

临医保发〔2022〕7号

临沂市医疗保障局 临沂市财政局 关于印发《临沂市贯彻落实山东省 医疗保障待遇清单行动方案》的通知

各县区医疗保障局、财政局：

为建立统一规范的保障制度，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，根据省医保局、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）要求，制定了《临沂市贯彻落实山东省医疗保障待遇清单行动方案》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

临沂市医疗保障局

临沂市财政局

2022年2月24日

（联系科室：市医疗保障局待遇保障科）

临沂市贯彻落实山东省医疗保障待遇清单行动方案

为深入贯彻落实国家医保局、财政部《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）和省医保局、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）要求，结合我市实际，制定本行动方案。

一、总体要求

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二中、三中、四中、五中、六中全会精神，坚持以人民健康为中心的发展思想，加快建成覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的多层次医疗保障体系，建立健全医疗保障待遇清单制度；坚持基本保障、公平适度、责任分担、稳健持续、科学决策，坚持尽力而为、量力而行，规范政府责任边界，严格执行基本支付范围和标准；推进医疗保障制度管理法治化、规范化、标准化，逐步实现政策纵向统一、待遇横向均衡，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、目标任务

按照“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，建立健全医疗保障待遇清单制度，在国家统一框架下，按照全省统一要求，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。扎实开展贯彻落实医疗保障待

遇清单行动（重点任务见附件2）。

（一）2021年底前，按照《山东省医疗保障待遇清单（2020版）》（附件1）要求，制定出台我市的具体实施方案，明确规范统一时间表、路线图，结合国家医疗保障信息平台上线运行，全面梳理我市有关制度政策，开展清单外基本医保制度政策清理规范。

（二）2022年底前，全市实现医疗保障制度框架、政策项目设置和名称统一。医疗救助市内实行政策统一，实现筹资和待遇基本均衡。按照省有关规定，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。

（三）2023年底前，全市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。

三、严格落实待遇清单制度

（一）严格遵守待遇清单。全市严格遵守国家、省医疗保障待遇清单（2020年版），各县区不得再出台超出清单范围的制度政策，不得根据职业、年龄、身份等自行出台新的特殊待遇政策。全市严格执行国家医保药品目录、医用耗材和医疗服务项目医保准入、管理政策，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，要严格遵守基金不予支付的范围。

(二) 严格决策权限和流程。根据省制定的具体筹资及待遇等政策，市医疗保障部门会同有关部门按照有关规定，制定实施细则，并负责组织落实。各级医疗保障部门要严格按照国家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，我市根据国家和省要求制定、调整医保政策的，需书面报省医疗保障局备案。

(三) 建立重大决策请示报告。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，全市统一在出台前要及时上报省医保局备案，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，以及符合中央、省、市改革方向，须因地制宜探索的新机制、新办法，全市统一按程序请示报告后实施。

四、全面清理规范医疗保障政策

市及县区要认真对照全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 年底前如期完成各项工作任务，实现医疗保障制度安排的规范统一。

(一) 统一医疗保障制度。全市范围现有的超出全省清单规定的制度安排，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。市内统一医疗救助制度安排，健全规范机制措施。2023 年底前，全市范围自行设立的三重保障制度框架外的地方性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全省清单保持一致；规范门诊保障政策，2022 年全面建立职工基本医保普通门诊统筹制度，根据全省门诊慢特病基本病种要求，逐步统一规范我市门诊慢特病病种范围与支付政策；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，实现我市筹资和待遇基本均衡。2023 年底前，按照省里要求，实现省域内筹资和待遇政策基本规范统一。

(三)统一基金支付范围。全市严格执行全省统一的药品、诊疗项目和医疗服务设施目录。清理规范特殊保障政策和超支付范围政策。对全市基本医保支付政策范围外费用的特殊政策，2021 年底前完成清理规范。按照全省统一要求，对全市大病保险支付政策范围外的特殊政策，2023 年底前完成清理规范。探索政策范围外医疗费用纳入“临沂保”理赔范围等多种解决途径，支持和鼓励商业保险机构、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，按照全省统一要求，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，做到信息系统与全省待遇清单制度相适应。2024 年 1 月 1 日起，对超出全省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需经省医保局审定后执行。根据国家医疗服务价格改革统一规定要求，新增医疗服务项目届时将实现国家和省两级管理。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，并应与经济发展水平相近、医疗水平相当、相邻地市的价格水平保持合理均衡。

（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”。按照建立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），加快建立完善省市县乡村五级医保服务网络。

五、组织保障

（一）提高政治站位。各县区要深入贯彻落实上级决策部署，深刻认识建立医疗保障待遇清单制度的重要意义。健全领导和协调机制，严格落实全市行动方案，细化目标任务，明确各项工作完成节点时限，倒排工期、统一推进，不折不扣抓落实，确保待遇清单制度全面建立实施。

（二）确保落地见效。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，强化三重制度综合保障格局，做好政策调整前后的有效衔接，确保政策平稳过渡。省医保局建立督导调度机制和追责问责机制，实行月调度，对执行不坚决、不到位、不彻底的，市局要进行约谈，督促纠正，限期整改；对规定时限内未完成整改的要追责问责，对违反规定擅自出台超出清单范围新政策的，立即责令改正，做到令行禁止。

（三）加强宣传引导。各县区要加强政策宣传解读，营造良好的改革氛围，并做好风险研判，合理引导群众预期，确保政策平稳过渡，维护社会和谐稳定。遇有重大问题和情况，及时向市医保局、财政局报告。

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.山东省医疗保障待遇清单（2020版）

2.临沂市落实医疗保障待遇清单行动重点任务目标表

附件 1

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障的制度安排。

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障的制度安排。

（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、重症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。

临沂市落实医疗保障待遇清单行动重点任务目标表

序号	省待遇清单要求	我市贯彻落实重点任务	完成时限
1	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行动方案，明确规范统一时间表、路线图。	2022年2月底
2	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，机关事业单位补充医疗保险改称公务员医疗补助（企业事业单位补充医疗保险），职工大额救助改称职工大额医疗费用补助。	2022年底
3	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普通门诊统筹制度，起付标准控制在省职工年平均工资的2%以内，支付比例平均不低于60%；改革职工基本医保个人账户，2023年底职工基本医保个人账户改革到位。	2023年底

序号	省待遇清单要求	我市贯彻落实重点任务	完成时限
4	完善基本医保门诊慢特病政策	1.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。	2022 年底
		2.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%。	2023 年底
5	居民基本医保政策调整	按照省统一要求，调整居民基本医疗保险集中缴费期政策。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，其中一级及以下医疗机构不低于 80%。	2022 年底
6	完善医疗救助制度	根据省医疗救助政策，修订我市相关政策，对医疗救助制度中医疗救助资助范围、困难群体待遇政策等内容进行调整完善。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。医疗救助年度最高限额不低于 1 万元。	2022 年底

序号	省待遇清单要求	我市贯彻落实重点任务	完成时限
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。	2021 年底
		按照省统一大病保险政策规定,对支付政策中的医保范围外的特殊政策进行清理。	2023 年底
8	统一信息系统	按照全国统一标准,加快推进医保信息化建设,2021 年底前运行国家医疗保障信息平台,实现信息互联互通,数据有序共享。	2021 年底
9	优化医疗服务价格管理权限配置	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。新增医疗服务价格项目实行国家和省两级管理。	2022 年底

