

济宁市人民政府

济政字〔2021〕46号

济宁市人民政府 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

各县（市、区）人民政府，济宁高新区、太白湖新区、济宁经济技术开发区、曲阜文化建设示范区管委会（推进办公室），市政府各部门，各大企业，各高等院校：

为贯彻落实《中共山东省委、山东省人民政府贯彻落实〈中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见〉的实施意见》（鲁发〔2020〕18号）等规定，进一步完善医疗保障体系，提高医保待遇水平，提升医保基金使用效率，推动医疗保障工作健康运行，市政府确定对医疗保险政策进行调整完善。现就有关事项通知如下：

一、扩大普通门诊受益面

（一）提高居民医保门诊统筹待遇。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）发生的支付范围内的普通门诊医疗费用，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。

（二）扩大门诊统筹就医范围。参保人员享受门诊统筹待遇就医范围由县域内扩大到市域内。居民和职工医疗保险门诊统筹实行定点就医管理。参保人员自愿选择以参保地为主的基层医疗机构进行就近签约，在县域外、市域内长期异地居住的，可就近选择定点基层医疗机构进行签约，发生的门诊费用实行联网结算。市内异地就医费用联网结算所需资金从门诊统筹风险储备金中列支，不足部分从医保基金累计结余中列支，由市级医保经办机构统一结算。

二、扩大门诊慢性病保障范围

（一）增加门诊慢性病病种数量。居民和职工医保门诊慢性病病种分别由 60 种、56 种统一增加至 79 种，其中甲类病种 9 种、乙类病种 70 种。

甲类病种包括：1.恶性肿瘤（包括白血病）；2.尿毒症；3.

器官移植；4.血友病（A、B 血管性血友病）；5.再生障碍性贫血；6.0—17 周岁脑瘫、视力、听力、言语、智力、肢体等残疾儿童和孤独症儿童；7.严重精神障碍（包括精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相〔情感〕障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍）；8.生长激素缺乏症；9.肺动脉高压。

乙类病种包括：1.高血压病（3 级）；2.冠心病；3.心肌病；4.慢性心力衰竭；5.心脏瓣膜病；6.非瓣膜性房颤；7.脑出血；8.脑梗塞；9.风湿性心脏病；10.血栓闭塞性脉管炎；11.下肢静脉曲张；12.血管支架术后抗凝治疗；13.瓣膜置换术后；14.肺间质纤维化；15.肺源性心脏病；16.慢性阻塞性肺疾病（慢性阻塞性肺气肿）；17.支气管哮喘；18.支气管扩张；19.慢性肾炎；20.慢性肾功能衰竭（失代偿期）；21.肾病综合征；22.前列腺增生；23.糖尿病；24.甲状腺功能亢进；25.永久性甲状腺功能减退；26.系统性红斑狼疮；27.多发性硬化症；28.强直性脊柱炎；29.真性红细胞增多症；30.原发性血小板增多症；31.恶性贫血；32.特发性骨髓纤维化；33.骨髓增生异常综合征；34.免疫性血小板减少；35.风湿性关节炎；36.类风湿性关节炎；37.股骨头坏死；38.痛风；39.斯蒂尔病；40.干燥症；41.硬皮病；42.血管炎；43.白塞氏病；44.慢性肝炎；45.慢性乙型病毒性肝炎；46.慢性丙型病毒性肝炎；47.肝硬化；48.溃疡性结肠炎；49.消化性溃疡；50.克罗恩病；51.

精神疾病；52.癫痫；53.重症肌无力；54.帕金森综合征；55.阿尔茨海默症；56.运动神经元病；57.格林巴利综合征；58.颈腰椎病；59.肺结核；60.肺外其他部位结核；61.耐多药结核；62.广泛耐药结核；63.苯丙酮尿症；64.肝豆状核变性；65.半乳糖血症；66.黄斑变性疾病；67.青光眼；68.视神经脊髓炎；69.银屑病；70.慢性盆腔炎及附件炎。

（二）降低起付标准。一个自然年度内，在中医医疗机构发生的门诊慢性病医疗费用，居民和职工医保基金支付的起付标准降低 100 元；尿毒症、血友病和重度精神病门诊治疗，居民和职工医保基金支付不设起付标准。门诊慢性病的起付标准与住院起付标准分别计算。

三、提高居民医保两病门诊医疗待遇

患高血压、糖尿病参保人员，在二级及以下定点基层医疗机构门诊发生的降血压、降血糖药品费用纳入居民医保基金支付范围，取消起付标准，政策范围内医保基金支付比例由 50%提高到 60%。一个自然年度内，高血压患者、糖尿病患者医保基金最高支付限额由 200 元提高到 300 元，合并高血压糖尿病患者以及糖尿病使用胰岛素患者医保基金最高支付限额由 300 元提高到 600 元。

