

秦皇岛市医疗保障局 秦皇岛市财政局文件 国家税务总局秦皇岛市税务局

秦医保〔2020〕122号

秦皇岛市医疗保障局 秦皇岛市财政局 国家税务总局秦皇岛市税务局 关于转发《河北省医疗保障局河北省财政厅 国家税务总局河北省税务局关于做好 2020年城乡居民基本医疗保障工作 的通知》的通知

各县区医保局、财政局、税务局，秦皇岛开发区、北戴河新区人社局，市医保中心：

现将《河北省医疗保障局 河北省财政厅 国家税务总局河北省税务局关于做好 2020 年城乡居民基本医疗保障工作的通知》

(冀医保发〔2020〕4号)转发给你们,请结合以下意见,一并贯彻执行。

一、对困难群众参加城乡居民基本医保个人缴费部分实施资助

参保缴费资助标准仍按照《秦皇岛市城乡居民基本医疗保险实施办法》(秦政办发〔2016〕39号)、《秦皇岛市人力资源和社会保障局 秦皇岛市财政局 秦皇岛市民政局关于转发〈河北省人力资源和社会保障厅 河北省财政厅 河北省民政厅关于对部分贫困人口参加城乡居民医保个人缴费给予全额资助的通知〉的通知》(秦人社〔2017〕223号)相关规定执行。对农村建档立卡贫困人口、特困人员、低保对象、重度残疾人参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分,给予全额补助;低收入家庭60岁以上的老年人的个人缴费部分,按60%给予资助。

按照《河北省医疗保障局 河北省民政厅关于切实做好2019年医疗救助工作的通知》(冀医保规〔2019〕4号)精神,原则上本年度内完成资助下年度的参保工作。已进入待遇享受期的新识别特困人员、低保对象、重度残疾人、低收入家庭60岁以上的老年人,个人缴费部分不再予以资助。各县区对按规定纳入定额资助范围的低收入家庭60岁以上的老年人,要做好参保动员工作,加大保费征缴力度,提高参保意愿,可由其先行全额缴纳参保费用,再将资助资金支付本人,确保人费对应、足额缴纳、及时参保。

二、建立城乡居民基本医疗保险门诊统筹制度

（一）筹资和待遇。

取消城乡居民基本医疗保险门诊包干制度，建立统一的门诊统筹制度，重点用于解决参保城乡居民门诊多发病、常见病。

我市城乡居民门诊统筹起付标准为 50 元，报销比例 50%，年度最高支付限额为 65 元。单独核算、单独管理。

已取得门诊慢性病资格的参保城乡居民，不再享受门诊统筹待遇。

（二）定点管理。

将乡镇卫生院（社区服务中心）、二级、三级医疗机构以及实行药品零差率销售的高校医务室、村卫生室纳入城乡居民医保门诊统筹定点范围。根据工作需要，以后可逐步将实行药品零差率销售且具备医保实时联网结算条件的一级医疗机构纳入城乡居民医保门诊统筹定点范围。

（三）结算方式。

城乡居民医疗保险门诊统筹信息系统部署在省医疗保障局城乡居民医疗保险结算系统中，参保居民持社会保障卡就医直接划卡结算。

（四）原门诊包干结存费用。

对已按照《秦皇岛市城乡居民基本医疗保险实施办法》（秦政办发〔2016〕39 号）门诊包干规定提取，参保居民未使用的门诊包干结存费用，可仍按原渠道原办法执行。

(五) 门诊统筹实施时间。

城乡居民医疗保险门诊统筹制度于2021年1月1日起实施。



国家税务总局秦皇岛市税务局

2020年11月11日



河北省医疗保障局
河北省财政厅文件
国家税务总局河北省税务局

冀医保发〔2020〕4号

河北省医疗保障局
河北省财政厅
国家税务总局河北省税务局
关于做好2020年城乡居民基本医疗保险
工作的通知

各市(含定州、辛集市)医疗保障局、财政局,国家税务总局各市(含定州、辛集市)、河北雄安新区税务局,河北雄安新区管委会公共服务局,华北油田医疗保险管理中心:

为进一步提高城乡居民基本医疗保险(以下简称居民医保)和大病保险待遇保障水平,落实医疗保障扶贫政策,发挥医疗救助托底作用,完善医保支付管理,加强基金监督管理,提升经办服务水平,按照《国家医保局财政部国家税务总局关于做好2020年城乡居民基本医疗保险工作的通知》(医保发〔2020〕24号)要求,现就有关工作通知如下:

