**关于建立医疗保障待遇清单制度的意见**

医保发〔2021〕5号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医保局、财政厅（局）：

基本医疗保障是新形势下推进健康中国建设，落实人民健康优先发展战略的制度基础。为贯彻以人民为中心的发展思想，不断提高依法行政水平和保障绩效，公平适度保障人民群众基本医疗保障权益，现就建立医疗保障待遇清单制度提出以下意见：

一、总体要求

（一）指导思想。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、五中全会精神，坚持党对医保事业的集中统一领导，紧紧围绕健康中国建设总体战略布局，牢牢抓住医保改革重要窗口期，以全面建成权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系为目标，适应建设中国特色医疗保障制度需要，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，逐步建立健全医疗保障待遇清单制度。

（二）基本原则。坚持基本保障、公平享有。从基本国情出发，遵循客观规律，尽力而为、量力而行，切实维护人民群众基本医疗保障需求。坚持稳健持续、责任均衡。守住政府责任边界，科学确定筹资待遇水平和各方负担比例，实现医保制度可持续发展。坚持责任分担、多元保障。坚持权利和义务对等，完善风险分担机制，鼓励发展多层次医疗保障体系。坚持依法依规、科学决策。统筹制度政策安排，明确决策层级和权限，既规范决策，又鼓励探索，推进医疗保障制度管理法治化、规范化、标准化。

二、规范管理

（一）依法设立基本制度。国务院医疗保障行政部门会同有关部门，依据国家法律法规和党中央、国务院决策部署，拟订基本制度的相关法律法规、制定相关政策并组织实施。地方不得自行设立超出基本制度框架范围的其他医疗保障制度。

（二）严格决策权限。国务院医疗保障行政部门会同有关部门统一拟定、调整和发布医疗保障基本政策。各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团（以下统称省）可在国家规定范围内制定具体筹资及待遇等政策并根据国家有关要求动态调整。各统筹地区按照有关规定制订实施细则，并负责组织落实。

三、待遇清单

医疗保障待遇清单包含基本制度、基本政策，以及医保基金支付的项目和标准、不予支付的范围，根据党中央、国务院决策部署动态调整，适时发布。

（一）基本制度。依据《社会保险法》及《社会救助暂行办法》等国家法律法规和党中央、国务院决策部署要求设立的，保障群众基本医疗需求的制度安排，包括基本医疗保险、补充医疗保险和医疗救助。各地在基本制度框架之外不得新设制度，地方现有的其他形式制度安排要逐步清理过渡到基本制度框架中。基本医疗保险覆盖城乡全体就业和非就业人口，公平普惠保障人民群众基本医疗需求。补充医疗保险保障参保群众基本医疗保险之外个人负担的符合社会保险相关规定的医疗费用。医疗救助帮助困难群众获得基本医疗保险服务并减轻其医疗费用负担。

（二）基本政策。确保基本制度规范运行的遵循和依据。主要包括参保政策、筹资政策、待遇支付政策等。参保政策主要包括参保人群范围、资助参保政策等。筹资政策主要包括筹资渠道、缴费基数、基准费率（标准）等。待遇支付政策包括基本医疗保险、纳入清单管理的补充医疗保险和医疗救助待遇支付政策。其中基本医疗保险待遇支付政策分为住院、普通门诊、门诊慢特病支付政策，主要包括政策范围内医疗费用的起付标准、支付比例和最高支付限额等基准待遇标准。

国家在基本医疗保障制度基础上，统一制定特殊人群保障政策。地方不得根据职业、年龄、身份等自行新出台特殊待遇政策。

（三）基金支付范围。包括以准入法和排除法确定的药品医用耗材目录和医疗服务项目支付范围。国家统一制定国家基本医疗保险药品目录，各地严格按照国家基本医疗保险药品目录执行，除国家有明确规定外，不得自行制定目录或用变通的方法增加目录内药品。国家建立完善医用耗材、医疗服务项目医保准入、管理政策，明确确定医用耗材医保支付范围的程序、规则等。地方按照国家规定政策执行。

（四）基金不予支付的范围。国家法律法规和党中央、国务院规定基本医疗保险和补充医疗保险不予支付的，或已有其他保障制度、经费渠道安排解决的医疗服务和项目。

四、组织实施

（一）自觉提高站位，统筹推进相关工作。各地要深入贯彻落实党中央、国务院决策部署，深刻认识建立医疗保障待遇清单制度的重要意义，夯实主体责任，健全工作机制，扎实贯彻落实，逐步实现政策纵向统一、待遇横向均衡，确保各统筹地区基金运行安全和医疗保障制度可持续发展。要加强政策解读，引导预期，确保政策平稳过渡，维护社会和谐稳定。

