### 安丘市医疗保障局“行风在线”访谈内容（2020年6月9日）

主持人：行风在线，时刻关注百姓心声，听众朋友，大家好！这里是891新闻广播为您直播的《行风在线》节目，我是主持人小苑。今天《行风在线》上线单位是市医疗保障局，现在市医疗保障局局长王跃启、医保中心副主任高玉玲、待遇保障和医药价格招标采购科科长吴鸿山、医药服务管理科科长薛明等四位嘉宾位已经坐在了我们的直播间，听众朋友，如果您在职工基本医疗保险、居民基本医疗保险、大病保险、门诊特殊慢性病、职工长期护理保险、生育保险等方面有什么问题需要咨询或反映，欢迎拨打行风热线4397117，与王局长等几位领导进行在线交流。

1.主持人：王局长，您好，欢迎您来到“行风在线”做客。

王局长：主持人好，听众朋友们大家好！非常高兴来到“行风在线”同大家进行交流，在这里首先感谢大家一直以来对我市医疗保障工作的关心和支持，同时，也请大家对我们的工作多提宝贵意见和建议，我们将热心解答您提出的问题。

2.主持人：再次欢迎王局长，欢迎您来到“行风在线”直播间。目前，我市正处在疫情防控巩固阶段。王局长，能否向我们介绍一下，在疫情防控期间咱们医保部门都做了哪些工作呢？

王局长：好的。大家都知道，今年以来，新冠疫情给国家、社会各方面带来很大影响，疫情防控成为全国的一件大事。医疗保障局作为一个重要的社会保障部门，坚决贯彻党中央国务院、省委省政府的决策部署和市委市政府的工作要求，从自己的工作职能出发，积极履行职责，做了大量工作，总的来说有三个方面：

从患者方面来说。一是将新冠肺炎治疗相关费用全部纳入医保基金支付范围。二是积极做好药品、医用耗材价格监测工作，及时汇总分析，为抗击疫情决策部署提供数据支撑。三是畅通医保绿色通道。在这期间，确诊新冠肺炎患者，无论是否参保，是否办理异地就医手续，是否能联网结算，一律先救治后结算，由医保基金先行垫付费用；对异地就医患者，取消异地就医、转诊转院备案手续，报销不执行异地转外就医支付比例调减规定；对经定点救治医院确定的疑似患者执行确诊患者医疗保障待遇，确保患者不因费用问题影响救治。四是积极推行“不见面”服务。医保局本着“服务不打烊、效能不降低”的原则，对22项医保经办事项流程进行了优化，通过线上线下发布倡议书，倡导各参保单位和个人优先采取“网上申办”、“电话申办”等“不见面”方式进行办理，对确需现场办理的，简化办事环节，最大限度减少群众等待时间。

从医院方面来说。一是及时足额拨付定点医疗机构医保费用。1、2月份共为定点医疗机构拨付周转金3669万元、拨付医保基金3433万元。二是明确对确诊和疑似患者医疗费用不纳入定点医疗机构总额预算控制指标，确保定点医疗机构不因医保总额预算管理规定影响救治。三是积极组织爱心企业为防控一线医疗机构开展捐赠活动，联系泰康养老保险公司为安丘市人民医院、安丘市中医院、安丘市妇幼保健院等医疗机构5100名医护工作者捐赠针对新冠肺炎的“抗疫”保险。

从对企业方面来说。一是阶段性降低职工基本医疗保险费率。企业和个体工商户、灵活就业人员、领取失业保险金期间的失业人员，其职工基本医疗保险单位缴费费率，2020年3月至7月降低2.5个百分点；8月至12月降低1个百分点；机关事业单位、社会团体等组织，其职工基本医疗保险单位缴费费率，2020年3月至12月降低1个百分点。二是缓缴基本医疗保险费。对受疫情影响，面临暂时性生产经营困难，确实无力足额缴纳职工医疗、生育保险费的中小企业，可申请缓缴职工医疗、生育保险费，缓缴期最长 6个月。缓缴期间，免收滞纳金，职工可按规定依法享受医疗、生育保险待遇。缓缴期满后，企业再足额补缴职工医疗、生育保险费用。三是免收滞纳金。疫情期间，欠缴2020年1-3月份医疗保险费的企业和机关事业单位，在5月1日前缴费的免收滞纳金。