一、提高城乡居民基本医疗保险筹资标准

(一)提高城乡居民基本医疗保险筹资标准。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550元。个人缴费标准同步提高30元,居民医保个人缴费标准达到每人每年280元。中央财政按规定实行分档补助,各级财政要按规定足额安排财政补助资金并及时拨付到位。落实《国务院关于实施支持农业转移人口市民化若干财政政策的通知》(国发〔2016〕44号)、《香港澳门台湾居民在内地(大陆)参加社会保险暂行办法》(人力资源社会保障部国家医疗保障局令第41号)有关规定,对持居住证参保的参保人,各级财政按当地居民相同标准给予补助。

(二)完善居民医保个人缴费与政府补助相结合的筹资机制。各统筹区财政补助和个人缴费水平达到全省统一规定的筹资标准后,可统筹考虑基金收支平衡、待遇保障需要、经济社会发展水平和各方承受能力等因素,合理提高居民医保财政补助和个人缴费标准,适当提高个人缴费比重。

二、完善待遇保障机制

(三)落实居民医保待遇保障政策。各统筹区要用好居民医保新增资金,坚持公平普惠,增强基本医保主体保障功能。巩固住院待遇水平,政策范围内住院费用支付比例达到70%。强化门诊共济保障,2020年底前,各统筹区全面取消个人(家庭)账户,建立门诊统筹制度,自2021年1月1日起实施。门诊统筹资金原则上不超过城乡居民基本医保基金总额的8%,单独核算、单独管理,重点用于解决参保城乡居民门诊多发病、常见病,原则上基金支付比例50%左右。各地要严格按照《关于做好2020年高血压糖尿病门诊用药保障工作的通知》(冀医保字〔2020〕29号)要求,加大政策宣传力度,拓宽定点医疗机构范围,扩大患者覆盖面,确保2020年底前符合“两病”认定条件患者全面纳入“两病”门诊用药保障范围,享受“两病”门诊用药保障政策待遇。逐步规范简化门诊慢特病认定流程。

(四)落实我省医保药品目录政策。统一全省乙类药品个人先行自付比例。推进谈判药品及时进入定点医疗机构,不得以医保总额控制、医疗机构用药目录数量限制、次均费用增长额度、年均医药费用增长额度、药占比等考核为由影响谈判药品配备、使用。

(五)巩固大病保险保障水平。全面落实起付线降低至居民人均可支配收入的一半,政策范围内支付比例提高到60%。开展

大病保险取消封顶线试点,取得经验后逐步推开。继续保持贫困人口倾斜政策,脱贫攻坚期内农村建档立卡贫困人口支付比例提高5个百分点,全面取消农村建档立卡贫困人口封顶线。

(六)发挥医疗救助托底保障作用。全面落实对困难群众参加居民医保个人缴费部分实行分类资助,农村建档立卡贫困人口和特困人员100%全额资助、低保对象给予不低于60%的定额资助,确保困难群众应保尽保。结合救助资金筹集情况和救助对象需求,合理确定住院和门诊救助水平,统筹提高年度救助限额。加大重特大疾病救助力度,探索从按病种施救逐步过渡到以高额费用为重特大疾病救助识别标准。

三、全力打赢医疗保障脱贫攻坚战

(七)确保完成医保脱贫攻坚任务。聚焦建档立卡贫困人口基本医疗有保障,会同相关部门建立贫困人口参保信息互通共享机制,实现贫困人口信息动态管理联动,确保新增贫困人口及时纳入医疗保障范围,享受医疗保障待遇。结合疫情防控实际,采取多种形式逐人逐户排查贫困人口参保状态,实行贫困人口参保、缴费、权益记录全流程跟踪管理,确保贫困人口动态应保尽保。抓好挂牌督战,坚决攻克深度贫困地区堡垒,落实贫困人口省内转诊就医享受本地待遇政策,简化异地就医登记备案,促进“互联网+”医疗服务价格和医保支付政策落地。

(八)全力做好医保脱贫攻坚普查工作。要将脱贫攻坚普查

作为当前首要政治任务,围绕贫困人口享受的基本医保、大病保险和医疗救助制度全覆盖,个人参保缴费资助、住院结算“一站式”等脱贫攻坚普查指标,切实加强组织领导,主要领导亲自抓,分管领导具体抓,集中力量,确保医保扶贫政策宣传到位,明白纸发放到位,普查质量管理到位,圆满完成医保脱贫攻坚普查工作任务。

