第 66 号：关于全市城乡居民就医待遇标准统一的建议

（市六届人大四次会议）

关于全市城乡居民就医待遇标准统一的建议

第 66 号（教科文卫类 22 号）

金安代表团：孙良业代表

现从保障我市医保资金安全可控、规范异地就医行为、落实分级转诊的角度提出如下建议。

一、案由：在 2025 年省内异地 DRG 付费改革的基础上，统一全市居民就医待遇标准，保障医保基金安全可控，真正体现同病同保障，真正落实分级诊疗。

内容:2024 年 1—11 月份,全市居民市外基金支出 11.27 亿元，同比增长 6.11%，占年度总额控制指标 104.89%，预计全年市外基金支出将达 12.5 亿元，超年度总额控制指标 1.8 亿元，其中住院 16.87 万人次，医保基金支出和基金支出占比分别为 22.47%和 36.85%，人均费用是市内住院均值的 1.63 倍。按照 2024 年度医保基金总额控制管理办法，超支部分将由市、县区各家医疗机构分担，也就是说参保群众的市外超支费用将由市内医疗机构埋单。

市外基金超支是全市预算控制超支的主要原因，加强管控迫在眉睫。目前管控手段主要有三种，一是规范就医地医

疗机构诊疗行为。安徽省计划2025年开展省内异地就医住院费纳入就医地DRG/DIP付费结算范围,执行就医地DRG/DIP付费规则和标准，省内异地就医即将纳入参保地管控范围，但省外就医仍是管控盲区，此部分约占市外基金支出总额的42%。二是管控外转手续办理。目前医保部门虽制定“医院建议外转”病种白名单，但通过此流程办理的寥寥无几，绝大多数外转都是个人自主就医行为，此种情况在省内免转诊，到省外手机备案即可，白名单制度无法管控。三是统一全市居民就诊待遇。通过经济杠杆调整外转行为，防止基金超支，这是目前最为行之有效的办法，也是对大多数未外转参保群众的权益保护。当前转外就诊在医保待遇上有所体现，但还是基于实际发生费用进行的比例下调，与市内居民报销比例差距不大。因异地就医结算时使用就医地医保目录（药品、耗材、治疗），有的报销比例甚至比本市还高。2024年1—11月份，我市居民市外就医病种前三名分别为恶性肿瘤、冠心病、脑梗死。其中大都不是疑难危重，这部分疾病按照分级诊疗原则本应留在市内，本市医疗机构也具备服务能力，大量的医保基金外流令人惋惜。2016年2月，习总书记在听取三明医改情况汇报，谈到下一步医药卫生体制改革时要求“看大病在本省解决，一般病在市县解决，日常头疼脑热在乡村解决。”

建议：制定统一的全市居民就医待遇标准，市内市外同

一标准，考虑到大医院费用高的实际情况，可以根据异地医疗机构所在区域和级别，分层级（国家级、省级、市级）分别设置待遇系数，让参保群众有充分的选择权，真正体现全体参保群众共同享有公平合理的“同病同保障”权益，同时起到分级诊疗的效果。

二、案由：“医保总额控制”的结算办法造成购买与服务严重不对等，建议取消质保金等实质性二次扣减，并以医保结算不足部分抵扣医疗机构的违规费用。

内容：2024 年我市城乡居民实行基本医疗保险总额预算，即年初给各县区、市属医疗机构核定医保额度，实行“总额预算、结余留用、年底清算、超支合理分担”。“医保总额控制”是医保基金管理的基本制度，也是应对当前医保基金不足的无奈之举。医疗机构按照医保规则为参保群众提供医疗服务和“一站式结算”，垫付了巨额资金，却因“医保总额控制”即使各项指标完成的很好，也可能要承担巨额亏损，预估 2024 年市人民医院医保结算不足可能近亿元。医保部门在执行“医保总额控制”的同时又实施“质保金制度”。“质保金制度”是医保部门为规范医疗机构执业行为设置的制度，如果考核不能达标将进行相应扣罚。医保和医疗的关系实质上是医保部门帮助参保群众向医疗机构购买服务，质保金制度在医保基金足额结算时是完全必要的，但在当下医保结算严重不足的情形下，不应再次扣罚质保金。医疗机构

也要一如既往的认真履行公立医院的职责使命，竭力做好服务，不能因医保基金不足推诿拒收。

近年来医保飞检、卫健部门“三合理”检查以及市委巡察、审计检查等各类规范医疗行为的检查频繁多发。检查发现部分医疗机构的确存在违规行为。违规行为应受到处罚，但在购买和服务不对等，医保基金支付严重不足的情况下，对医疗机构再实施处罚不公平不合理。

建议：在医保结算存在差额的前提下，取消质保金等二次扣减结算金额的方式。确认违规被处罚的费用自年度医保清算差额中抵扣。