3.主持人：好的，通过您的介绍，我们了解到，新冠疫情防控期间，医保局全力以赴，付出了很多努力，为做好疫情防控工作提供了有力的支撑。我们大家都知道，医保扶贫是脱贫攻坚的重要组成部分,旨在提高农村贫困人口的医疗保障水平,有效遏制和减少"因病致贫、因病返贫"问题。王局长，能否介绍一下，我们医保部门在医保扶贫方面都做了哪些工作？

王局长：好的。医保扶贫是脱贫攻坚的重要措施之一，是解决基本医疗问题的重要支撑。今年以来，我们认真贯彻落实总书记关于医保扶贫工作重要指示精神，按照省市行业扶贫政策要求，立足本职，努力解决贫困群众"因病致贫、因病返贫"问题。主要做了三点：

一是推进参保攻坚。全面落实贫困人口参保政策，为建档立卡贫困人口（享受政策）12107人和即时帮扶人员101人全部按政策资助参保；对脱贫不享受政策贫困人口进行全面排查，对排查出在参保范围的1037名未参人员由镇村再次动员，全面参保。健全完善贫困人口信息交换、比对工作机制，加强与扶贫、民政、残联等部门的数据共享，核实核准贫困人口参保信息，实行动态管理，对新增贫困人口及时落实参保缴费和补贴政策，确保应保尽保、应补尽补。

二是抓好政策落实。紧盯医保待遇政策，严格执行待遇标准，将医疗保障扶贫工作统一到基本医保、大病保险、医疗救助“三重保障”框架下抓好落实。出台了《关于进一步加强医疗救助工作的实施意见》，完善救助标准、救助方式和救助程序，将重点救助对象糖尿病、高血压门诊用药费用个人负担部分纳入门诊救助范围，低收入救助对象和因病致贫家庭重病患者重特大疾病医疗救助起付标准由5万元降低为3万元，重点救助对象经医疗救助后仍花费较高的每年可享受最高2万元的重大疾病再救助保障待遇，提高救助水平；严格落实大病保险倾斜政策，降低贫困人口大病保险起付线至5000元，取消封顶线，贫困人口使用大病保险特药不设起付线，报销比例为60％，封顶线为20万元。

三是提高经办服务。优化服务流程，让数据多跑路、群众少跑腿，确保便民利民。将安丘市人民医院等25家医疗机构接入跨县域“一站式”结算系统，与潍坊市精神卫生中心、潍坊市第六人民医院等221家县域外医疗机构开通“一站式”结算系统，实现潍坊市域内“一体化管理、一站式服务、一单制结算、一窗口办理”。建立贫困人口门诊慢性病证办理绿色通道，符合条件的即时纳入，简化门诊慢性病备案手续，贫困人口办理门诊慢性病证，随时申报、即时办结、即时享受待遇。同时，将贫困户慢性病鉴定工作下沉到镇街区，上门免费鉴定。自4月上旬开始利用一个月的时间，组织开展了慢性病集中鉴定，为4800余名建档立卡贫困人口发放了慢性病证，为1900余名建档立卡贫困人口办理了“两病”备案，即时享受看病就医相应优惠待遇。

片      花

这里是891新闻广播为您直播的《行风在线》节目，我是主持人小苑。今天《行风在线》上线单位是市医疗保障局，现在市医疗保障局王局长等几位嘉宾已经坐在了我们的直播间，听众朋友，如果您在医疗保障方面有什么问题需要咨询或反映，欢迎拨打行风热线4397117，与王局长等几位领导进行在线交流。

4.主持人：王局长，咱们接着聊。我们大家都知道，打击欺诈骗保是维护公平正义、确保基金安全、遏制不合理医疗行为的重要手段。去年，咱们医保局在成立后，在全市首次开展了打击欺诈骗保行动，取得良好成效。今年，我们在基金监管方面做了哪些工作？

