

索引号:	11220000MB19566296/2019-06439	分类:	医药服务管理、待遇保障、医药价格和招标采购、医保基金监管、医保经办管理;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2017年06月12日
标题:	关于印发加快推进城乡居民基本医疗保险制度“六统一”实施方案的通知		
发文字号:	吉医改办联发〔2017〕2号	发布日期:	2019年10月12日

关于印发加快推进城乡居民基本医疗保险制度“六统一”实施方案的通知

吉医改办联发〔2017〕2号

各市(州)、长白山管委会、梅河口、公主岭市医改办，人力资源和社会保障局，卫生和计划生育委员会(局)，财政局：

按照《吉林省人民政府办公厅关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》安排，为进一步推进城乡居民基本医疗保险制度“六统一”工作，加快建立全省统一的城乡居民基本医疗保险制度，省医改办会同省人力资源和社会保障厅、省卫生和计划生育委员会、省财政厅共同制定本方案，现印发你们，请认真贯彻落实。

2017年6月12日

加快推进城乡居民基本医疗保险制度“六统一”的实施方案

为贯彻落实《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2017年重点工作任务的通知》精神，按照《吉林省人民政府办公厅关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》的总体部署，进一步推进城乡居民基本医疗保险制度“六统一”，加快建立全省统一的城乡居民基本医疗保险制度，结合全省城镇居民基本医保和新农合运行实际，制定本方案。

一、工作目标

根据《吉林省人民政府办公厅关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》的安排，在原有整合城乡居民基本医疗保险制度总体部署的基础上，进一步加快推进整合工作，2017年12月底前，全面完成城乡居民基本医保制度整合。从2018年起，全省全面执行覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理和基金管理“六统一”的城乡居民基本医疗保险制度。

二、主要任务

(一) 统一覆盖范围。

1. 参保范围。城乡居民医保制度覆盖在吉林省境内居住、具有吉林省户籍或居住证、不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的所有城乡居民，包括农村居民、城镇非从业居民、各类学生儿童以及国家和我省规定的其他人员。

2. 参保方式。城乡居民按照属地参保原则，按户籍类别分别以家庭或个人身份，到户籍所在地或居住地的经办机构参保缴费。(取得居住地居住证的，可在居住地参保)。在校在园学生的个人缴费由所在学校和托幼机构按代办性收费程序代为收缴。

3. 参保时间。参保人员集中参保缴费时间为每年8月1日至12月20日；参保人员按照年度缴费后，于次年1月1日至12月31日享受相应城乡居民医保待遇。

集中参保缴费期截止后，符合参保条件的人员可以中途参保，中途参保人员应当按照年度标准缴费，并设置3个月等待期，等待期满后享受相应待遇，待遇期至当年12月31日。

在校在园学生不设置待遇等待期，集中参保缴费期之前缴费的，待遇期至当年12月31日。

新生儿不设置待遇等待期，出生前在出生定点医疗机构办理参保手续，可落地享受相应城乡居民医保待遇至当年12月31日。

4. 协同机制。城镇居民医疗保险和新农合经办机构建立互通协同机制，通过全民参保登记数据库的信息交互，避免新的重复参保情况并筛查清理已有重复参保人员。

(二) 统一筹资政策

5. 筹资渠道。坚持多渠道筹资，实行个人缴费与政府补助相结合的筹资方式。城乡居民医保主要通过个人缴费和政府补助渠道筹资，鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。

6. 政府补助标准。城乡居民医保政府补助标准，根据国家有关政策规定和经济发展水平、居民收入状况、医疗消费需求等情况适时适当调整，定期发布。

7. 个人缴费标准。2018年，统一城乡居民个人缴费标准，新农合个人缴费标准提高到每年每人240元。特困供养和城乡低保对象、建档立卡贫困人口、丧失劳动能力的重度残疾人、低收入家庭60周岁以上老人和未成年人等困难人员参加城乡居民医保的个人缴费部分，由民政部门按照相关规定给予资金补助。有条件的乡镇、街道、村集体和用人单位可对居民及职工供养的直系亲属给予缴费补助。

8. 筹资调整机制。完善筹资动态调整机制，在精算平衡的基础上，逐步建立与经济社会发展水平、各方承受能力相适应的稳定筹资机制。逐步建立个人缴费标准与城乡居民可支配收入相衔接的机制。

