

临汾市医疗保障局
临汾市财政局
临汾市卫生健康委员会
国家税务总局临汾市税务局

文件

临医保发[2019]15号

关于做好城乡居民基本医疗保险
工作的通知

各县(市、区)医疗保障局、财政局、卫生体育局、税务局:

为进一步做好我市城乡居民医疗保险工作,根据省医疗保障局、财政厅、国家税务总局山西省税务局《关于做好2019年城乡居民基本医疗保险工作的通知》要求,现就有关事项通知如下:

一、提高居民医保筹资标准

(一)提高财政补助。2019年,城乡居民基本医疗保险人均财政补助标准提高30元,达到520元。按照中央、省财政补助政策和市政府专题会议纪要([2018]21号)确定市县两级3:7分担比例要求,各级财政补助标准为:一般县中央财政补助312元、省级补助104元,市级补助31.2元,县级补助72.8元;享受西部政策的县中央补助416元,省级补助52元,市级补助15.6元,县级补助36.4元。各县(市、区)财政局要按照本通知要求足额安排财政补助资金并于6月底前全部拨付到位。

(二)提高个人缴费标准。2019年预收2020年度的个人缴费标准同步提高30元,达到250元。建档立卡贫困人员按照中共山西省委、山西省人民政府《关于印发山西省农村建档立卡贫困人口医疗帮扶方案的通知》(晋发[2017]44号)文件,个人缴费由财政部门给予全额救助。特殊人群按照《临汾市人力资源和社会保障局、财政局、民政局关于做好2018年城乡居民医保筹资工作的通知》(临人社发[2017]67号)文件执行。

二、做好居民医保征缴职责划转前后的工作衔接

2020年城乡居民参保缴费由税务部门负责征收,由政府各部门按照相关政策对个人缴费部分给予资助、补贴的,由医保部门按照原渠道办理,对个人需缴费的部分,由税务部门按照医保部门传送的信息进行征收。2019年错过缴费期且符合参保规定的个人补缴的城乡居民医保费仍由医保部门负责征收。各县(市、区)要

加大宣传引导力度,巩固城乡居民医保覆盖面,促进连续参保,做到应保尽保,防止重复参保、重复补贴。要全面落实资助困难群众参保政策,确保将农村建档立卡贫困人口、特困人员、低保对象、丧失劳动能力的残疾人、低收入家庭60岁以上的老年人和未成年人等困难群众纳入城乡居民医保和大病保险范围。医保部门要主动协调扶贫、民政等部门,提前摸清底数、核准人数,在规定的缴费期内完成困难群众参保事宜。

三、稳步提高待遇保障水平

(一) 进一步完善转诊工作。根据《山西省人民政府办公厅关于建立分级诊疗制度的实施意见》(晋政办发〔2015〕97号)和山西省医疗保障局山西省卫生健康委员会《关于规范县乡一体化打包付费工作的通知》(晋医保发〔2019〕12号)精神,为助力建立科学合理的分级诊疗制度,落实医保支付政策,引导三级医院收治疑难复杂和危急重症患者,调动二级以上医院向下转诊常见病、多发病和疾病稳定期、恢复期患者的积极性和主动性,将进一步完善转诊相关工作。县域内外转时,原则上转到二级甲等以上医院。对未经转诊备案自行外出就医的,由县域内到县域外定点医疗机构,按经治医院相应报销比例下浮15个百分点,相应报销下浮比例不再纳入大病报销范围。具体转诊有关流程、管理办法由各级医疗保险经办机构会同卫体部门制定。卫体部门要结合县域实际情况,确定县级医院、基层医疗卫生机构分级诊疗范围,进一步提高县域内就诊率。城镇职工外出转诊参照城乡居民规定执行。

