办。现就相关情况及答复汇报如下：

一、城乡居民医保政策概况

为实现城乡居民公平享有基本医疗保险权益，推动医疗保险事业可持续发展，2016年1月国务院下发了《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号），将原新型农村合作医疗和原城镇居民医保整合为城乡居民医保。2016年12月湖南省人民政府下发了《湖南省城乡居民基本医疗保险实施办法》（湘政发〔2016〕29号）。文件要求城乡居民医保必须按全省统一的政策实行，城乡居民医保筹资（缴费）和待遇标准随着社会经济发展和城乡居民医保基金运行状况适时调整，调整方

案由省人力资源社会保障厅会同有关部门研究制定(现在为省医疗保障局)。2019年3月医保局成立,国家和省逐步完善机构职责,优化服务,进一步提高统筹层次,严格执行国家和省级城乡居民医疗保险政策。

二、关于适当“稳定”参保缴费金额问题

城乡居民医保采取财政补助和个人缴费相结合的筹资方式。一是对居民参保缴费实施财政补助,并逐年加大投入。2003年至2021年,我省财政补助标准从每人每年20元提高到了580元,个人缴费标准从10元提高到280元,2021年城乡居民医保筹资中,财政补助与个人缴费的比例为2.07:1。政府历年的投入均远大于个人缴费,是居民医保基金最主要的来源。二是对困难群体参保的个人缴费部分按规定给予补贴,帮助其参保。上级医保部门牵头制定困难群众参保资助政策:对特困人员、重度残疾人、孤儿、事实无人抚养儿童参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分给予全额资助,对低保对象给予50%的资助。2021年,全市共资助36.38万名困难群众参保,共资助参保资金6987.12万元。

我省城乡居民个人缴费标准全省统一,每年颁布湖南省城乡居民医保个人缴费标准执行滞后国家标准(2019年国家规定最低标准250元,我省实际执行为220元;2020年国家最低标准280元,我省实际执行为250元),在全国来说处于相对较低水平。按照国务院的决定,后续要降低财政补助和个人缴费的比例,逐步下降到2:1以下,这是国家从长远战略考虑解决城乡居民

“病有所医”作出的重要决策。

但也正如您提到的，由于标准每年调增引起了群众对政策的不理解，省医疗保障局对此高度关注，一是研究个人缴费增长规划，根据2021年财政补助标准和跨年征缴的个人缴费，科学评估2021年筹资结构，着眼于责任均衡、结构优化和制度可持续，研究未来2至3年个人缴费增长规划。二是积极向国家、省医疗保障局和财政部门反映，依据国家有关政策规定和我省经济发展水平、城乡居民收入状况、医疗消费需求、城乡居民医保基金运行等情况，探索建立与经济社会发展水平、各方承受能力相适应的稳定可持续筹资机制。三是将更加重视医保政策解释宣传工作，以惠民利民的医保政策措施增强群众参保的积极性、幸福感和获得感。

三、关于扩大家庭账户的使用途径问题

家庭账户是原新型农村合作医疗成立初时，为加强参保护面时的区县市做法，随着城乡统筹的建立和《湖南省城乡居民基本医疗保险实施办法》（湘政发〔2016〕29号）的下发，家庭账户已被门诊统筹的实施规范。2019年，省医疗保障局、省财政厅、省卫生健康委员会联合下发《关于进一步完善城乡居民基本医疗保险门诊医疗保障政策的通知》（湘医保发〔2019〕20号），文件中已明确实行个人（家庭）账户的统筹地区，应于2020年1月1日起取消个人（家庭）账户，全面实行普通门诊统筹。2022年底前，原个人（家庭）账户累计结余资金可以由参保居民家庭成

员按原规定继续使用。已取消个人（家庭）账户的，不得恢复或变相设置。2019年我市下发了《益阳市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹管理实施细则》（益医保发〔2019〕28号）和《益阳市医疗保障局 益阳市卫生健康委员会关于进一步完善城乡居民医保特殊病种门诊政策的通知》（益医保发〔2019〕29号），参保居民在协议基层医疗卫生机构就诊时，43个特殊病种和普通门诊政策范围内门诊医疗费用，在年度限额内，不设起付线，支付比例70%。同时，我们还在全省建立城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制，参保患者在协议基层医疗卫生机构就诊时，由签约家庭医生开具的符合用药范围规定的降血压、降血糖药品费用，不设起付线，按照70%比例报销，高血压患者每年最高支付限额360元，糖尿病患者每年最高支付限额600元。参保人员经确诊同时患有高血压、糖尿病，并按照诊疗规范同时使用降血压、降血糖药品的，可按照湘医保发〔2019〕34号文件规定的标准，同时享受高血压、糖尿病门诊用药专项保障待遇，自制度建立以来，全市城乡参保居民“两病”门诊享受医保待遇人数39.44万人，就诊40.65万人次，共支出基金3659.61万元，较好地减轻了广大参保居民两病患者门诊医疗费用负担。

四、关于优化新农合制度

优化新农合制度问题，实质上是优化城乡居民医保政策问题。这是我们医疗保障部门努力的方向。分级诊疗政策是我国医改的重要举措，是政府为解决看病难看病贵问题。落实分级诊疗政策

的关键是提高基层医疗机构的医疗技术，另外就是医保政策倾斜等。医保部门在政策制度建设方面努力推动落实分级诊疗，在政策上对基础医疗机构倾斜：一是定点管理方面，将符合条件的社区及基层医疗卫生机构纳入医疗保障定点管理，并明确规定参保人员必须选择 1-2 家社区或基层医疗机构作为就诊医疗机构；二是支付政策方面，对患者在不同级别医疗机构就医实行差别支付政策，支付比例差距拉开 5-10 个百分点。同时医保部门为解决看病贵问题探索支付方式改革：在开展 DIP 付费改革试点中均注重用支付方式提升医院医疗技术，降低住院总费用，鼓励开展门诊统筹，探索对紧密型医共体实行总额付费，促进形成“基层首诊、分级诊疗、双向转诊、急慢分治”的良好局面。下一步，我们将更好的加强医疗行为监管，合理引导双向转诊，发挥基层医疗卫生机构在医疗服务和医保控费方面的守门人作用。

感谢您对我市医疗保障事业的关心和支持！