(三) 统一保障待遇

9. 住院医疗待遇

(1) 起付线。城乡居民医保统筹基金起付线，按照医院等级划分，逐级分档设置。按照分级诊疗制度，对符合规定的转诊住院患者可以连续计算起付线。对上级医院向下级医院转诊开展后续治疗的患者取消当次基层住院起付线。

(2) 报销比例。城乡居民住院治疗发生的政策范围内医疗费用，起付线以上、最高支付限额以下部分，统筹基金按三级、二级、一级(含一级以下)医疗机构分别以60%左右、70%左右、80%左右的比例予以报销。

支付城乡居民医保目录乙类项目费用时，参保人员个人先支付比例统一为10%。

按照分级诊疗制度，符合转院病种范围的或符合需要紧急救治的急危重伤病标准且在规定时间内办理转诊、急诊手续的住院

治疗费用，根据异地定点医院定点医疗机构的级别，按参保人在参保地本地就医相应的报销比例报销。

不符合转院病种范围但治疗过程中出现并发症及危、急、重症情况的，办理相应的转诊手续，转出后，按转入定点医疗机构的级别，其对应报销比例降低20个百分点予以报销。

未办理转诊手续或未登记急诊备案以及不符合需要紧急救治的急危重伤病标准范围的住院治疗费用，起付线以上至最高支付限额以下费用按20%给予报销。

10. 门诊医疗待遇。按照“普通门诊统筹、门诊慢性病统筹、门诊特殊疾病统筹”的模式，完善城乡居民医保门诊统筹待遇政策。

(1)普通门诊统筹。城乡居民医保不设立个人帐户，依托社区卫生服务站、社区卫生服务中心、乡镇卫生院、村卫生室等定点医疗机构开展普通门诊统筹。统筹基金在社区卫生服务站(村卫生室)、社区卫生服务中心(乡镇卫生院)分别支付 50%、60%，并设最高支付限额。

(2)门诊慢性病统筹。原则上在二级及二级以下定点医疗机构开展门诊慢性病统筹，具体定点医疗机构范围由医疗保险经办机构通过协商签订协议方式确定。门诊慢性病补偿比例为 60%，统筹基金年度最高支付限额为 6500 元(见附件 1)。

(3)门诊特殊疾病统筹。原则上在二级及二级以上定点医疗机构开展门诊特殊疾病统筹，具体定点医疗机构范围由医疗保险经办机构通过协商签订协议方式确定。门诊特殊疾病报销比例按照住院报销比例执行(见附件 2)。医疗机构开展日间手术治疗的，经与医疗保险经办机构协商签订协议后，按照门诊特殊疾病统筹管理。

11. 均衡城乡保障待遇。合理均衡城乡保障待遇，妥善衔接原城镇居民医保、新农合与城乡居民医保待遇差异问题，过渡期内逐步统一保障范围和支付标准，为参保人员提供公平的基本医疗保障。在实现统一城乡居民医保待遇过程中，要综合考虑经济发展水平、医疗资源状况、医疗消费水平、筹资标准、物价指数等差异性因素，设置相应待遇标准，过渡期内，医保政策范围内统筹基金用于支付参保人员住院和门诊医疗待遇的年度最高支付限额逐步达到 20 万元。

12. 费用结算。城乡居民参保人员在定点医药机构通过划卡直接实现医保待遇结算。省内异地就医通过建立统一的异地就医结算平台直接结算;跨省异地就医按照国家要求及时做好联网结算工作;未实施联网直接结算前及无法联网结算的情况，参保人员先行垫付，属于基金支付部分，返回参保地报销，当年度发生的医疗费用原则上应于次年 3 月底前申请报销结算。

(四)统一目录管理

13. 统一药品目录。省人社厅会同省卫生计生委等部门，在原城镇基本医保和新农合现行药品(以下简称药品目录)基础上，按照《关于印发国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2017 年版)的通知》(人社部发(2017)15 号)的有关要求和工作安排，适当考虑参保人员需求变化，于 2017 年 12 月底前，制定统一的覆盖城乡居民的药品目录，明确城乡居民基本医保支付范围。目录整合前，城乡居民医保支付范围暂按原城镇居民医保和新农合药品目录合并执行。

14. 统一诊疗项目目录。在统一药品目录的基础上，完成诊疗项目目录和医用耗材目录的整合工作。将城镇居民基本医保与新农合现行诊疗项目、医用耗材、医疗服务设施目录进行合并，统一为城乡居民基本医保目录。

