

日照市医疗保障局 日照市财政局 文件

日医保发〔2022〕7号

关于印发《日照市贯彻落实山东省医疗保障待遇清单三年行动方案（2021-2023年）》的通知

各区县医疗保障局、财政局，各功能区社会事业（发展）局、财政局：

根据省医疗保障局、省财政厅《关于建立医疗保障待遇清单制度的实施意见》（鲁医保发〔2021〕43号）的有关要求，结合我市实际，市医保局、市财政局制定了《日照市贯彻落实山东省医疗保障待遇清单三年行动方案（2021年-2023年）》，现印发给你们，请认真遵照执行。



（此件主动公开）



2022年2月28日

日照市贯彻落实山东省医疗保障待遇清单 三年行动方案（2021-2023年）

为贯彻落实省医疗保障局、财政厅《关于建立医疗保障待遇清单制度的实施意见》（鲁医保发〔2021〕43号）的有关要求，加快建立统一规范的医疗保障制度，公平适度保障人民群众基本医疗保障权益，提高依法行政水平和保障绩效，结合我市实际，制定本方案。

一、总体要求

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，坚持党对医疗保障事业的集中统一领导，适应健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系需要，坚持基本保障、公平适度、责任分担、稳健持续、科学决策，推进医疗保障制度管理法治化、规范化、标准化，确保医疗保障制度可持续发展，切实维护人民群众基本医疗保障需求。

（二）基本原则

1. 坚持基本保障、公平适度。从我市经济社会发展水平和基金承受能力出发，量力而行、尽力而为，完善政策体系，优化待遇设置，提供更加公平、更加充分、更高质量的医疗保障，

切实维护人民群众基本医疗保障需求。

2. 坚持责任均衡、稳健持续。坚持权利和义务对等，科学确定筹资待遇水平和各方负担比例，防范和化解基金运行风险。增强刚性约束，推进可持续发展，为医疗保障制度更加成熟定型提供根本保证。

3. 坚持依法依规、科学决策。统筹制度政策安排，严格落实决策层级和权限，既鼓励探索创新，又规范科学决策，推进医疗保障事业更高质量发展。

（三）目标任务

根据“确定基本保障内涵，厘清待遇支付边界，明确政策调整权限，规范决策制定流程”的总要求，按照《山东省医疗保障待遇清单（2020版）》（附件2）的统一规定，在国家、省统一框架下推动全市范围内医疗保障制度框架、制度名称、制度设置、政策标准、基金支付范围、信息系统等规范统一。实施贯彻落实医疗保障待遇清单三年行动（重点目标任务见附件1）。

1. 2021年底前，全面梳理我市有关制度政策，开始清单外基本医保制度政策清理规范。完成国家医疗保障信息平台上线工作，持续优化系统建设，保障平台稳定运行。

2. 2022年底前，实现医疗保障制度框架、政策项目设置和名称统一，基本医疗保险达到筹资、待遇基准要求，健全完善重特大疾病基本医保和救助政策，全市统一医疗救助政策，强

化基本医保、补充医疗保险、医疗救助三重综合保障，实现筹资和待遇基本均衡。

3. 2023 年底前，调整市级职工大病保险政策，完成待遇清单外政策清理规范，统一医疗保险基金和医疗救助资金支付范围、医保经办服务规程，优化医疗服务价格管理权限配置，基本实现决策权限清晰合规、制度体系统一规范、保障标准合理均衡。

二、严格落实待遇清单制度

（一）严格遵守待遇清单。各区县要严格遵守《山东省医疗保障待遇清单（2020 年版）》，不得有超出清单范围的政策设计，不得自行出台新的特殊待遇政策；要严格执行国家医保药品目录、国家医用耗材和医疗服务项目准入、管理政策；要严格遵守基金不予支付的范围。

（二）严格决策权限和流程。市医疗保障部门会同有关部门根据国家、省制定的具体筹资及待遇等政策制定实施细则，并负责组织落实。严格按照省医疗保障待遇清单明确的决策权限，依法履职，依法行政，严禁越权行事。建立医保政策备案制度，自本方案印发之日起，市医疗保障部门根据国家和省要求制定、调整医保政策的，须报省医疗保障局备案。