王局长：好的。医保基金是人民群众的“救命钱”，维护医保基金安全是医保部门的首要政治任务和法定职责。“绝不让医保基金成为新的‘唐僧肉’！今年以来，我们加快构建医保智能动态监管、失信惩戒相结合的监督和惩戒体系，积极开展集中宣传月活动和打击欺诈骗保专项行动，持续保持打击欺诈骗保的高压态势。

一是加快医保智能监控系统推广应用。今年，对全市定点医疗机构实施事前事中监控确保达到30%以上。目前，19家卫生院完成接口改造，4家市直医院完成联调测试。二是加强打击欺诈骗保工作宣传。利用4月份1个月的时间，开展了打击欺诈骗保集中宣传月活动。通过政策宣讲、印制发放宣传折页、设置标语、摆放资料和公开举报电话等形式，增强全民参与监督基金运行的意识。通过对相关工作人员组织学习、培训等方式，增强政策解读能力，提升业务水平。

强化了定点医药机构和参保人员法治意识，在全市营造出关注和自觉维护医保基金安全运行的良好氛围。三是稳步推进自查自纠工作。研究制定了《安丘市2020年打击欺诈骗取医疗保障基金专项治理工作方案》，全市医保经办机构、定点医药机构及承担医保业务的第三方服务机构自4月初至6月底根据方案要求，进行全面自查自纠。四是坚持“常态化”督查监管。打击欺诈骗保是加强基金监管的一项重要举措，我们采取网上监察和现场监察相结合的方式，在全市范围内广泛开展打击欺诈骗保专项治理活动，坚持定期、不定期深入“两定”医药机构开展督查检查工作，做到打击欺诈骗保永远在路上。同时对督查核查中发现的问题，按照《社会保险法》《山东省医疗保障基金监督管理办法（试行）》等相关法律和协议管理内容，发现一起查处一起。五是推行信用评价和公开信用承诺。围绕日常检查、专项检查所涉及内容，研究制定了《安丘市医疗保障基金监管信用评价细则（试行）》，对全市定点医药机构实行信用等级分类管理。推行信用承诺制度，全市609家定点医药机构均签订了承诺书，并按照统一规范的的版面格式在营业场所内将承诺情况进行公示，加大参保群众和社会各界的监督力度，增强定点医药机构维护医保基金安全的自觉性、自律性。

5.主持人：王局长，现在不少群众比较关注基本医疗保险报销政策，您能给大家介绍一下吗？

王局长:好的。

基本医疗保险报销主要有四个方面：

1.普通门诊：参保人在签约的定点医疗机构发生的符合规定的普通门诊医疗费用，由门诊统筹基金按50%的比例报销，在一个医疗年度内，最高支付限额居民医保450元、职工医保500元。参保人员住院期间不享受门诊统筹待遇。

2.特殊慢性病门诊：根据参保人身份不同，慢性病人群分两大类，一类是城乡居民慢性病，46个病种，第二类是职工慢性病，73个病种。市医保中心每月对申请办理慢病待遇的参保人员，统一受理进行审核、鉴定，符合条件的发放慢病证并备案管理。

办理了慢病证的参保人员，到签约定点医药机构就医，即可享受慢病报销待遇，按参保人慢病种类和政策规定进行报销。具体政策可电话咨询市医保中心门诊管理科，电话4253522。

3.住院治疗：（1）基本医疗保险基金目前实行潍坊市级统筹。缴纳职工医疗保险和城乡居民二档医疗保险的参保人员，在潍坊市域内任一家联网的定点医疗机构住院治疗，出院时只结算报销后自己承担的医疗费用；缴纳城乡居民一档医疗保险的，到市内三级医院住院应经二级医院转诊。

（2）经本地最高级别医院专家会诊仍未确诊或限于技术和设备条件不能诊治的危重疑难病症，由就诊的当地最高级别医院填写《异地转院备案表》，并报参保地医保经办机构登记备案。

办理转诊备案的，患者持身份证、社保卡到转入的医疗机构办理联网手续，办理出院时，医院只收取本次医疗费用应由患者个人负担部分，其余部分医院同医保经办机构进行结算；联网不成功的，医疗费用由患者垫付，医疗终结后，带出院记录（或诊断证明，加盖公章）、费用清单、住院发票、本人身份证等到医保经办机构报销。