(九)巩固医保脱贫攻坚成效。全面落实和落细医保脱贫攻坚政策,持续发挥医保三重制度综合保障、梯次减负功能。充分利用河北省脱贫攻坚综合信息系统,协同做好脱贫不稳定户、边缘户及因疫情等原因致贫返贫户监测,落实新冠肺炎救治费用医保报销和财政补助政策。用好国家医疗保障局医保扶贫调度、督战、政策分析功能模块,动态监测攻坚进展。配合做好脱贫攻坚普查、脱贫摘帽县抽查、巡查督查等工作。

(十)做好医保脱贫攻坚接续工作。严格落实“四不摘”要求,过渡期内,保持政策相对稳定。对标对表脱贫攻坚成效考核和专项巡视“回头看”等渠道反馈问题,稳妥纠正不切实际的过度保障问题,确保待遇平稳过渡。按照国家健全重特大疾病医疗保险和救助制度要求,研究建立医保扶贫长效机制。

四、加强医保支付管理

(十一)加强定点医药机构管理。严格落实定点医药机构协议管理政策,细化区域布局要求,严格准入条件,优化工作流程,将技术好、服务优、价格低且区域布局合理的医药机构纳入医保定

点。加强对医保定点医药机构履行协议考核管理,从医保管理、政策执行、规范诊疗等多角度对定点医药机构进行考核,强化目录内药品、诊疗项目使用率等数据指标的考核。将协议管理和考核结果与医保基金支付、协议续签、年终清算等相挂钩。

(十二)推进医保支付方式改革。全面落实基本医疗保险预付周转金制度。推进邯郸市开展按疾病诊断相关分组(DRG)付费国家试点工作,鼓励有条件的市按照《国家医疗保障 DRG 分组与付费技术规范》《国家医疗保障 DRG(CHS-DRG)分组方案》稳妥开展 DRG 支付方式改革。推动各地普遍实施按病种付费为主、按床日、按人头和按病种分值(点数法)付费等适应不同疾病、不同服务特点的多元复合式支付方式。落实国家医疗保障局重大疫情医保综合保障政策。

(十三)加强医保目录管理。建立医保药品目录落实情况监测机制,各统筹区要将医保目录内药品尤其是谈判药品的使用、报销情况、谈判药品纳入门诊特殊疾病、门诊慢性病情况等纳入监测范围。按照《河北省医疗保障局、河北省人力资源社会保障厅关于省增补药品第一批消化调出有关问题的通知》(冀医保函〔2020〕33号)要求,各统筹区要及时将消化药品调出本地医保。将医保目录使用率纳入各级医保定点医疗机构协议管理和基金监管范围,促使医疗机构合理引导参保人员使用医保目录内药品和诊疗项目。

五、加强基金监督管理

(十四)加强基金监督检查。落实全覆盖式医保基金监督检查,每年对定点医疗机构进行一次数据或现场检查,每年组织开展两轮省级对市级、市级对县级的飞行检查,覆盖全部市、县。分类推进医保违法违规行为专项治理,对经办机构重点检查内审制度不健全、基金稽核不全面、违规办理待遇、违规支付费用、违规拖欠定点医疗机构费用以及内外勾结骗保等行为;对定点医疗机构重点检查违规收费、超医保支付范围、高套病种、虚假结算等行为加强监督核查和打击力度。加大贫困地区基金监管力度,着力解决贫困人口住院率畸高、小病大治大养及欺诈骗保问题。加强和规范协议管理,强化异地就医监管。

贯彻基金监管规范年建设要求,建立健全规章制度,制定完善执法规程,全面落实行政执法公示、执法全过程记录、重大执法决定法制审核和双随机一公开检查等要求。创新基金监管方式,建设基金监管长效机制,巩固监管方式创新试点和智能监管示范点建设取得成效,健全监督举报、举报奖励、智能监管、综合监管、责任追究等措施,完善医疗保障基金使用信用管理办法,探索建立信用管理指标体系,建立药品价格和招采信用评价制度。探索对医养结合机构、互联网医疗机构等新型业态的监管,加强对承办大病保险商业机构的监督检查,建立健全考核评价体系,督促指导商业保险机构提高服务效能、及时兑现待遇。

(十五)全面做实市级统筹。各地要严格按照《河北省医疗保障局关于推进城乡居民基本医疗保险市级统筹的工作方案》要求,推进居民医保基金市地级统筹,自2021年城乡居民参保缴费开始起,按照基金市级统收的政策征缴医保费,基金收入全部纳入市级财政专户管理。2020年12月底前,完成市级统筹前基金审计和清算工作。2021年1月1日起,全面实行城乡居民基本医疗保险统收统支的市级统筹。衔接适应基本医保统筹层次,鼓励有条件的地区,逐步推进医疗救助市域范围内政策、管理、服务统一。