（三）建立重大决策请示报告制度。为应对突发性重大情况等确有必要突破清单限定的各类情况，各区县在出台前要及时上报备案，未经备案不得实施，确保上下贯通。对经济社会

发展过程中的新情况、新问题，以及符合国家、省、市改革方向须因地制宜探索的新机制、新办法，在按程序请示报告后实施，鼓励各区县积极探索。

三、全面清理规范医疗保障政策

要认真对照国家和省医疗保障待遇清单要求，全面摸排现行制度和政策，对以往出台的与清单不相符的制度政策，进行全面清理规范，确保 2023 年底前完成，实现医疗保障制度安排的规范统一。

（一）规范医疗保障制度设置。严格遵守国家、省医疗保障待遇清单，梳理现有保障制度安排，分步分类归入基本医疗保险、补充医疗保险和医疗救助三重保障制度框架。2022 年底前，各项补充医疗保险制度名称、制度设置全部统一至清单要求。2023 年底前，三重保障制度框架外的市级保障制度安排全部清零。

（二）规范基本筹资和保障政策。统一政策项目设置和名称，规范政策标准。2022 年底前，全市三重保障制度中各项政策项目设置和名称统一与清单保持一致；按照省待遇清单要求，调整职工基本医疗保险最低缴费年限、待遇享受等待期、居民基本医疗保险集中缴费期等政策规定；改革职工基本医保个人账户，全面建立职工基本医保门诊共济保障机制，做好与门诊慢特病政策的衔接；按照省医保局要求，做好全省门诊慢特病基本病种的统一工作；规范医疗救助保障范围，全面落实医保

帮扶对象参保缴费补助政策，合理确定年度医疗救助限额；将市级职工大病保险制度调整至职工大额医疗费用补助制度框架内；建立筹资、待遇基准制度，以《山东省医疗保障待遇清单（2020年版）》规定的基本医疗保险筹资标准、起付标准、支付比例、最高支付限额的基准为参照，逐步推进我市的筹资和待遇标准达到《山东省医疗保障待遇清单（2020年版）》的基准要求。

（三）规范基金支付范围。执行全省统一的药品、诊疗项目和医疗服务设施目录。实行医疗服务项目医保准入管理，2022年底前全面落实将省增补药品调出药品目录。对大病保险支付政策范围外的特殊政策，按照省医保局统一部署，2023年底前完成清理规范。探索政策范围外医疗费用解决途径，支持和鼓励商业保险机构，鼓励引导慈善捐赠等社会力量，多渠道减轻人民群众政策范围外费用负担。

（四）统一信息系统。2021年底前我市上线运行国家医疗保障信息平台，在推进信息平台上线过程中同步开展制度和政策清理规范，做到信息系统与待遇清单制度相适应。2024年1月1日起，对超出清单范围的制度政策，全省统一的医保信息平台不予上线运行。

（五）优化医疗服务价格管理权限配置。现阶段新增医疗服务价格项目实行省、市两级管理。我市新增医疗服务价格项目严格按照省、市两级的立项权限，及时组织专家论证，对论

证通过的项目经省医疗保障局审定后执行。根据国家医疗服务价格改革统一规定要求，新增医疗服务价格项目届时实行国家和省两级管理。医疗服务项目价格按照《山东省定价目录》规定，由省、市两级定价。市级定价原则上不高于省级定价，确保与经济发展水平相近、医疗发展水平相当、地理区域相邻市的价格水平保持合理衔接。

（六）统一医保经办服务。巩固深化医保经办服务“六统一”流程再造，统一规范经办规程，积极打造日照医保服务品牌。推进医保经办业务“网上办”“掌上办”，将医保公共服务事项全面接入一体化政务服务平台，实现高频服务事项“全省通办”“跨省通办”。按照全省统一的医保经办管理体系的要求，强化各级医保经办机构人员配置。依托乡镇（街道）政务服务中心设置基层医保服务站（点），借助定点医药机构、金融机构、商业保险公司、大型企业等社会力量，灵活设立医保服务站（点），加快建立完善市县乡村医保服务网络。

四、组织实施

（一）提高站位，统筹推进。各区县要深入贯彻上级统一部署，深刻认识建立医疗保障待遇清单制度的重要意义，严格落实三年行动方案，夯实主体责任，健全工作机制，按照各项工作完成的时间节点，倒排工期，压茬推进，确保重点目标任务按时完成，确保待遇清单制度全面建立实施。