（3）未经转诊自行到潍坊市外医疗机构住院治疗的，发生的费用，由患者垫付，医疗终结后，带出院记录（或诊断证明，加盖公章）、费用清单、住院发票、本人身份证等到医保经办机构按规定的未经转诊报销比例进行报销。

（4）因出差、探亲、旅游等在潍坊市外的医疗机构突发急诊住院治疗的，应在入院5日内（但必须出院前），持就诊医院提供的急诊诊断证明（加盖医院公章）向参保地医保经办机构备案，办理联网手续，办理出院时，医院只收取应由患者个人负担部分，其余部分医院同医保经办机构进行结算；联网不成功的，医疗费用由患者垫付，医疗终结后，带出院记录（或诊断证明，加盖公章）、费用清单、住院发票、本人身份证等到医保经办机构报销。

4.住院分娩：参保人员符合计划生育政策分娩在市内定点医疗机构住院，医疗费用实行定额结算，定额标准为800元。在居民基本医疗保险非定点医疗机构住院分娩发生的医疗费，按定额标准的70%予以结算（即560元），低于定额的按实际发生额结算。参保人员因生育引起疾病的医疗费用，纳入居民基本医疗保险基金支付范围，按居民基本医疗保险规定办理。

片      花

这里是891新闻广播为您直播的《行风在线》节目，我是主持人小苑。今天《行风在线》上线单位是市医疗保障局，现在市医疗保障局王局长等几位嘉宾已经坐在了我们的直播间，听众朋友，如果您在医疗保障方面有什么问题需要咨询或反映，欢迎拨打行风热线4397117，与王局长等几位领导进行在线交流。

6.主持人：王局长，咱们接着聊，最近，有很多朋友比

较关注异地安置方面的问题，您能不能谈一下，哪些人员可以申请办理异地安置登记备案手续？需提供哪些材料？

王局长:好的。可以申请办理异地安置登记备案手续的有三种情况。一是异地安置人员和异地长期居住人员，需提供户籍证明、居住证、居住证办理回执单或其他异地居住证明材料之一，对不能提供上述材料的，也可书面承诺异地居住一定期限（原则上不低于6个月）。二是常驻异地工作人员，需提供异地工作证明。三是外出农民工、外来就业创业人员，通过劳务机构输出的，由单位提供人员花名册；个人自行外出务工的，由个人提供务工地居住证、劳动合同或个体营业执照。

备案生效后，一年内不得变更。

7.主持人：王局长，近期有很多群众咨询居民大病保险方面的问题，您能就大病保险政策谈一谈吗？

王局长:好的。自2013年实施大病保险政策以来，效果明显，大大缓解了因病致贫、因病返贫问题， 2020年，为进一步提高大病保障水平，潍坊市统一从筹集的居民基本医疗保险基金中按人均81元的标准，投入到中国人寿保险公司，参保人不再另行缴费。参保人住院医药费用经基本医疗保险报销后，累计超过居民大病保险起付标准的部分，由居民大病保险再给予补偿。

2020年大病保险起付标准为1.2万元，个人负担的合规医疗费用1.2万元以上、10万元以下的部分支付比例为60%；10万元以上、20万元以下的部分支付比例为65%补偿；20万元以上、30万元以下的部分支付比例为70%补偿；30万元以上的部分支付比例为75%；一个医疗年度内，大病保险最高支付限额为40万元。

农村建档立卡贫困人口，居民大病保险起付标准为5000元，个人负担的合规医疗费用5000元以下的部分不给予补偿。个人负担的合规医疗费用5000元以上、10万元以下的部分支付比例为65%补偿；10万元以上、30万元以下的部分支付比例为75%补偿；30万元以上的部分支付比例为85%；一个医疗年度内，取消大病保险最高支付限额。

8.主持人：王局长，咱们接着聊。我们大家都知道，医疗救助是保障困难群众基本医疗权益的基本性制度安排，在助力脱贫攻坚、防止因病致贫、因病返贫等方面发挥重要作用。 王局长，您能不能介绍一下咱们医保局在医疗救助方面做了哪些工作？

