

河南省医疗保障局 河南省财政厅 文件 国家税务总局河南省税务局

豫医保〔2021〕2号

关于转发医保发〔2021〕32号文件 做好2021年城乡居民基本医疗保障工作的通知

各省辖市医疗保障局、财政局、国家税务总局各省辖市税务局，济源示范区医疗保障局、财政金融局、税务局，各省直管县（市）医疗保障局、财政局，国家税务总局郑州航空港经济综合实验区税务局：

现将《国家医保局 财政部 国家税务总局关于做好2021年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2021〕32号）转发给你们，并就做好2021年城乡居民基本医疗保障工作提出以下

要求，请一并贯彻执行。

一、提高城乡居民基本医疗保险筹资标准

2021年，城乡居民医保人均补助标准新增30元，达到每人每年580元，同步提高居民医保个人缴费标准40元，达到每人每年320元。中央财政对我省54个比照西部开发政策县补助80%，对剩余县（市、区）补助60%，除中央补助外的地方财政补助部分，由省、市、县（市、区）分担，其中省财政对各市县城城乡居民基本医疗保险实行分档补助，具体按《河南省人民政府办公厅关于印发河南省基本公共服务领域省与市县共同财政事权和支出责任划分改革方案的通知》（豫政办〔2018〕89号）有关规定执行。

二、确定大病保险筹资标准

2021年，大病保险继续实行差异化筹资。根据上年度全省大病保险资金使用、各统筹地区支出情况确定分档筹资标准。大病保险筹资标准分为95元、78元、70元、64元四个档次（具体见附件1）。

三、明确大病保险合规自付医疗费用范围

参保城乡居民住院医疗费用（含规定的门诊慢特病、门诊特定药品等限价、限额结算的医疗费用，下同）经基本医疗保险报销后的部分，纳入大病保险合规自付医疗费用范围的有：

（一）基本医疗保险规定的起付标准以上、年度最高支付限额以下的按比例应由个人负担部分医疗费用；

(二) 基本医疗保险年度最高支付限额以上扣除自费费用和乙类药品、乙类诊疗项目的个人首付部分后的医疗费用。

不纳入大病保险合规自付医疗费用范围的有：

(一) 城乡居民基本医疗保险规定的起付标准及以下的费用、未按规定转诊转院等原因降低报销比例支付部分以及按病种定额(限价) 结算超出定额(限价) 标准应由医疗机构或个人承担的费用；

(二) 《河南省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》以外的药品费用、《河南省基本医疗保险和生育保险诊疗项目暨医疗服务设施目录(试行)》中的丙类医疗服务项目发生的费用以及因使用该项目所产生的医药费用；

(三) 医疗救助基金已经支付的费用及河南省医疗保障局规定的其他不予支付的费用。

四、其他事项

调整后的大病保险合规自付医疗费用范围，自 2021 年 9 月 30 日起开始执行，参保居民在 2021 年 9 月 30 日(含 30 日当日)以后出院的，当次住院发生的医疗费用大病保险按调整后的合规自付医疗费用结算，大病保险对以往发生的医疗费用不再追溯支付。

附件：1. 2021 年度各省辖市、济源示范区和省直管县(市)
大病保险筹资标准

2. 国家医保局 财政部 国家税务总局关于做好 2021
年城乡居民基本医疗保险工作的通知



河南省医疗保障局



河南省财政厅



国家税务总局河南省税务局

2021年7月1日

附件 1

2021 年度各省辖市、济源示范区和 省直管县（市）大病保险筹资标准

一、筹资标准为 95 元的省辖市和省直管县（市）

郑州市

二、筹资标准为 78 元的省辖市和省直管县（市）

开封市、商丘市、信阳市、济源示范区、巩义市、固始县、
新蔡县

三、筹资标准为 70 元的省辖市和省直管县（市）

平顶山市、鹤壁市、新乡市、焦作市、濮阳市、漯河市、周
口市、驻马店市、兰考县、长垣市、永城市

四、筹资标准为 64 元的省辖市和省直管县（市）

洛阳市、安阳市、许昌市、三门峡市、南阳市、汝州市、滑
县、邓州市、鹿邑县

附件 2

国家医保局 财政部文件 国家税务总局

医保发〔2021〕32号

国家医保局 财政部 国家税务总局关于做好 2021 年城乡居民基本医疗保障工作的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医保局、财政厅（局），国家税务总局各省、自治区、直辖市和计划单列市税务局：