（二）平稳过渡，做好衔接。按照杜绝增量、规范存量的

原则，严格梳理超出待遇清单制度框架和超支付范围的特殊政策，做好政策调整与政策衔接。完善国家医疗保障信息平台实施应用，做到信息系统与待遇清单制度相适应，在信息系统上同步完成清理规范。

（三）营造氛围，主动引导。各区县要加强政策宣传解读，做好风险研判，引导群众合理预期，确保政策平稳过渡，维护社会和谐稳定。坚持激励与约束并重，对实践探索中的有益经验及时上报推广，营造良好改革氛围。

本方案自印发之日起执行，凡与本方案规定不符的，按照本方案执行。

- 附件：1.日照市落实医疗保障待遇清单三年行动重点目标任务表
- 2.山东省医疗保障待遇清单（2020版）

附件 1

日照市落实医疗保障待遇清单三年行动重点目标任务表

序号	省待遇清单要求	我市贯彻落实重点目标任务	完成时限
1	上线运行国家医疗保障信息平台	按照全国统一标准，加快推进医保信息化建设，2021 年底前建成兼容高效、便捷安全的医疗保障信息平台，实现信息互联互通，数据有序共享。	2021 年底
2	制定出台具体落实方案	按照《山东省医疗保障待遇清单（2020 版）》要求，出台我市贯彻落实省待遇清单三年行动方案，明确规范统一时间表、路线图。	2022 年 2 月
3	调整职工基本医疗保险有关政策	对职工基本医疗保险制度中职工最低缴费年限、补缴方式、待遇等待期等内容进行修订完善。	2022 年 3 月
4	调整居民基本医疗保险有关政策	对居民基本医疗保险制度中集中缴费期、等待期、新生儿参保等内容进行调整完善。	2022 年 3 月

序号	省待遇清单要求	我市贯彻落实重点目标任务	完成时限
5	建立职工基本医保门诊共济保障机制	全面建立职工基本医保门诊共济保障机制，改革职工医疗保险个人账户，在上级统一部署下，做好与门诊慢特病政策的衔接。	2022 年底
6	规范医保基金支付范围	严格落实医保基金支付范围有关规定，全面落实将省增补药品调出药品目录，实行医疗服务项目医保准入管理。	2022 年底
7	统一基金支付范围	清理规范超出清单范围的基本医保特殊保障政策和超支付范围政策；统一全省药品、诊疗项目和医疗服务设施目录；消化原我省按规定增补的西药和中成药。	2022 年底
8	统一医疗保障制度	实现医疗保障制度框架、政策项目设置和名称统一，职工大额救助金改称职工大额医疗费用补助。	2022 年底
9	完善重特大疾病医疗保险和救助制度	对医疗救助制度中医疗救助资助范围、困难群体待遇倾斜政策等内容进行调整完善。	2022 年底
10	居民基本医疗保险政策调整	对居民基本医保中住院报销比例政策进行修订完善，居民基本医保支付比例平均达到 70%左右。	2023 年底

序号	省待遇清单要求	我市贯彻落实重点目标任务	完成时限
11	调整尿毒症透析治疗医保政策	按照《山东省医疗保障待遇清单（2020版）》要求，完善我市职工和居民尿毒症透析治疗支付政策。	2023年底
12	提高居民基本医疗保险门诊统筹待遇水平	普通门诊基金最高支付限额在2020年基础上平均提高50%以上。	2025年底
13	完善基本医保门诊慢特病政策	根据全省门诊慢特病基本病种要求，做好我市有关门诊慢特病病种的规范统一工作。	2023年底
		提高居民门诊慢特病支付比例：居民门诊慢特病起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用，2023年支付比例不低于60%，2025年不低于65%。	2025年底
14	优化医疗服务价格管理权限配置	医疗服务价格按照《山东省定价目录》规定，由省、市两级定价，市级定价原则上不高于省级定价。新增医疗服务价格项目实行国家和省两级管理。	2023年底
15	基层医保服务覆盖所有镇街和村（社区）	依托基层便民服务中心、党群服务中心及乡镇医院、村（社区）卫生室等资源搭建医保服务平台，增强服务群众便捷度，持续提升服务效能。	2022年底