王局长:好的。医疗救助是从民政部门划转到我局的一项职能，是保障困难群众基本医疗权益的基本性制度安排，在助力脱贫攻坚、防止因病致贫、因病返贫等方面发挥重要作用。党中央、国务院明确提出“兜底线、织密网、建机制”的社会保障工作要求。为进一步加强和规范医疗救助工作，增强医疗救助托底保障功能，我们会同财政、民政、扶贫、卫健等相关部门制定了《关于进一步加强医疗救助工作的实施意见》，不断提高医疗救助保障水平，有效解决困难群众的医疗保障问题。前面，我在介绍医保扶贫情况时，已经介绍了医疗救助方面的部分内容，另外还有以下三个方面的内容值得关注。一是扩大了门诊救助的医疗费用范围。以前的门诊救助政策只是将门诊慢病医疗费用纳入门诊救助，今年，我们把糖尿病高血压两病门诊用药费用个人负担部分也纳入了门诊救助，按照20%的比例给予救助，这样就能在一定程度上降低重点救助对象在门诊用药上的负担。二是加大了对重特大疾病患者的保障力度。救助对象在定点医疗机构一个年度内发生的政策范围内的住院医疗费用，经各种保险报销医疗救助后个人累计自付费用，对于重点救助对象不设起付线，按照40%的比例给予救助，对于低收入救助对象和因病致贫家庭重病患者救助起付线由5万元降为3万元，有效降低重特大疾病患者经济负担，防止患者因重特大疾病医疗费用过重而出现因病致贫现象的发生。三是增设重大疾病再救助方式。对重点救助对象，因住院发生的政策范围内医疗费用支出经基本医保、大病保险、医疗救助、医疗机构减免、医疗商业保险补偿等各项报销救助后，个人负担超过5000元以上的部分，按照70%的比例给予再救助。这样构建了医疗救助多层次救助保障体系，增强了医疗救助托底保障功能。

同时，我们在医疗救助经办服务方面采取了几项措施。一是拓展医疗救助“一站式”即时结算定点医院范围。由原来的市内31家医疗机构拓展为包括市外跨县域医疗机构279家。二是减少了手工救助材料。对于特殊原因未能实现“一站式”联网结算的重点救助对象，只需要携带身份证和银行卡复印件、发票原件、医保联网报销结算单，就可以进行结算，比原来要提报的材料减少了50%。三是缩短了办理时限。低收入医疗救助对象、因病致贫家庭重病患者申请医疗救助的，从患者提出申请经村委材料调查、镇政府受理部门核实和意见公示，到市医疗保险经办机构核准发放救助资金最长47个工作日，比原来的办理时间减少了一半。

片      花

这里是891新闻广播为您直播的《行风在线》节目，我是主持人小苑。今天《行风在线》上线单位是市医疗保障局，现在市医疗保障局王局长等几位嘉宾已经坐在了我们的直播间，听众朋友，如果您在医疗保障方面有什么问题需要咨询或反映，欢迎拨打行风热线4397117，与王局长等几位领导进行在线交流。

9.主持人：咱们接着聊，王局长，能不能介绍一下城镇职工医疗保险方面的有关政策？

王局长:好的。从2011年4月1日起，按照潍坊市的要求，职工医疗保险，实行了潍坊市级统筹管理，实现了潍坊市缴费基数、缴费比例、支付标准、经办流程“四统一”管理标准。从2020年1月1日开始，生育保险与职工基本医疗保险合并实施，遵循保留险种、统一管理、参保同步登记、基金合并运行、征缴管理一致、经办服务一体化的原则，强化基金共济能力。现在职工基本医疗保险的基金筹集比例是缴费基数的10%，其中用人单位缴纳8%，个人缴纳2%。职工退休后，医疗保险缴满规定年限后，用人单位和个人都不再缴纳基本医疗保险费，即可享受基本医疗保险待遇。

筹集的基本医疗保险基金分两大部分使用。一部分划入社保卡的个人医疗账户，具体划入标准为：在职人员以缴费基数为划入基数，45岁以下的划入2.9%、45岁以上的划入3.9%；退休人员，以本人退休金为划入基数，不满70周岁的按4.9%划入、70周岁及以上的按5.9%划入。其余部分全部作为统筹基金，主要用于四个方面：一是支付住院医疗费用；二是支付特殊慢性病门诊医疗费用；三是支付普通门诊签约定额补助费用；四是支付重特大疾病的医疗补助。

