

山西省人民政府文件

晋政发〔2017〕36号

山西省人民政府

关于进一步完善城乡居民医疗保险政策的通知

各市、县人民政府，省人民政府各委、办、厅、局：

为进一步完善我省城乡居民医疗保险制度，提高参保群众受益水平，省人民政府决定在城乡居民医保制度整合实现“六统一”的基础上，进一步完善城乡居民医疗保险政策。现就有关事宜通知如下：

一、完善门诊统筹政策

将城乡居民门诊统筹基金筹资标准从每人每年60元提高到100元。门诊统筹基金主要用于支付本人在“两定机构”发生的医药费、医事服务费、家庭医生签约服务费和参保患者门诊慢性病等

医药费用的报销。

各市可将门诊统筹基金经办业务纳入委托商业保险公司经办范围,由各市招标确定承办的商业保险公司。商业保险公司要将门诊费用报销支付资金直接拨付到患者社保卡中。有条件的市也可适当提高门诊统筹筹资标准。

各市要结合实际制定具体的门诊统筹基金管理使用办法。

二、完善住院待遇政策

(一)统一城乡居民基本医保待遇支付标准。城乡居民医保制度整合后,住院医疗费用基本医保起付标准、支付比例实行全省统一标准(见下表)。

城乡居民基本医疗保险住院待遇标准

医疗机构	三类收费标准 (二级乙等及以下)	二类收费标准 (三级乙等及二级甲等)		一类收费标准 (三级甲等)	
		县级	省、市级	省、市级	省外
起付标准	100元	400元	500元	1000元	1500元
支付比例	85%	75%	70%	60%	55%

(二)提高支付比例。严格控制医保目录外的药品、检查、诊疗项目占比和高值耗材的使用,医保目录内统筹基金在各级定点医疗机构的支付比例按上表规定执行。

(三)确定最高支付限额。年度内城乡居民基本医疗保险统筹基金支付住院费用的指导封顶线为7万元,各统筹地区可根据基

金承受能力适当上浮。

(四)降低起付标准。参保人员年内二次以后住院费用报销起付标准比现行起付标准降低 50%。

(五)统一用药品种范围。农村居民与城镇居民执行统一的医保药品目录。

三、提高大病保险筹资标准和待遇水平

(一)提高筹资标准。将城乡居民大病保险筹资标准提高到每人每年 50 元,有条件的市可适当提高筹资标准。

(二)提高待遇水平。取消大病保险分段补偿办法,参保人员住院费用医保目录内个人自付超过 1 万元以上部分,由大病保险资金统一按 75%的比例支付,在一个年度内参保患者大病保险资金按规定支付的最高限额为 40 万元。

四、改革医疗保险经办模式

各统筹地区要根据本地实际,本着积极稳妥高效的原则,逐步放开商业保险进入社会保险的业务经办。通过公开招标,选择商业保险公司经办基本医保门诊慢性病、住院费用审核支付、大病保险和农村建档立卡贫困人口补充医疗保险等业务。在选择商业保险公司时,要统筹考虑经办业务的完整性和政策衔接。可按区域分片将几项业务委托同一商业保险公司经办,也可将补充医疗保险委托一家商业保险公司经办,具体委托业务事项由各市招标确定。

保监部门要协调各经办商业保险公司与人力资源社会保障、

财政等部门实现相关数据共享,加强对商业保险公司服务质量监管,促进商业保险公司规范服务。

五、做好委托经办工作的有机衔接

2017年后,人力资源社会保障部门委托商业保险公司经办的各市大病保险合同将陆续到期,到期的市要重新招标,并根据合作服务情况完善合同内容;不到期的市要结合农村建档立卡贫困人口医疗保障帮扶方案实施情况,充分考虑本次提高待遇因素进行认真测算,合理确定筹资标准,完善盈亏解决办法,要按照合同约定及时做好投保资金拨付、盈亏平衡分析、结余资金清算等工作,确保委托经办工作前后衔接、平稳推进。

本通知自2017年7月1日起开始执行。

山西省人民政府

2017年8月2日

(此件公开发布)

抄送:省委各部门,省人大常委会办公厅,省政协办公厅,省高法院,省检察院,各人民团体,各新闻单位。
各民主党派山西省委。

山西省人民政府办公厅

2017年8月2日印发