为贯彻落实《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》和 2021 年《政府工作报告》决策部署，完善统一的城乡居民基本医疗保险制度（以下简称“居民医保”）和大病保

险制度，切实做好城乡居民医疗保障工作，现就有关工作通知如下：

一、继续提高城乡居民医保筹资标准

为支持巩固提高居民医保待遇水平，逐步扩大医保支付范围，2021年继续提高居民医保筹资标准。居民医保人均财政补助标准新增30元，达到每人每年不低于580元。同步提高居民医保个人缴费标准40元，达到每人每年320元。中央财政按规定对地方实行分档补助，对西部、中部地区分别按照80%、60%的比例进行补助，对东部地区各省分别按照一定比例进行补助。地方各级财政要按规定足额安排财政补助资金并及时拨付到位。进一步放开参加基本医疗保险的户籍限制，对于持居住证参加当地居民医保的，各级财政要按当地居民相同标准给予补助。

要按照要求合理确定居民医保财政补助和个人缴费标准，优化筹资结构。根据城乡居民大病保险（以下简称“大病保险”）基金运行情况，在确保现有筹资水平不降低的基础上，统筹考虑确定大病保险筹资标准。完善医疗救助分类资助参保政策，结合实际细化资助参保标准。适应经济社会发展，探索建立健全居民医保稳健可持续筹资机制。

二、巩固完善城乡居民医保待遇

要做好医疗保障待遇清单落地工作，坚决树立清单意识和科学决策意识，严格执行基本医疗保险支付范围和标准。要加强基

本医保、大病保险和医疗救助三重保障制度衔接，充分发挥综合保障功能。进一步巩固稳定住院待遇保障水平，政策范围内基金支付比例稳定在70%左右，完善门诊慢性病、特殊疾病待遇保障和普通门诊统筹，做好待遇衔接。持续抓好高血压、糖尿病门诊用药保障政策落实，开展专项行动，各省（自治区、直辖市）统一组织示范城市活动。有条件的地区可探索将心脑血管等慢性病纳入慢病保障范围，发挥医保促进慢病早诊早治作用，提升健康管理水平。加快健全重大疾病医疗保险和救助制度，大病保险继续实施对特困人员、低保对象和返贫致贫人口倾斜支付政策，完善统一规范的医疗救助制度，根据实际合理确定救助待遇标准，夯实医疗救助托底保障功能。

要规范待遇享受等待期（以下简称“等待期”）设置，对居民医保在集中参保期内参保的、在职工医保中断缴费3个月内参加居民医保的，以及新生儿、农村低收入人口等特殊群体，不设等待期。

三、巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略

要进一步巩固拓展医保脱贫成果，逐步实现由集中资源支持脱贫攻坚向统筹基本医保、大病保险、医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡。严格落实“四不摘”要求，保持医疗保障主要帮扶政策总体稳定，分类落实好脱贫人口各项医疗保障待遇。要立足实际优化调整资助参保和医保扶贫倾斜帮扶政策，实事求是确定待遇标准，确保政策平稳衔接、制度可持续。过渡期内持续抓

好过度保障治理，清理存量过度保障政策。

要建立防范化解因病返贫致贫长效机制，做好高额费用负担患者因病返贫致贫风险监测，及时将符合条件的人员纳入医疗救助范围，依申请落实医疗救助政策。要统筹完善托底保障措施，加大门诊慢性病、特殊疾病救助保障，对规范转诊且在省域内就医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，探索给予倾斜救助。

四、加强医保支付管理

要切实抓好《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》贯彻落实，进一步简化、优化医药机构医保定点工作，及时将符合条件的医药机构纳入医保定点范围。着力推进医保支付方式改革，30个DRG付费试点城市和71个DIP试点城市要推动实际付费。积极探索点数法与统筹地区医保基金总额预算相结合，逐步使用区域医保基金总额控制代替具体医疗机构总额控制。完善与门诊共济保障相适应的付费机制。加强医保目录管理，严格落实《基本医疗保险用药管理暂行办法》，严格执行《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2020年）》，贯彻落实《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》（医保发〔2021〕28号），健全谈判药品落地监测机制，各省（自治区、直辖市）要在2021年6月底前完成第二批40%增补品种的消化工作。完善基本医保医用耗材和医疗服务项目管理。

