

你问我答

老百姓最关心的10个 医保热点问题

4月8日起,我市将正式实施《北京市医药分开综合改革实施方案》。这项改革与每个人密切相关。本期就您最关心的医改涉及医保的10个热点问题做出解答。

一、什么是医事服务费?

答:医事服务费是北京市在医药分开综合改革中用于补偿医疗机构取消药品加成及挂号费诊疗费后的运行成本,之所以叫“医事服务费”,就是为了突出医务人员对您整个医疗过程提供的技术劳务价值。开设医事服务费后,原挂号费和诊疗费取消。

项目名称	三级医院			二级医院			一级医院及基层医疗卫生机构		
	医事服务费	报销金额	自付金额	医事服务费	报销金额	自付金额	医事服务费	报销金额	自付金额
普通门诊	50	40	10	30	28	2	20	19	1
副主任	60		20	50	20	40			20
主任	80		40	70	30	40	60	20	40
知名专家	100		60	90		60	80		60
急诊	70		60	10	50	48	2	40	39
住院	100	按比例报销		60	按比例报销		50	按比例报销	

二、价格方面规范调整了哪些项目?

答:在项目安排上,坚持突出重点,分步推进。按照总体规划、分步实施、升降搭配的原则,优先安排了矛盾比较突出、各方面改革呼声较高、有改革共识的5类435个医疗服务项目。具体包括:综合医疗服务类(床位、护理等)125项,占28.7%;影像学诊断类(CT、核磁等)185项,占42.5%;中医医疗服务类(针灸、推拿等)96项,占22.1%;临床手术治疗类(阑尾切除术等)26项和临床物理治疗类(放疗等)3项,占6.7%。

三、医保政策上,怎么保障老百姓的待遇?

答:本次医药分开综合改革是北京市深化医药卫生体制改革的重要举措。在改革过程中,作为医保管理部门,市人社局充分发挥医保政策的基础和调节作用,保障参保人员基本医疗待遇,为改革顺利推进提供支撑。主要体现在以下两个方面。

一是所有医保定点医院均参加此次改革。为了保障参保人员就医时享受同等医疗待遇,这次改革中,全市所有医保定点医院(含新农合定点)都将参加,执行同一个政策。

二是在医保报销政策上为改革提供支持。第一是医药分开改革。我们将医事服务费纳入本市城镇职工、城乡居民基本医疗保险报销范围,并调整报销政策。其中,门诊医事服务费实行定额报销,参保人员发生的医事服务费按规定报销,并且不受起付线和封顶线的限制。三级医院普通门诊定额报销40元,二级普通门诊定额报销28元、一级及以下医疗机构普通门诊定额报销19元。住院医事服务费按比例进行报销。另外,门急诊医事服务费暂不累计计算在个人的门急诊医疗保险金额中。住院医事服务费累计计算在个人的住院医疗保险金额中。第二是医疗服务项目。对此次调整的435项医疗服务价格项目,除国家明

确规定不报销的项目外,都纳入了医保报销范围。其中,新增的55项专项护理和新生儿诊疗项目全部纳入报销范围,特别是此次调整后的96项中医类项目,也全部纳入报销范围。第三是阳光采购的药品,在医保药品目录范围内的,医保都按规定报销。

四、基层目录能与大医院对接吗?

答:按照市政府工作的总体部署,阳光采购工作坚持以基层为重点,扩充基层医疗机构药品目录品种。相关部门将原基层医疗机构与二三级医院的药品采购平台合二为一,通过“一个平台,上下联动”,实现基层医疗机构与二三级医院采购目录的上下一致,为分级诊疗制度奠定基础,方便患者就医取药。由于社区医疗机构的药房仓储面积小,日常用品在便利店里基本都可以买到。但由于便利店的仓储面积小,设备设施少,它销售的商品种类必定比大型超市的少。

据统计,三级医院药品配备数量平均在800种左右,二级医院药品配备数量平均在600种左右,社区一般在300种左右,所以社区有可能不会将全部药品配备齐全。但为方便患者,要求医联体范围内的慢病药品目录尽可能统一。

五、改革后医保报销流程上会有变化?

