

济南市医疗保障局
济南市财政局
国家税务总局济南市税务局

文件

济医保发〔2021〕7号

关于转发鲁医保发〔2021〕42号文件进一步 做好城乡居民基本医疗保障工作的通知

各区县（功能区）医疗保障部门、财政部门、税务部门，局属各单位：

为完善我市城乡居民基本医疗保障制度，现将《关于做好2021年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（鲁医保发〔2021〕42号）转发给你们，并提出如下要求，请一并贯彻执行。

一、落实提高居民基本医保和大病保险筹资标准

2021年居民基本医疗保险政府补助标准由2020年的每人每年580元提高到640元。各区县要严格按照《关于上解2021年居民基本医疗保险区县级财政补助资金的通知》（济财社〔2021〕

5号)要求完成居民基本医疗保险区县级配套资金上解工作,并做好相关凭证备查。

2021年居民大病保险筹资标准由2020年的每人每年81元提高到90元,市医疗保障经办机构要按规定做好资金拨付工作。

二、深入开展“两病”门诊用药保障专项行动

落实《济南市深化城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障和健康管理专项行动方案》(济医保发〔2021〕5号)要求,实现“两病”门诊用药保障人群全覆盖,不断优化业务经办流程,探索形成可推广、可复制的创新模式和典型经验,将我市打造成为“两病”门诊用药保障工作的“齐鲁样板”,在全省乃至全国范围内形成示范效应。

三、做好生育医疗费用待遇保障

贯彻落实上级关于优化生育政策促进人口长期均衡发展的任务部署,要按照《关于转发〈关于做好支持三孩政策生育保险工作的通知〉的通知》(鲁医保办发〔2021〕13号)要求,对符合国家计划生育政策的参保人按规定落实生育保险和居民医保生育医疗费用待遇,积极支持三孩生育政策落地实施,确保三孩生育待遇政策和新生儿落地参保工作落实到位。

四、巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接

各区县要进一步巩固困难群众应保尽保成果,按照《济南市巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接工作方案》(济医保字〔2021〕11号)要求,建立健全跨部门、多层次、信

息共享的救助对象及时精准识别机制。加强信息共享对接，积极配合有关部门做好高额费用负担患者因病返贫致贫风险监测，及时将符合条件的人员纳入医疗救助范围，依申请落实医疗救助政策。

五、严格遵守医疗保障待遇清单制度

严格执行国家以准入法和排除法确定的药品、医用耗材目录和医疗服务项目支付范围，除国家有明确规定外，不得自行制定目录或用变通方法增加目录内药品，不得调整医保用药限定支付范围，要严格执行基金不予支付的范围。各区县要规范决策权限，坚持依法履职、依法行政，现有的其他形式制度安排要逐步清理过渡到待遇保障清单基本制度框架中，不得根据职业、年龄、身份等自行新出台特殊待遇政策。

六、做好国家、省组织的药品及医用耗材集中带量采购结果落地工作

落实国家、省药品和耗材采购及相关配套政策，确保国家、省药品和耗材集中采购结果在我市落地执行。开展集采药品、医用耗材货款医保基金与医药企业直接结算工作。建立健全灵敏有度的价格动态调整机制，完善我市医疗服务价格动态调整工作。

七、持续加强医保基金监督管理

按照“属地化”“网格化”监管职责，以打击欺诈骗保为重点，重点聚焦“假病人”“假病情”“假票据”等问题，对所有定点医药机构展开全覆盖式检查。加强部门间合作，发挥好各部

门职能优势，协同发力、联手行动，加大违法违规行为惩戒力度，确保医保基金安全。

济南市医疗保障局

济南市财政局

国家税务总局

济南市税务局

2021年9月6日

（此件主动公开）

山东省医疗保障局 山东省财政厅文件 国家税务总局山东省税务局

鲁医保发〔2021〕42号

关于做好2021年城乡居民基本医疗保障 工作的通知

各市医疗保障局、财政局、国家税务总局山东省各市税务局：

为完善统一的城乡居民基本医疗保险制度（以下简称“城乡居民医保”）和大病保险制度，做好2021年全省城乡居民医保工作，根据《国家医疗保障局财政部国家税务总局关于做好2021年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2021〕32号）要求，并结合我省实际，就有关工作通知如下：

一、提高城乡居民医保和大病保险筹资标准

2021年居民医保人均财政补助标准新增30元，达到每人每年不低于580元；个人缴费同步新增40元，达到每人每年320

元。省级财政按规定对各市进行补助，市县财政要按规定足额安排财政补助资金并及时拨付到位，坚决杜绝财政补助资金拨付不及时问题。对持居住证参加居民医保的，各级财政按当地居民相同标准给予补助。