五、加强药品耗材集中带量采购和价格管理

要做好国家组织药品和医用耗材集中带量采购落地实施工作，落实好医保基金预付、支付标准协同、结余留用等配套政策，做好采购协议期满后的接续工作。贯彻落实《国务院办公厅关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的意见》（国办发〔2021〕2号），统筹协调针对国家集采范围外、用量大、采购金额高的药品开展省级或省际联盟集中带量采购，进一步探索高值医用耗材的集中带量采购改革，扩大高值医用耗材集采范围。完善和规范省级医药集中采购平台交易规则。

要建立并实施医药价格和招采信用评价制度，对拒绝提交守信承诺的投标挂网企业采取约束措施，公布一批取得治理实效的典型案列，推动信用评价制度落地见效。国家医保局将进一步深化医疗服务价格改革试点，指导地方做好医疗服务价格动态调整工作，建立健全市场经济条件下政府管理药品价格的常态化机制。

六、加强基金监督管理

要切实抓好《医疗保障基金使用监督管理条例》贯彻落实，做好宣传培训工作。加强基金监督检查，聚焦假病人、假病情、假票据等“三假”开展欺诈骗保专项整治。推动大数据应用，优化完善智能监控子系统功能，提高监管效能。加强综合监管，整合监管资源，充分发挥医保行政监管、经办稽核等作用 and 第

三方专业力量。健全协同执法、一案多处工作机制。健全完善举报奖励机制，加大宣传曝光力度，营造维护基金安全的良好氛围。

巩固提升统筹层次，按照“制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体”要求，全面做实基本医保市地级统筹，统一覆盖范围、缴费政策、待遇水平、基金管理、定点管理、支付管理、经办服务、信息系统。加强对地方提升统筹层次工作的指导，在夯实市地级统筹基础上，按照“分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核”的原则，积极稳妥推动基本医保省级统筹。推进医疗救助管理层次与基本医保统筹层次相协调。

结合新冠肺炎疫情影响，加强基金收支运行分析，开展基金使用绩效评价，完善收支预算管理，健全风险预警、评估、化解机制及预案。探索综合人口老龄化、慢性病等疾病谱变化、医疗支出水平增长等因素，开展基金支出预测分析。

七、加强医保公共管理服务

继续做好新冠肺炎患者医疗费用结算和跨省就医医保费用全国清算工作，及时结算新冠疫苗及接种费用。全面落实《全国医疗保障经办政务服务事项清单》，推动医保公共服务标准化规范化建设。推进医保经办标准化窗口和服务示范点建设。增强基层医疗保障公共服务能力，推进医疗保障公共服务纳入县乡村公共服务一体化建设，在医保经办力量配置不足的地区，可通过政府购买服务等方式，加强医疗保障经办力量。规范商业保险机构承

办大病保险的管理服务。推进医保经办管理服务与网上政务服务平台等有效衔接，坚持传统服务方式与智能服务方式创新并行，提高线上服务适老化水平，优化线下服务模式，保障老年人、重度残疾人等特殊人群顺畅便捷办理业务。

完善新就业形态从业人员等灵活就业人员参保缴费方式。加强部门数据比对和动态维护，防止“漏保”“断保”，避免重复参保，优化参保缴费服务，压实乡镇街道参保征缴责任。坚持线上与线下结合，推进参保人员办理参保登记、申报缴费、查询信息、欠费提醒等“一次不用跑”。加快推进高频医保服务事项跨省通办。

优化普通门诊费用跨省直接结算服务，探索门诊慢性病、特殊疾病费用跨省直接结算实现路径。加快建设全国统一的医疗保障信息平台，优化完善运维服务管理体系、安全管理体系、制度规范以及平台功能。加强医保数据安全管理和信息共享，加快医保信息业务标准编码落地应用。

八、做好组织实施

要高度重视城乡居民医疗保障工作，切实加强组织保障，压实工作责任，确保各项政策措施落地见效。要强化服务意识，优化服务方式，更好为人民群众提供公平可及、便捷高效、温暖舒心的医疗保障服务。要进一步加大政策宣传力度，普及医疗保险互助共济、责任共担、共建共享的理念，增强群众参保缴费意识，合理引导社会预期。各级医疗保障、财政和税务部门要加强

统筹协调，建立健全部门信息沟通和工作协同机制，做好基金运行评估和风险监测，制定工作预案，遇到重大情况要及时按要求报告。



(主动公开)



