

济宁市医疗保障局 济宁市财政局文件 国家税务总局济宁市税务局

济医保发〔2021〕23号

关于转发鲁医保发〔2021〕42号文件 切实做好城乡居民基本医疗保险工作的 通 知

各县（市、区）医疗保障局、财政局、国家税务总局济宁市各县（市、区）税务局，济宁高新区人力资源服务中心、太白湖新区社会保障事业服务中心、济宁经济技术开发区人力资源和社会保障服务中心，兖矿集团有限公司人力资源服务中心：

现将山东省医疗保障局、山东省财政厅、国家税务总局山东省税务局《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,结合我市工作实际情况,提出如下意见,请一并贯彻执行。

一、合理确定城乡居民医保和大病保险筹资标准

(一)城乡居民医保筹资标准。根据国家、省有关文件规定和要求,结合我市实际,确定2021年居民医保人均财政补助标准新增30元,达到每人每年580元;2022年度全市居民基本医疗保险个人缴费标准为每人每年320元。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。全面落实困难群体资助参保政策,根据《济宁市人民政府关于印发〈济宁市居民基本医疗保险办法〉的通知》(济政发〔2017〕29号)要求,由县级政府对低保、特困、防止返贫监测对象等困难群众参加居民医保个人缴费部分给予全额补贴。

(二)大病保险筹资标准。根据城乡居民大病保险基金运行情况,将2021年大病保险筹资标准提高到每人每年90元。市医疗保险事业中心要及时做好资金拨付工作,按规定及时将资金上解至相应账户,确保2021年年底全部完成大病保险资金清算。

二、稳步提升城乡居民待遇保障水平

(一)合理设定大病保险起付线

根据大病保险基金收支情况,确定2022年度大病保险起付线与2021年相同,为1.2万元。

（二）提高居民普通门诊保障水平

全面建立门诊统筹制度，稳步提高居民普通门诊保障水平。根据《关于贯彻落实医疗保障体制改革意见进一步完善医疗保障政策体系的通知》（济政发〔2021〕46号）文件要求，一个自然年度内，参保居民在乡镇（街道）卫生院、社区卫生服务中心（含基层中医药机构）发生的范围内普通门诊医疗费用，取消10元的门诊起付标准。参保居民发生的范围内普通门诊医疗费用，门诊统筹基金支付比例普遍提高10%，支付比例不低于50%。一个自然年度内，居民基本医疗保险普通门诊统筹基金最高支付限额由200元提高到300元。

（三）规范待遇享受等待期设置

1.居民集中缴费期为每年9月1日到12月31日。根据《关于转发鲁人社发〔2018〕13号文件切实做好居民医疗保险工作的通知》（济人社发〔2018〕23号）文件的规定，对错过集中缴费期的居民，自参保缴费之日起满30日，按规定享受居民基本医疗保险待遇和大病保险待遇。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、新生儿以及农村低收入人口等特殊群体，不设等待期。

2.根据《关于转发鲁人社发〔2018〕13号文件切实做好居民医疗保险工作的通知》（济人社发〔2018〕23号）文件的规定，对错过集中缴费期的居民（包括新生儿），按当年个人缴费

和政府补助标准之和，补缴当年居民医保费。

三、全面落实困难群体资助参保政策

要确保低保、特困、防止返贫监测对象等困难群众的居民基本医疗保险个人缴费补贴政策落实到位。采取得力措施，完善保障机制，巩固拓展医保脱贫攻坚成果，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。

四、加快推进城乡居民医保参保缴费工作

全面推进全民参保计划，巩固城乡居民医保覆盖面，2021年12月31日前做好集中参保登记和缴费期工作。在全面做好居民参保缴费的基础上，重点做好免缴费人群参保工作，持续做好驻济高校学生、新生儿、农民工以及持有我市居住证的外地户籍人员等人群参保登记。各县（市、区）要高度重视、统筹谋划，及早安排、全面动员，组织专门工作班子，召开居民医保征缴专题会议，部署2022年度参保缴费工作，特别对未参保人员，要发挥村两委和乡镇情况熟、做法多的优势，进一步筛查比对，形成未参保人员名单，靠上宣传政策，协助做好参保缴费，确保全市城乡居民应保尽保、基金应收尽收。

五、加强协调配合和督导检查

城乡居民医疗保障关系群众切身利益，是重要的民生工作。参保缴费工作涉及人员多，情况复杂，时间紧、任务重，各县（市、区）要高度重视居民医疗保险工作，严格按照省、市文

件规定和要求抓好工作落实。市级各有关部门、各县（市、区）要结合工作实际加强协调配合，健全信息沟通和协同推进机制，细化工作措施，适时调度工作进度，联合召开工作推进会，定期通报参保缴费工作进展情况，对进展慢的要实地指导，确保政策、资金、服务落实到位。

附件：山东省医疗保障局 山东省财政厅 国家税务总局
山东省税务局关于做好 2021 年城乡居民基本医疗保障工作的通知



2021 年 9 月 24 日

（此件主动公开）

附件

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。



2021年8月18日

(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

为贯彻落实《中华人民共和国社会保险法》、《山东省社会保险条例》等法律法规，进一步规范社会保险经办工作，提高经办效率，保障参保人员合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》、《山东省社会保险条例》等法律法规，结合我市实际，制定本办法。

一、适用范围

本办法适用于本市行政区域内所有用人单位及其职工、灵活就业人员、城乡居民等参加社会保险的参保人员。

二、基本原则

（一）依法合规原则。严格执行国家法律法规和政策规定，确保经办工作合法合规。

（二）公开透明原则。公开经办流程、收费标准、服务事项，接受社会监督。

（三）便民利民原则。简化办事程序，优化服务流程，提高经办效率，方便参保人员办事。

（四）协同联动原则。加强部门间、单位间的沟通协作，形成工作合力。

三、经办流程

（一）参保登记。用人单位应当在用工之日起30日内，向当地社会保险经办机构办理参保登记。

（二）缴费基数核定。用人单位应当按照国家和省规定的缴费基数核定办法，如实申报缴费基数。

（三）社会保险费征收。社会保险费由社会保险经办机构核定，由税务部门负责征收。

（四）待遇申领。参保人员符合待遇申领条件时，应向当地社会保险经办机构提出申请。

（五）待遇支付。社会保险经办机构审核后，由税务部门或指定银行发放待遇。

四、监督管理

（一）加强监督检查。社会保险经办机构应加强对经办工作的监督检查，确保经办工作规范运行。

（二）严肃查处违规行为。对违反本办法规定的单位和个人，将依法依规严肃处理。

五、附则

本办法自发布之日起施行。