根据城乡居民大病保险（以下简称“大病保险”）基金运行情况，将2021年大病保险筹资标准提高到90元/人/年。各市要及时做好资金拨付工作，不得出现因资金拨付影响居民享受大病保险待遇问题。加快推进大病保险资金清算工作，确保2021年年底全部完成既往年度大病保险资金清算。

全面落实困难群体资助参保政策，结合实际细化资助参保标准。对特困人员参加居民医保给予全额补贴，对低保对象等困难群体给予定额补贴。建立上述人员参保台账，加强医保、财政、税务部门的沟通协作和信息共享，规范资助资金申请拨付流程，确保困难群体应保尽保。

二、稳步提升城乡居民待遇保障水平

下半年出台我省医疗保障待遇清单制度，坚决树立医疗保障待遇清单意识和科学决策意识，严格执行基本医疗保障支付范围和标准。进一步巩固住院待遇保障水平，政策范围内基金支付比例稳定在70%左右。巩固大病保险保障水平，根据大病保险基金收支情况，科学测算、合理设定大病保险起付线。上年度大病保险超支较大的市，适当提高大病保险起付线，最高不超过当地上

年居民人均可支配收入的 50%。加强医疗救助托底保障，逐步开展分类救助，根据实际合理确定救助对象待遇标准。

全面建立门诊统筹制度，稳步提高居民普通门诊保障水平，各市普通门诊统筹基金最高支付限额原则上不低于 200 元。完善门诊慢特病保障，按规定落实好肺结核、肺外其他部位结核、慢性乙型病毒性肝炎、慢性丙型病毒性肝炎、肝硬化、耐多药结核和广泛耐药结核等门诊慢特病保障政策。持续推进高血压、糖尿病门诊用药保障和健康管理专项行动，发挥医保促进慢病早诊早治作用。开展示范城市活动，带动全省“两病”门诊用药保障工作提质增效。有条件的地区可探索将心脑血管等慢性病纳入门诊慢特病保障范围。

规范待遇享受等待期（以下简称等待期）设置，对不按规定正常缴费的，可设置等待期，防止选择性参保；对居民医保在集中参保期内参保的、在职工医保中断缴费 3 个月内参加居民医保的，以及新生儿、农村低收入人口等特殊群体，不设等待期。

三、巩固拓展医保脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略

巩固拓展医保脱贫攻坚成果，逐步实现由集中资源支持脱贫攻坚向统筹基本医保、大病保险、医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡。严格落实“四个不摘”要求，保持医疗保障主要帮扶政策总体稳定。过渡期内，大病保险对低保对象、特困人员等困难群体给予倾斜支付政策。立足实际调整医保扶贫领域过度保障

政策，坚决杜绝个人零自付、突破基本医保药品目录、三重保障制度外叠床架屋、提高基本医保报销比例、取消大病保险起付线等问题。

建立健全防范化解因病返贫致贫长效机制，做好主动发现、动态监测、信息共享和精准帮扶工作。依托乡村振兴和民政部门的监测平台，做好因病返贫致贫风险监测。建立依申请救助机制，将发生高额医疗费用的易返贫致贫人员和因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者，对其经基本医保、大病保险支付后，符合规定的个人自付费用酌情予以救助。

四、进一步加强医保支付管理

抓好《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》贯彻落实，简化申报材料，缩短办理时限，即时受理新增医药机构协议定点申请，评估时间不超过三个月，及时将符合条件的纳入医保定点范围。按照国家和省试点工作安排，2021年DRG试点市试点医疗机构和DIP试点市要全面实现实际付费。积极探索点数法与统筹地区医保基金总额预算相结合，逐步使用区域医保基金总额控制代替具体医疗机构总额控制。完善与门诊共济保障相适应的付费机制。加强医保目录管理，严格执行《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2020年）》。健全谈判药品落地监测机制，加强监测数据的逻辑审核。各市要及时更新维护信息系统药品数据库，做好第二