(十六)认真做好基金运行分析。统筹新冠肺炎疫情影响因素,完善收支预算管理,适时调整基金预算。建立健全基金运行分析报告、风险评估预警及化解机制。在全省范围建立报表评比机制,通报评比结果。开展基金使用绩效评价,强化支出责任和效率意识。实现数据统一归口管理,做好与承办大病保险的商业保险机构必要的信息交换,加强大病保险运行监测分析和风险评估。

六、完善经办管理服务

(十七)抓好参保缴费工作。全面实施全民参保计划,做好参保情况清查,运用国家医保信息平台基础信息管理子系统新增参保人员信息实时核对功能,提升参保信息质量。探索建立稳定持续参保激励机制,参保城乡居民连续参保缴纳医保费的年限与住院医疗费、特殊病病种门诊的支付比例挂钩,体现“长缴多补”。加大新生儿、高校学生、成年居民等重点群体参保扩面力度,清理

户籍、居住证、学籍等以外的参保限制,杜绝发生参保空档期。在各地政府统一组织下,压实工作责任,强化参保征缴业务衔接协同,加强医保、税务部门经办联系协作,稳定参保缴费工作队伍,做好参保缴费动员,创新宣传方式,拓展宣传渠道,调动群众参保缴费积极性。提高效率和服务水平,便民高效抓好征收工作,确保年度参保筹资量化指标落实到位。

(十八)推进一体化经办运行。推动统筹区内基本医保、大病保险、医疗救助“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。大力推进系统行风建设,根据深化“放管服”改革要求,根据国家和省要求落实全省统一的医疗保障经办政务服务事项清单,优化经办管理服务流程,精简材料,缩短时限。适应不同地区和人群特点,简化办事程序,优化窗口服务,推进网上办理,方便各类人群办理业务。按照国家和省政府工作部署,抓好新冠肺炎疫情相关费用结算工作,确保确诊和疑似病例待遇支付。

(十九)完善异地就医管理。加快推进跨省异地就医住院费用直接结算定点医疗机构扩面工作,逐步将全省所有三级医疗机构和符合条件且有需求的一、二级定点医疗机构全部纳入跨省异地就医直接结算定点范围。2020年底前基本实现符合条件的跨省异地就医患者在所有定点医院住院能够直接结算。各统筹区负责跨省异地就医住院费用直接结算定点医疗机构开通管理工作,加强对开通异地就医定点医疗机构的管理和维护,及时关停违法

违规被暂停或解除医保服务协议异地就医定点医疗机构。各统筹区要按照建立跨省异地就医结算业务协同管理机制工作要求,提高异地就医网上备案率,遵循轻重缓急要求处理好跨省异地就医协同问题,提升业务协同效率和经办服务水平,落实好跨省异地就医结算业务协同管理工作。

(二十)提升经办管理服务能力。推进构建全省统一的城乡医疗保障经办管理体系,按国家统一部署充分发挥医疗保障服务热线作用,大力推进服务下沉,实现省、市、县、乡镇(街道)、村(社区)全覆盖。加强队伍建设,打造与新时代医疗保障公共服务要求相适应的专业队伍,积极探索设区市级以下经办机构垂直管理体制。合理安排财政预算,保证医疗保障公共服务机构正常运转。

(二十一)加快推进标准化和信息化建设。认真做好15项信息业务编码标准的信息维护工作,组建省、市两级编码标准维护团队,建立动态维护机制。按照国家和省统一建设、统一标准、统一部署的工作要求,稳步推进全省统一的医保信息化平台建设,按时完成示范区建设各项任务。加快推进医保电子凭证推广应用工作。加强现有系统安全管理,确保过渡期内安全平稳运行。

七、做好组织实施

(二十二)加强组织保障和宣传引导。各统筹区要切实加强组织领导,健全工作机制、明确工作职责,积极应对疫情影响,确保任务落实,重点做好困难群众、失业人员等人群的相关医疗保障工

作。各级医疗保障部门要抓好居民医保待遇落实和管理服务,财政部门要确保财政补助拨付到位,税务部门要做好居民个人缴费征收工作,各部门间要加强业务协同和信息沟通,做好宣传引导和舆情监测,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)

