

**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〔2019〕57号

**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 2019 年
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：

为贯彻落实 2019 年《政府工作报告》要求，根据《国家医疗保障局财政部关于做好 2019 年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2019〕30 号），并结合我省实际，就有关问题通知如下：

一、提高城乡居民医保和大病保险筹资标准

2019 年我省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 520 元，2019 年个人缴费达到每人每年 250

元。2019 年新增财政补助一半用于提高大病保险保障能力，居民大病保险 2019 年按人均 81 元筹资。

二、做好城乡居民医保参保缴费

加大全民参保计划推进力度，巩固城乡居民医保覆盖面，做到应保尽保。完善新生儿、儿童、学生以及农民工等人群参保登记及缴费办法，避免重复参保。已有其他医疗保障制度安排的，不纳入居民医保覆盖范围。各级医疗保障部门要有序推进城乡居民医疗保险费征缴职责划转前后的工作衔接，确保年度筹资量化指标落实到位。地方各级财政要按规定足额安排财政补助资金，按规定及时拨付到位。对持居住证参保的，个人按当地居民相同标准缴费，各级财政按当地居民相同标准给予补助。

三、稳步提升待遇保障水平

各地要妥善处理特殊问题、特殊政策，稳定待遇预期，防止泛福利化倾向。要用好城乡居民医保年度筹资新增资金，确保基本医保待遇保障到位。巩固提高政策范围内住院费用报销比例，建立健全居民医保门诊费用统筹及支付机制，重点保障群众负担较重的多发病、慢性病。把高血压、糖尿病等门诊用药纳入医保报销，具体方案另行制定。实行个人（家庭）账户的，应于 2019 年底前取消，向门诊统筹平稳过渡；已取消个人（家庭）账户的，不得恢复或变相设置。

提高居民大病保险保障功能。降低并统一居民大病保险起付标准，原则上按各市上一年度居民人均可支配收入的 50%

确定，低于该比例的，可不作调整。个人负担的合规医疗费用起付标准（含）以上、10万元以下的部分给予60%补偿，10万元（含）以上、20万元以下的部分给予65%补偿，20万元（含）以上、30万元以下的部分给予70%补偿，30万元（含）以上、40万元以下的部分给予75%补偿。一个医疗年度内，居民大病保险每人最高给予40万元的补偿。

对建档立卡贫困人口、低保对象、特困人员、重度残疾人等贫困人口（以下简称贫困人口），落实居民大病保险倾斜性政策，其居民大病保险起付标准降低至5000元。个人负担的合规医疗费用5000元以上（含）、10万元以下的部分给予65%补偿，10万元以上（含）、30万元以下的部分给予75%补偿，30万元（含）以上的部分给予85%补偿，取消其居民大病保险最高支付限额，进一步减轻贫困人口大病医疗负担。

四、完善规范大病保险政策和管理

各市要根据2019年《政府工作报告》及本通知提出的大病保险筹资和待遇政策调整任务，于2019年7月31日前协商调整大病保险承办委托合同；于2019年8月31日前按最新筹资标准完成拨付，并完成大病保险补偿和补报程序调整，会同商保机构共同验收后上线，确保政策、资金、服务落实到位；于2019年9月1日起，对2019年1月1日以来发生的居民大病保险医疗费用进行补偿。

各市要统筹基本医保与大病保险待遇衔接，通过平等协商完善风险分担机制，因医保政策调整导致商业保险机构亏

损的，由医保基金和商业保险机构合理分担，具体比例在合同中约定。2019年第三季度，省医疗保障局委托第三方机构对16市2018年大病保险运行情况进行评估，根据评估情况，与商业保险机构按政策结算资金。各市医疗保障部门要完善对商业保险机构的考核机制，建立健全以保障水平和参保人满意度为核心的考核评估体系，督促商业保险机构提高服务管理效能，在规范诊疗行为、控制医疗费用、引导合理就医等方面发挥应有作用。要加强医保经办机构与商业保险机构之间的信息共享，明确数据使用权限，规范运行数据统计，加强大病保险运行分析。商业保险机构定期向医疗保障部门报送大病保险数据，配合开展运行监测分析和打击欺诈骗保。

五、切实落实医疗保障精准扶贫硬任务

2019年是打赢脱贫攻坚战的关键之年。各地要切实肩负起医疗保障扶贫重大政治任务，组织再动员再部署，按照《山东省打赢医疗保障扶贫攻坚战三年行动实施方案（2018-2020年）》要求，狠抓政策落地见效，努力实现“六个确保”，即：确保四类贫困人口参保全覆盖；确保制定的医保扶贫政策能够防止人民群众因病致贫返贫；确保医保扶贫政策落到每一个人身上；确保报销和医疗救助及时兑现；确保贫困人口基本医保、大病保险、医疗救助“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”；确保脱贫不脱政策、不脱责任，防止因病致贫返贫的反复性。