批省增补品种的消化工作。完善基本医保诊疗项目和医疗服务设施管理。

五、加强药品、耗材集中带量采购和价格管理

贯彻落实《国务院办公厅关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》，做好国家组织第四批、第五批药品和人工关节医用耗材集中带量采购中选结果落地工作，实施第二批省级药品、医用耗材集中带量采购，做好国家组织第一批药品集中带量采购协议期满后的接续工作。落实好医保预付、支付标准协同、结余留用等配套政策，开展集中带量采购药品、医用耗材货款医保基金与医药企业直接结算。按照国家部署要求，完善和规范省级医药集中采购平台交易规则，规范实施医药价格和招采信用评价制度，强化对投标挂网企业的管理约束力度，全面推动信用评价制度落地见效。探索建立集中带量采购药品、医用耗材供应监测机制。根据国家深化医疗服务价格改革试点的指导意见，加强对医疗服务价格宏观管理，平衡好医疗事业发展需要和各方承受能力，完善我省医疗服务价格动态调整工作，在总量范围内突出重点、有升有降。对于技术难度大的复杂项目，医保部门要发挥好作用，尊重医院和医生的专业性意见建议，进一步提高体现劳务价值的医疗服务项目价格。

六、持续加强医保基金监督管理

始终将维护医保基金安全作为首要职责。深入贯彻《医疗保障基金使用监督管理条例》，强化定点医药机构在规范医疗服务行为、合理使用医保基金和执行医保政策法规的主体责任。建立医保基金使用管理自查自纠机制。健全定点医药机构医保服务监督考核体系，加大对公立医疗机构领导班子违规使用基金执纪问责。健全第三方参与监管核查机制，通过购买服务开展对跨省异地就医的费用核查。加强医保基金内控管理，规范医保经办业务程序，完善医保基金稽查审核制度，加强对医保基金收支重要环节的稽查审核。全面推进医保智能监控应用延伸，拓展监控功能，2021年底实现二级医疗机构全覆盖。持续开展全省医保数据“清源”行动，以省大数据平台为依托，定期进行数据信息交换、共享和核对。深入开展打击欺诈骗保、规范基金使用专项治理行动，聚焦“假病人”“假病情”“假票据”骗保问题，对全省定点医药机构实施联合执法检查。落实医保基金违规问题线索向纪委监委移送和行刑衔接机制，严格移送范围、程序。加大对医药机构违规使用医保基金相关责任人的执纪问责，净化医保基金使用环境。

七、优化医保公共管理服务

各市要切实做好“一卡通行”安全稳定运行保障工作，9月底前实现我省参保职工在省外联网医药机构刷医保卡就医购药。加快推进普通门诊费用异地联网结算，8月底前各统筹区均实现参保地和就医地双向开通普通门诊费用省内跨市、跨省联网结算

业务，11月底前每个县至少有1家普通门诊费用联网医疗机构。推进门诊慢特病费用跨省联网结算，12月底前各市实现高血压、糖尿病、恶性肿瘤放化疗、尿毒症肾透析、器官移植术后抗排异5个群众需求大的门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算。

巩固深化医保经办服务“六统一”流程再造成果，持续推进医保经办服务提质增效。推动医保服务标准化、规范化建设，今年再打造一批医保经办标准化示范窗口。推进医疗保障公共服务纳入县乡村公共服务一体化建设，依托基层便民服务中心、党群服务中心及医疗机构等搭建医保服务平台。医保经办力量配置不足的地区，通过政府购买服务等方式，加强医疗保障经办力量。坚持传统服务与智能化服务创新并行，推行老年人医疗保障便捷服务措施。坚持线上与线下相结合，为群众提供多渠道、多路径办事体验。聚焦参保人群的高频事项和服务场景，持续推动医保服务“跨省通办”“全省通办”，充分发挥传统服务方式兜底作用，推动多介质办理业务。加强部门间业务联办，升级改造共享平台，提高数据传输效率，统一调配服务资源，推行医保与人社、税务业务“一厅联办”，为群众提供参保登记缴费等“一条龙”服务。

继续做好新冠病毒疫苗及接种费用保障工作，加强同卫健、财政部门的沟通协调，确保按时完成疫苗及接种费用结算拨付。

八、做好组织实施

健全完善城乡居民医疗保障制度、提升治理水平，关系亿万群众的切身利益和健康福祉。各地要高度重视，加强组织领导，健全工作机制，明确工作职责，确保各项政策措施落地见效。各级医疗保障部门要会同财政、税务部门，加强统筹协调，建立部门之间信息沟通和协同推进机制，增强工作的系统性、整体性、协同性。要强化服务意识，优化服务方式，为人民群众提供更加公平可及、便捷高效、温暖舒心的医疗保障服务。要做好宣传引导和舆情监测，普及互助共济、责任共担、共建共享理念，合理引导预期，做好风险应对，重要情况及时报告。



(此件主动公开)

山东省医疗保障局办公室

2021年8月18日印发