四、提高中医药医保报销待遇

通过调整中医药医保政策，促进中医药传承创新发展。将符

合条件的中医医疗机构，全部纳入医疗保险协议管理。在基层中医医疗机构普遍开展居民和职工普通门诊统筹。将中医诊疗技术、中药饮片和经批准的治疗性医院中药制剂纳入医保基金支付范围。在医疗机构使用中药饮片、中医诊疗技术和经批准的治疗性中药制剂发生的住院费用，居民和职工医保基金支付比例提高10%。参保人员在中医医疗机构住院治疗，医疗费用住院起付标准降低100元。参保人员住院使用纯中医疗法发生的医疗费用，起付标准降低100元，参保居民和在职职工医保基金支付比例为90%，退休人员在二、三级医疗机构住院医保基金支付比例为90%、在基层医疗机构支付比例为95%。

五、完善医保结算方式

（一）实施医共体医保基金总额预算试点管理。在1—2个县（市、区）试点医共体医保基金总额预算管理。试点县（市、区）根据当年基金收支情况，扣除风险储备金、门诊统筹、县域内非医共体费用等基金后，剩余基金为医共体医保基金使用总额，由医共体牵头单位进行统筹使用，结余留用、合理超支分担，医疗费用仍按现有模式结算支付。

（二）拨付医保周转金。为减轻定点医疗机构资金垫付压力，医疗保险经办机构按上年度医保基金结算医院月平均资金额，预拨一个月的医保周转金，年终决算。

（三）降低医保保证金。在定点医疗机构发生的住院、门诊

慢性病、生育医疗费用，医保经办机构结算时，预留保证金由原来的 5%降为 1%。

六、实行异地就医普通门诊医疗费联网结算

我市参保居民和职工异地就医发生的普通门诊费用，执行与本市医疗机构同等医保政策，报销比例等待遇标准不降低。按国家规定参加基本医疗保险的异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员、转诊转院人员，出差、探亲异地发生急诊人员、异地个人账户刷卡结算人员，按参保地规定给予备案的其他异地门诊就医人员，以上人员中，已办理跨省异地就医住院医疗费用直接结算的备案人员，同步开通门诊费用直接结算服务，无需另外备案，在备案的就医省或地市选择开通跨省异地就医直接结算服务的定点医疗机构直接就诊；其他有异地门诊就医需求的人员按照参保地政策规定需事先办理异地就医备案。

七、切实加强医疗费用监督管理

（一）加强医疗保险服务管理，严厉打击欺诈骗保。各级医疗保障部门、财政部门、卫健部门要按照部门职责，认真贯彻执行《医疗保障基金使用监督管理条例》，强化基金支出监管，加强政策培训和业务指导，规范医疗服务行为。各级医疗保障部门要加大监督检查力度，常态化开展“双随机、一公开”执法检查，充分利用智能监控系统进行全面筛查，实现定点机构监管全覆盖，医保费用支出全程跟踪检查，对发现问题及时纠正和处理；

同时对定点医院提报的结算资料要认真审核，及时拨付资金。各定点医疗机构要坚持首诊负责制，切实做到合理治疗、合理检查、合理用药；严格掌握入出院标准，严禁挂床、分解、冒名住院和串换变通等。各医疗保险经办机构和定点医疗机构要进一步简化经办程序，提高工作效率，为广大参保人员提供优质服务，切实维护参保人员的医保权益，确保医保基金安全运行。

（二）强化医疗费用控制，大力推进医疗费支付方式改革。医疗费结算实行以“总额控制、半年调剂、年度决算”为主，以定额结算、单病种结算、日均费用结算等为补充的复合式结算办法。各级医疗保险经办机构要及时拨付医疗费用，完善对定点医疗机构服务质量的考核评价制度，加强对医疗保险医师的信用档案管理，有效控制不合理医疗费的发生。积极推进基于大数据的病种分值付费方式（DIP），按时完成国家试点任务。

（三）建立基金分析预警机制，确保基金安全运行。各级医疗保障部门要建立基本医疗保险基金运行情况定期分析制度，将统筹基金累计结余和当期支付率作为基本医疗保险基金预警监测的重要指标，加强对基金运行情况的分析和预测。进一步强化基金的收缴、管理和使用，严格执行医疗保险基金专户管理，完善基金管理内控制度，建立基金预算绩效评价机制，强化预算执行监督，确保基金安全，促进全市医疗保险工作健康发展。

本通知自 2021 年 9 月 1 日起施行，有效期至 2024 年 8 月 31

日。

济宁市人民政府

2021 年 9 月 1 日

（此件公开发布）

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市监委，
市法院，市检察院，济宁军分区。

济宁市人民政府办公室

2021年9月1日印发