附件 2

山东省医疗保障待遇清单（2020 年版）

一、基本制度

（一）基本医疗保险制度

1. 职工基本医疗保险（以下简称“职工基本医保”）：为职工提供基本医疗保险的制度安排。

2. 城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民基本医保”）：为未参加职工医保或其他医疗保障制度的全体城乡居民提供基本医疗保险的制度安排。

（二）补充医疗保险制度

1. 职工大额医疗费用补助（职工大病保险）：对参保职工发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障。

2. 公务员医疗补助：在职工基本医保制度基础上对国家公务员的补充医疗保障。公务员医疗补助参照本待遇清单制度管理。

3. 企业事业单位补充医疗保险：对职工基本医保、职工大额医疗费用补助支付以外由职工个人负担的医药费用进行适当补助。企业事业单位自行建立的补充医疗保险等暂不纳入本待遇清单制度管理。

4. 城乡居民大病保险（以下简称“居民大病保险”）：对居民医保参保患者发生的符合规定的高额医疗费用（含住院和门诊慢特病）给予进一步保障。

（三）医疗救助制度

1. 对救助对象参加居民医保的个人缴费部分给予资助。

2. 对救助对象经基本医疗保险、补充医疗保险支付后，个人及其家庭难以承受的符合规定的自付医疗费用给予救助。

二、基本政策框架

（一）基本参保政策

1. 参保范围

1.1 职工基本医保：覆盖所有用人单位职工，无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员可以参加职工基本医保。

1.2 居民基本医保：覆盖除职工基本医保应参保人员或按规定享有其他保障的人员以外的全体城乡居民。

2. 医疗救助资助范围

2.1 全额补贴人员范围：特困人员。

2.2 定额补贴人员范围：低保对象、返贫致贫人口等困难群众。定额资助标准由设区市人民政府根据实际确定。

（二）基本筹资政策

1. 筹资渠道

1.1 职工基本医保:由用人单位和职工按照国家规定共同缴纳基本医疗保险费。无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员由个人按照规定缴纳基本医疗保险费。

1.2 居民基本医保:个人缴费和政府补助相结合。

1.3 医疗救助:通过各级财政补助、彩票公益金、社会捐助等多渠道。

随着制度健全完善,逐步提高基本医疗保险统筹层次。促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调。

2. 缴费基数

职工医保用人单位缴费基数为职工工资总额,个人缴费基数为本人工资收入。逐步规范缴费基数。

3. 筹资标准

3.1 职工基本医保单位缴费率(不含生育保险):职工工资总额的6%左右,不超过8%。

3.2 职工个人缴费率:本人工资收入的2%。

3.3 居民基本医保筹资标准:国家制定最低标准,省按照不低于国家标准的要求确定本省标准,各市按照国家、省标准确定本市具体筹资标准。政府补助与个人缴费之比不超过2:1。

4. 职工缴费年限

参保职工享受退休人员医保待遇的累计缴费年限最低为男

职工 30 年、女职工 25 年。未达规定的统筹地区，2025 年底前过渡到位。

（三）基本待遇支付政策

各市在国家、省规定范围内，制定本市职工、居民医保政策范围内住院和门诊费用起付标准、支付比例和最高支付限额。起付标准、最高支付限额等医保待遇按医疗年度（自然年度）计算（下同）。

1. 享受待遇时间

1.1 职工首次参保：职工自参保缴费的次月起享受待遇。

1.2 居民参保缴费：统一全省居民集中缴费期政策和享受待遇时间，自 2022 年起居民集中缴费期全省统一为每年的 9-12 月份。

1.3 关系转移接续及待遇享受等待期：用人单位职工跨统筹地区转移接续医保关系，享受待遇执行《关于做好职工基本医疗保险关系转移接续有关工作的通知》（鲁医保发〔2020〕47 号）等有关文件规定。灵活就业人员跨统筹地区转移接续职工医保关系参照用人单位职工政策执行。

因就业等个人状态变化在职工基本医保和居民基本医保间切换参保关系的，执行《国家医疗保障局、财政部、国家税务总局关于加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见》（医保发〔2020〕33 号）有关规定。新生儿自出生之日起 6 个月内