15. 精细管理。目录整合后，适用范围为全省城乡居民基本医保。目录调整由省人社厅牵头，会同省卫生计生委协商确定。全省城镇职工基本医疗保险、工伤保险和生育保险目录原则上与城乡居民基本医保目录相一致，仍由人力资源社会保障部门负责调整和管理。城乡居民基本医保药品目录实行统一的精细化管理，实现通用名下的具体品规管理和医保支付标准付费管理。医用耗材目录合并后，原则上对原实行限价的项目保留限价，同一项目限价不同的，保留最高限价。

16. 基药管理。基本药物目录仍按照国家和我省现行规定执行。

(五) 统一定点管理

17. 整体纳入。原城镇居民医保、新农合定点医药机构，符合条件的可继续作为城乡居民医保定点医药机构提供医疗保险医药服务。

18. 规范政策。整体纳入后，在吉林省医疗保险监管体系下，统一规范全省城乡居民基本医保定点机构协议管理，建立健全自愿申请、考察评估、协商谈判、日常管理、监督考核、动态退出等机制。对非公立医疗机构与公立医疗机构实行同等医疗保险服务协议管理政策。整合定点医疗机构日常管理考核政策和管理办法，并将监管延伸至医务人员的医疗行为。

(六) 统一基金管理

19. 基金管理。城乡居民基本医保实行市级统筹、分级管理，推进省级统筹进程。将原城镇居民医保和新农合基金合并为城乡居民医保基金，执行国家统一的社会保险基金财务制度、会计制度、基金预决算管理制度和内控制度。各统筹地区要将城乡居民医保基金纳入同级财政专户。实行“收支两条线”管理，专款专用。整合期间，原城镇居民医保基金和新农合基金在同一专户分别单独核算管理，当期出现缺口的，由原统筹地政府负责解决，城镇居民医保基金和新农合基金之间不得相互调剂。要强化基金收支预算管理，严格按照批准的预算和规定的程序执行，规范基金征收和完善待遇支付，开展定期预警监测和基金运行风险评估。

三、保障措施

(一) 深化支付方式改革

按照《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55号）要求，全面建立以基金预算为基础，以总额控制、谈判协商为手段，以复合式付费、弹性结算为标志的医疗保险支付制度体系，进一步发挥医保支付方式在规范医疗服务行为、控制医疗费用不合理增长方面的积极作用，加强与公立医院改革、价格改革等各方联动。针对不同医疗服务特点，推进医保支付方式分类改革。对住院医疗服务，主要按病种、按疾病诊断相关分组付费，长期、慢性病住院医疗服务可按床日付费；对基层医疗服务，可按人头付费，积极探索将按人头付费与慢性病管理相结合；对不宜打包付费的复杂病例

和门诊费用，可按项目付费。探索符合中医药服务特点的支付方式，鼓励提供和使用适宜的中医药服务。

健全医疗保险与定点医药机构的谈判协商机制和风险共担机制。通过药品、诊疗项目、耗材的谈判，确定科学合理的医保支付标准，并形成与之相适应的定点医药机构付费标准。

通过支持参保人员与基层医疗机构及全科医师开展签约服务、制定差别化的支付政策等措施，推进分级诊疗制度建设，形成合理就医新秩序。

(二) 整合信息管理系统

城乡居民医保和新农合信息系统要按照改革进展更新和完善信息系统，实现支撑市级统筹、政策管理统一、经办管理统一等改革内容，完善本地就医管理、省内省际异地就医即时结算、医疗服务智能监控、民生公共服务平台等信息系统管理功能，推进信息交换和共享，确保制度整合期间参保人员利益不受损、改革进程不受阻。

1. 完善信息系统功能。城镇居民医疗保险和新农合实现系统间的互通协同，全面对接全民参保登记管理信息系统，避免重复参保和清理现有重复参保信息；改造和升级网络系统，完成物理隔离专网建设，保障信息数据安全；升级和完善民生服务体系，支撑网上和手机资讯发布、信息查询和业务经办；完善省内和跨省异地就医直接结算功能，实现省内异地就医和跨省异地就医信息系统直接结算；按照经办管理改革内容和进度，及时调整业务经办管理流程，完善信息化监管监控能力，改造信息系统功能，支撑改革推进。构建资源共用的一体化布局，加强整体系统的运算和服务能力，全面增强整合后系统性能和支撑能力。