10.主持人：王局长，职工退休时因医疗保险缴费年限不足而终止职工医保关系的，可否转为参加居民医保？

王局长：可以。居民医疗保险制度整合后，为了确保居民能够享受到相应的医疗待遇，潍坊市人社局针对医保关系转移接续问题下发了《关于明确城镇职工与居民基本医疗保险关系接续工作有关问题的通知》（潍人社办字[2014]35号），《通知》规定：中断职工医保关系的人员、因职工医疗保险缴费年限不足而自愿放弃职工医保待遇的退休人员、不符合享受职工医保待遇的刑满释放人员等，应分别自中断职工医保关系、自愿放弃职工医保待遇、刑满释放之日起，60日内持本人身份证、户口簿、居住证等到本人户籍所在地（常住地）社会保险经办机构办理居民医保手续。按参保年度个人缴费标准与政府补助标准之和缴纳当年度的居民医保费，自缴费下月起按规定享受当年居民医保待遇。

11.主持人：王局长，职工在办理退休手续时，医疗保险的缴费年限达不到规定的最低缴费年限，必须一次性补齐吗？

王局长：是的。潍政发[2010]9号文件规定，实行基本医疗保险最低缴费年限制度。城镇职工（含个体劳动者）按规定办理退休手续时，其基本医疗保险累计缴费年限（含视同缴费年限）必须达到男满30周年、女满25周年。缴费年限不足的，以退休时上年度全省在岗职工平均工资为基数，按规定比例一次性补缴所差年限的基本医疗保险费。不按规定补缴的，不享受退休人员基本医疗保险待遇，终止城镇职工基本医疗保险关系。

12.主持人：王局长，请您简单介绍一下生育保险的有关政策规定好吗？

王局长：好的。生育保险自2020年1月1日起和职工基本医疗保险合并实施。两项保险统一征缴、基金合并运行,实行市级统筹、统收统支。生育保险基金不再单列账户,在职工基本医疗保险统筹基金待遇支出中设置生育待遇支出项目。

1.生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴2大类。

一是生育医疗费用包括：（1）产前检查费：定额800元；（2）生育医疗费：限额2200元，生育多胞胎的，每多生育一个婴儿增加500元；（3）流产医疗费：怀孕未满4个月流产的，限额400元；怀孕满4个月流产的，限额800元；（4）计划生育手术医疗费：限额200元；（5）参加生育保险男职工的未就业配偶，未享受生育医疗费待遇的，按照我市规定的职工生育医疗费标准的50%享受生育补助金；（6）女职工因生育引起疾病的住院医疗费用，按照基本医疗保险有关规定执行。

二是生育津贴：按照职工所在用人单位上年度职工月平均工资÷30天×津贴产假天数计发。生育津贴和工资不重复享受。

(1)生育津贴产假天数：正常生育的98天；剖宫产的增加15天；生育多胞胎的，每多生育一个婴儿增加15天；婴儿72小时以内死亡的，享受42天津贴产假。

(2)流产津贴产假天数：怀孕4个月以内（含4个月）流产的产假15天；怀孕4个月以上流产的产假42天。

2.申请生育保险待遇需具备以下条件：

（1）符合国家计划生育政策；

（2）参加两险合并实施后的职工基本医疗保险；

（3）生育医疗费待遇执行我市职工基本医疗保险免责期、欠费期有关规定；

（4）生育时连续足额缴费不满1年的，待用人单位连续为其足额缴纳医疗保险费用满1年后，由用人单位提出申请补发生育津贴。

（5）男职工配偶生育时无工作单位。（仅限申请男职工配偶无工作生育补助金）。

13.主持人：听众朋友，由于时间的关系，今天的“行风在线”节目到这里就结束了。在这里非常感谢市医疗保障局王局长等几位嘉宾来参加我们的这次直播，同时也感谢听众朋友的收听和参与，今天需要线下解决的问题请您留意收听明天早上8:00的“行风在线回音壁”。敬请留意收听。

 另外，本周四，《行风在线》的上线单位是市民政局，欢迎您到时收听和参与。朋友们，咱们下次节目再会！