答:这次改革中,参保人员就医报销流程保持不变。也就是说,本市参保人员在定点医疗机构就医时,仍执行持卡就医实时结算相关规定,就医报销流程不会发生变化。另外,在医保惠民措施上,为了配合医药分开改革,特别是进一步方便常见病、慢性病和老年病患者在社区就近就医用药,免去为开药到大医院往返奔波排队的麻烦,市人社局还出台了一系列配套措施:

一是不断增加社区定点医疗机构数量,目前社区定点医疗机构有1400多家,方便百姓就近就医;

二是统一社区和大医院医保药品报销范围,凡在大医院能报销的药品,在社区也都能报销;

三是高血压、糖尿病、冠心病、脑血管病等4种慢性病患者,可享受2个月长处方报销便利;

四是鼓励社区卫生机构开展居家上门医疗服务和建立家庭病床,发生的医疗费用医保均按规定予以报销;

五是无论门诊和住院,因病情需要,参保人员可以顺畅的进行转诊、转院;

六是对社区和大医院实行“差异化”的医事服务费报销政策,使患者在社区就医的负担明显低于大医院,促进分级诊疗。

六、价格项目规范调整方案中的“项目内涵”有什么作用?

答:为促进“服务透明”,本次改革,注重规范,扩大监督,首次对每一个医疗服务价格项目增加了“项目内涵”,即对每一项的操作过程和提供的技术服务进行了清晰、详细的描述,使专业、神秘的医疗服务变得通俗、透明,方

便患者了解自己接受的医疗服务应该包含的流程和内容,减少信息的不对称,增加患者对医疗机构规范操作、提升服务的监督能力,同时也有助于医务人员规范操作、提升服务。

七、如何体现“总量控制,有升有降”?

答:保持全市医疗费用总量基本平衡,价格水平“一升两降”:上调床位、护理、一般治疗、手术、中医等体现医务人员技术劳务价值项目价格。普通床位费从现行28元调整为50元,二级护理从7元调整为26元,阑尾切除术从234元调整为560元,针灸从4元调整为26元等。降低了CT、核磁等大型设备检查项目价格,头部CT从180元降低到135元;核磁从850元降低到400-600元;PET/CT从10000元降低到7000元。并通过配套取消药品加成和药品阳光采购降低了药品价格,平均降幅在20%左右。

根据测算,调整后患者费用总体负担水平没有增加。

八、调整的435项医疗服务项目,医保怎么报销?

答:此次调整的435项医疗服务项目,除了个别的国家明确规定不予报销的项目,其他的都纳入了医保报销范围。特别是此次调整中,新增的55项专项护理、新生儿诊疗等项目,也都纳入了医保报销范围。

九、如何加强公立医疗机构特需医疗服务管理,确保基本医疗?

答:根据区域卫生规划和各级各类医疗机构的功能定位,严格控制三级公立医院用于特需医疗服务的床位数,使其不得超过医院登记床位总数的10%;副主任医师及以上职称的在职医师特需门诊出诊单元数量不超过医院出诊单元总量的10%。一级和二级公立医疗机构以为辖区居民提供基本医疗服务为主要功能,不得开展特需医疗服务。三级公立医院在基本医疗服务量减少的情况下,不得增加提供特需医疗服务的规模。

十、群众咨询或举报问题有哪些途径?

答:为方便群众咨询、举报,政府将畅通4条热线服务电话。医事服务费问题和医疗行为规范问题,可拨打12320卫生服务热线;价格违法问题,可以通过12358价格举报电话、网络等形式咨询、举报,并注意保留好证据材料;医保报销问题,可拨打12333医疗保险服务热线;综合问题可通过12345市民热线反映。