全面开展贫困人口精准扩面专项行动，2019年实现贫困

人口基本医保、大病保险、医疗救助覆盖面 3 个 100%。要强化部门信息共享，加强动态管理，建立“未参保贫困人口数据库”，跟踪掌握情况变化，着力解决流动贫困人口断保、漏保问题。要健全医保扶贫管理机制，统筹推进医保扶贫数据归口管理，加强医保扶贫运行分析。要聚焦深度贫困地区、特殊贫困群体和“两不愁、三保障”中医疗保障薄弱环节，充分发挥基本医保、大病保险、医疗救助三重保障功能，用好中央财政提高深度贫困地区农村贫困人口医疗保障水平补助资金。地方各级财政要加大救助资金配套力度，提升资金使用效益，增强医疗救助托底保障功能。要严格按照现有支付范围和既定标准保障到位，不盲目提高标准、吊高胃口，准确掌握各类兜底保障形式，结合待遇调整和新增资金投入，平稳纳入现行制度框架，防止“福利陷阱”和“待遇悬崖”问题。同时，要着眼促进乡村振兴战略实施，建立防范和化解因病致贫、因病返贫的长效机制，妥善做好特殊疾病困难群众医疗保障工作。

六、全面做实城乡居民医保市级统筹

各市要巩固提升统筹层次，提高运行效率和抗风险能力，确保地市级统筹区内实现参保范围、筹资标准、待遇水平、基金管理、经办服务流程、信息管理“六统一”。目前尚未实现基金统收统支的市，年底前要全面实现基金市级统收统支。地市级统筹区内统一确定定点医药机构，促进医药卫生资源互补共享，推动定点医药机构加强管理、提高质量和改

善服务。统一推进医保支付方式改革，实行总额控制下的复合式支付方式，推进 DRG 付费改革试点，抓好预付金制度落实。医共体内实行医保总额付费、基金结余留用、合理超支分担的支付政策。按照全国统一医保信息平台和业务标准的要求，高标准推进地市级统筹区内统一联网、直接结算，确保数据可交换、可监控。

规范统筹区内经办管理服务流程，健全市、县、街道经办管理服务网络，鼓励有条件的地区探索统筹区内经办机构垂直管理体制。推进医疗救助管理层次与城乡居民医保统筹层次衔接，增强各类人群待遇公平性协调性。按照“分级管理、责任分担、统筹调剂、预算考核”的总体思路探索省级统筹。

七、严格落实医保基金监管责任

强化基金监管首要职责，深入开展打击欺诈骗保专项治理，部署打击欺诈骗保“风暴行动”，确保年内实现定点医药机构检查、举报线索复查、智能监控的三个“全覆盖”。坚持标本兼治，加强医保协议管理，严格协议签订，全面规范经办稽核和行政执法检查，落实集体审议制度，提高依法行政水平。积极推进基金监管国家确定的两试点一示范和省级创新示范工作，用好现代信息技术和大数据，提高智能化审核效能，进一步完善智能监控规则，细化事前预警、事中监控指标，拓展监控功能，扩大监控范围，提高监控质量。推进联合惩戒，加大协议退出、行政处罚和责任追究力度，

加快建立医保信用评价体系，建立医保信用“黑名单”，推行“红黄牌”制度。加强医保基金预决算，建立医保基金大数据分析和运行评价机制，强化基金支付风险预警防控，确保基金安全平稳运行。

八、持续改进医疗保障服务

要以便民利民为第一原则优化医疗保障公共服务。整合城乡医保经办资源，确保 2019 年 12 月底前实现基本医保、大病保险、医疗救助“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。着力深化“放管服”改革，简化定点医药机构协议签订程序，加强事中事后监督，切实做好基金结算、清算工作，确保资金及时足额拨付。全力推进医保经办标准化建设，修订完善全省医疗保险经办工作流程，着力打造“经办程序最简、证明材料最少、办理时限最短、服务质量最优”的医保经办服务品牌。建立省、市、县（区）医保经办服务群众满意度测评制度，全面提升全省医保经办机构的服务能力和质量水平。

巩固完善异地就医直接结算和医保关系转移接续工作。将符合条件的一级及以下基层医疗机构纳入定点协议管理，继续扩大省内和跨省联网结算定点医疗机构数量。以流动人口和随迁老人为重点，优化异地就医备案流程，加快推广电话、网络备案方式，使异地就医患者在更多定点医院持卡看病、即时结算。加强就医地管理，将跨省异地就医全面纳入就医地协议管理和智能监控范围。

九、加强组织保障

各市要将居民医疗保障工作纳入改善民生重点任务，切实加强领导，健全工作机制，严格按照统一部署，压茬推进落实落细，确保有关政策调整、待遇支付、管理服务于 2019 年 9 月底前落地见效。医疗保障部门要会同财政部门，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。要做好政策解读和服务宣传，及时回应社会关切，合理引导社会预期，提前做好重要事项风险评估，制定舆论引导和应对预案。各市遇到重大情况，及时报告省医疗保障局、省财政厅。



(此件主动公开)