2. 规范管理信息系统。各级经办机构要根据整合工作要求和参保人员需求，按照标准统一、资源共享和适应统筹层次原则，在医保管理信息系统中，升级完善医保费用结算、智能监控、异地就医平台等功能，形成城乡一体，覆盖全省各级经办机构、定点机构、基层服务平台的信息管理体系。实现城乡居民网上、手机终端、自助一体机等渠道的在线信息查询和业务经办服务，实现城乡居民同城同服务。推行城乡居民医保“一卡通”，推进医保信息数据平台建设，实现与基层医保服务平台和定点机构互联互通。

(三) 健全公共服务保障

建立乡(镇)、村(社区)级基本医疗保险经办平台，实现省、市、县、乡、村五级基本医疗保险经办平台联动。按照相关行业标准，对医疗保险经办服务场所进行改造建设。统一整合后的医疗保险基层经办平台的业务职能、经办流程和内部规章制度，加强业务档案管理。各级城乡医疗保险经办机构要进一步完善经办规程，简便参保、缴费、就医、报销等工作程序。加强整合后医疗保险经办机构内控机制建设，明确岗位职责，加强业务培训。制定经办规程，对经办业务的规程和具体程序进行明确和细化。建立健全考核评价和激励机制，

深入开展创建优质服务窗口活动。落实经办机构岗位廉政教育制度，加强重点部门关键岗位人员的廉政风险防控。

(四) 完善服务监督管理

要完善城乡居民医保监督管理办法，根据社会保险法等相关法律法规的规定，可以通过调查、抽查等多种方式对经办机构和定点医药机构执行医疗保险政策法规、履行服务协议情况以及各项监管制度落实情况进行监督检查，会同有关部门依法依规严厉查处套取、骗取医疗保险基金等违法行为。医疗保险经办机构要强化协议监督管理，充分运用信息化手段，推进医保智能审核和实时监控，完善医保医师制度，切实加强对医疗保险医药服务行为的监督检查，督促定点医药机构严格履行医保服务协议，完善考核评价办法。卫生计生部门要切实履行行政管理责任，全面加强医疗服务质量管理，规范医疗收费和医疗服务行为。

四、时间安排和责任分工

(一)2017年7月底前，各市州制定本地区“六统一”工作落实方案，对本级及所辖县(市、区)整合制度工作做出部署。

(二)2017年9月底前，由省人社厅、省卫生计生委共同负责完成城镇居民医保和新农合定点医药机构统一工作。

(三)2017年10月底前，由省人社厅、省卫生计生委和省财政厅共同负责，自上而下督导完成城镇居民医保基金、新农合基金统一管理工作。

(四)2017年11月底前，由省人社厅、省卫生计生委共同负责完成城乡居民基本医保药品目录、诊疗项目目录和医用耗材目录整合工作。

五、有关要求

(一)加强组织领导。整合城乡居民基本医疗保险制度是一项重大政策调整，也是一项复杂的社会管理与服务的系统工程，事关全省广大城乡居民的切身利益，涉及多个部门的职能调整，各级政府要充分认识整合城乡居民基本医疗保险制度的重要性和紧迫性，切实加强组织领导，明确任务分工，要按照本方案要求，精心组织，明确责任，抓好落实，确保整合工作有序推进。

(二)明确责任分工。医改办牵头，负责协调有关部门做好跟踪评价、经验总结和推广。人社、卫生计生配合完善有关政策措施，加强城乡居民基本医保制度整合前后的衔接。财政部门要完善基金财务会计制度，配合有关部门做好医保基金监管等工作。民政部门负责民政救助对象和低保对象的认定及民政救助资金划拨等工作。

(三)严肃工作纪律。制度整合期间，除国家和各部委新出台的政策外，各部门和各统筹地区暂停出台新的调整基金用途的政策和措施。严格医保和新农

合基金管理，严明财经纪律，严禁突击花钱，严防国有资产流失。省医改办及相关部门将定期开展专项督查，对工作不力、进度较慢的地区和部门要加强考核问责。

(四) 抓好推进落实。充分认识这项工作的重要意义，以增强人民群众获得感为目标，以人民群众满意评价为标准，精心安排部署，狠抓督办落实，确保按明确时间节点完成整合工作。制定具体实施方案，分阶段明确工作项目及其责任主体、工作措施、完成时限。要加强正面宣传和舆论引导，及时准确解读政策，妥善回应公众关切，合理引导社会预期，努力营造城乡居民医保制度整合的良好氛围。