参保，以及低保对象、特困人员、返贫致贫人口、低收入人口等特殊群体参保，不设待遇享受等待期。

2. 职工医保待遇支付政策

2.1 基本医保住院待遇: 起付标准原则上不高于全省上年度全口径城镇单位就业人员年平均工资（以下简称全省职工年平均工资）的 3%。起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用，职工基本医保支付比例平均达到 80%，其中一级及以下医疗机构不低于 85%。职工基本医保叠加职工大额医疗费用补助最高支付限额达到全省职工年平均工资的 8 倍左右。

2.2 大额医疗费用补助: 大额医疗费用补助暂按各统筹区支付政策执行。推进职工大额医疗费用补助、职工大病保险制度统一。

2.3 普通门诊待遇: 2022 年全面建立职工普通门诊统筹制度，起付标准控制在全省职工年平均工资的 2% 以内，起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用，支付比例平均不低于 60%。2023 年底职工医保个人账户改革到位，逐步提高职工普通门诊最高支付限额。

2.4 门诊慢特病待遇: 推进门诊慢特病病种、纳入标准和待遇政策统一。恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、重性精神病人药物维持治疗、耐多药结核、广泛耐药结核、日间手术等，参照住院管理和支付。

3. 居民医保待遇支付政策

3.1 基本医保住院待遇:起付标准原则上不高于全省居民人均可支配收入的 3%。起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用,居民基本医保支付比例平均达到 70%左右,其中一级及以下医疗机构不低于 80%。居民基本医保叠加大病保险的最高支付限额达到全省居民人均可支配收入的 8 倍左右。

3.2 居民大病保险:起付标准原则上不高于统筹地区居民上年度人均可支配收入的 50%。支付比例、最高支付限额执行全省统一规定,各市不得自行调整。

3.3 普通门诊待遇:起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用,居民基本医保普通门诊统筹支付比例不低于 50%,2021 年居民普通门诊基金最高支付限额不低于 200 元,2025 年在 2020 年基础上平均提高 50%左右。

3.4 门诊慢特病待遇:起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用,居民门诊慢特病支付比例 2023 年不低于 60%,2025 年不低于 65%。推进居民门诊慢特病病种、纳入标准、待遇政策统一。把高血压、糖尿病等门诊用药纳入医保报销。恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、重性精神病人药物维持治疗、耐多药结核、广泛耐药结核、日间手术等,参照住院管理和支付。

4. 困难群体待遇优惠政策

4.1 居民大病保险倾斜政策：逐步调整低保对象、特困人员和返贫致贫人口等困难群众大病保险支付政策，起付标准降低至普通居民的 50%，支付比例提高 5 个百分点，取消最高支付限额。

4.2 医疗救助政策：低保对象、特困人员不设医疗救助起付标准，低收入家庭成员医疗救助起付标准按统筹地区上年居民人均可支配收入 10%左右确定，因病致贫家庭重病患者按 25%左右确定。医疗救助对低保对象、特困人员按不低于 70%比例给予救助，其他救助对象救助水平原则上略低于低保对象，具体比例由各统筹地区根据实际确定。医疗救助年度最高限额不低于 1 万元。

对罹患慢性病需要长期服药或者患重特大疾病需要长期门诊治疗，导致自负费用较高的符合救助条件的对象给予门诊救助。门诊慢特病年度医疗救助限额与住院医疗救助限额合并计算。

4.3 医疗救助倾斜政策：对符合规定的或规范转诊且在省域内就医的低保对象、特困人员等符合条件的救助对象，经三重制度保障后政策范围内个人负担仍然较重的给予倾斜救助，具体救助比例由省级统一制定

三、基金支付的范围

统一全省药品、诊疗项目和医疗服务设施目录。基本医疗保险按照规定的药品、诊疗项目和医疗服务设施支付范围支付。补充医疗保险、医疗救助参照政策范围内费用范围执行。

四、基金不予支付的范围

1. 应当从工伤保险基金中支付的。
2. 应当由第三人负担的。
3. 应当由公共卫生负担的。
4. 在境外就医的。
5. 体育健身、养生保健消费、健康体检。
6. 国家规定的基本医疗保障基金不予支付的其他费用。遇对经济社会发展有重大影响的，经法定程序，可做临时调整。