(二)确保基本医保待遇。各县(市、区)要开展总额预算管理,结合完善分级诊疗工作,用好居民医保年度筹资新增资金,确保基本医保待遇保障到位。建立健全城乡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,具体方案待国家医保局统一制定后再行细化。对于个人账户管理,按照《山西省医疗保障局、财政局、税务局关于做好2019年城乡居民基本医疗保障工作的通知》(晋医保发〔2019〕36号)文件规定,做到个人账户在2020年底前取消,实行向门诊统筹平稳过渡。

(三)提高大病保险保障功能。参保人员住院费用医保目录内个人自付超过1万元以上部分,由大病保险基金按75%的比例支付,年度最高支付限额40万元。加大大病保险对参保困难群众的支付倾斜力度,起付线降低至5000元,建档立卡贫困人口和农村特困人员支付比例提高到80%,其他困难群众支付比例提高到78%,取消建档立卡贫困人口大病保险封顶线,进一步减轻大病患者、困难群众医疗负担。

四、完善规范大病保险政策和管理

(一)提高大病保险筹资标准。新增财政补助一半(15元)用于提高大病保险保障能力,2019年大病保险人均筹资标准不低于85元。

(二)优化大病保险经办管理服务。要与承保的商业保险机构建立定期协商机制,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,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。要发挥好商保机构的专业优势,开展事中监管,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。

五、进一步做好医疗救助工作

按照医疗救助管理层次与居民医保统筹层次衔接、2019年底实现医疗救助市级统筹的要求,各县(市、区)要提前谋划,按照省医疗保障局、省民政厅、省财政厅《关于切实做好机构改革期间城乡医疗救助工作的通知》(晋医保发[2019]33号)要求和全市下一步统一工作部署,做好医疗救助工作衔接、市级统筹准备等各项工作,确保医疗救助工作的有序开展,让符合条件的困难群众全部及时享受到医疗帮扶政策。

六、扎实做好医疗保障扶贫工作

(一)确保农村贫困人口应保尽保。各县(市、区)要聚集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,认真贯彻落实《山西省农村建档立卡贫困人口医疗保障帮扶方案》(晋发[2017]44号)和《临汾市医疗保障扶贫三年行动计划(2018-2020年)》(临医保发[2019]1号)精神,狠抓政策落地见效。要完善与扶贫、民政等部门信息共享机制,加强动态管理,着力解决流动贫困人口断保、漏保问题,确保新增农村贫困人口及时享受医保待遇。

(二)防范和纠正过度保障问题。各县(市、区)要严格根据

《山西省农村建档立卡贫困人口医疗保障帮扶方案》(晋发〔2017〕44号)和《临汾市医疗保障扶贫三年行动计划(2018-2020年)》(临医保发〔2019〕1号)文件要求落实各项保障措施,不得层层加码、盲目提高标准。要认真梳理本辖区医疗保障扶贫政策,坚决纠正农村贫困人口住院全额报销、个人“零自付”、扩大保障范围等过度保障政策,防止“福利陷阱”和“待遇悬崖”问题。

七、持续改进医保管理服务

(一)加强医保基金监管。各县(市、区)要严格落实医保基金监管责任,通过专项治理、督查全覆盖、飞行检查等方式,保持打击欺诈骗保高压态势。健全监督举报、智能监控、诚信管理、责任追究等监管机制,加强基金监管业务培训,提升行政监督和经办管理能力,构建基金监管长效机制。完善制度和基金运行统计分析,健全风险预警与化解机制,确保基金安全平稳运行。

(二)优化医疗保障公共服务。要整合医保经办资源,大力推进基本医保、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。

(三)巩固完善异地就医直接结算和医保关系转移接续工作。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直接结算。加强就医地管理,将城乡居民异地就医住院费用直接结

算全面纳入就医地协议管理和智能监控范围。各县(市、区)医保、财政、卫体、税务部门要加强组织领导,密切协调配合,健全工作机制,严格按照国家、省、市统一部署,将城乡居民医疗保障工作纳入改善民生重点任务,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,不断增进人民群众健康福祉。