（二）做好衔接过渡，妥善处理有关政策。按照杜绝增量、规范存量的要求，各地原则上不得再出台超出清单授权范围的政策。对以往出台的与清单不相符的政策措施，由政策出台部门具体牵头，原则上3年内完成清理规范，同国家政策衔接。加快全国统一的医保信息平台实施应用，做到信息系统与待遇清单制度相适应，在信息系统上同步完成清理规范，对超出清单授权范围的，信息系统不予支持。建立健全适应清单制度运行需要的中央对省级和省级对统筹地区的追责问责机制、奖励惩处办法等，对执行不坚决、不彻底、不到位的，督促纠正，追责问责。

（三）加强沟通协调，建立重大决策请示报告制度。要建立健全重大决策、重大问题、重要事项请示报告制度。对经济社会发展过程中的新情况、新问题，以及符合中央改革方向、地方须因地制宜探索的新机制、新办法，在按程序请示报告后，鼓励各省探索。为应对突发性重大情况等确有必要突破国家清单限定的，要及时向国务院医疗保障行政部门和财政部门报告。国家规定的民族药纳入医保药品目录等特殊政策措施，以及基本医保省级统筹等重大政策调整，要在向国务院医疗保障行政部门和财政部门报告后，按规定推进并备案。

意见自印发之日起执行。凡与本意见规定不符的，按照本意见执行。

附件：国家医疗保障待遇清单（2020年版）

国家医疗保障局

财政部

2021年1月19日

附件：

**国家医疗保障待遇清单（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.城乡居民大病保险（以下简称“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给予进一步保障。

2.职工大额医疗费用补助（含部分省份的职工大病保险）：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。

3.公务员医疗补助参照清单管理。企业事业单位自行筹资建立的补充医疗保险等暂不纳入清单管理。

（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医保。

1.2居民医保：覆盖除职工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.医疗救助资助参保人员范围。

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。

定额资助标准由各省级人民政府根据实际确定。

（二）基本筹资政策

1.筹资渠道。

1.1职工医保：职工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国家规定缴纳基本医疗保险费。

1.2居民医保：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.筹资基本标准。

3.1职工医保的单位缴费率：职工工资总额的6%左右。

3.2职工缴费率：本人工资收入的2%。

3.3居民医保筹资标准：国家制定最低标准，各省按照不低于国家标准的要求确定本省标准。

（三）基本待遇支付政策

各地因地制宜，在国家规定范围内制定住院和门诊起付标准、支付比例和最高支付限额。不得自行制定个人或家庭账户政策。逐步规范缴费年限政策。

1.住院待遇支付政策。

1.1起付标准：职工医保的起付标准原则上不高于统筹地区年职工平均工资的10%，具体标准由各地根据本地实际情况确定。不同级别医疗机构适当拉开差距。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%。低保对象、特困人员原则上全面取消救助门槛，暂不具备条件的地区，对其设定的年度起付标准不得高于统筹区上年居民人均可支配收入的5%，并逐步探索取消起付标准，低收入家庭成员按10%左右确定，因病致贫家庭重病患者按25%左右确定。

1.2支付比例：对于起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用，基本医保总体支付比例75%左右，职工医保和城乡居民医保保持合理差距，不同级别医疗机构适当拉开差距。大病保险支付比例不低于60%。医疗救助对低保对象、特困人员可按不低于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。

1.3基金最高支付限额：职工医保叠加职工大额医疗费用补助、居民医保叠加大病保险的最高支付限额原则上达到当地职工年平均工资和居民人均可支配收入的6倍左右。医疗救助年度最高限额根据经济社会发展、人民健康需求、基金支撑能力合理设定。

2.门诊待遇支付政策。

2.1普通门诊：对于起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用，居民医保门诊统筹支付比例不低于50%。

2.2门诊慢特病：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、重性精神病人药物维持治疗、糖尿病胰岛素治疗、肺结核、日间手术等，可参照住院管理和支付。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。门诊年度救助限额由县级以上人民政府根据当地救助对象需求和救助资金筹集情况研究确定。

3.倾斜政策。

3.1大病保险：对低保对象、特困人员和返贫致贫人口，大病保险起付标准降低50%，支付比例提高5个百分点，并取消最高支付限额。

3.2医疗救助：对低保对象、特困人员等符合条件的救助对象按规定给予救助。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，给予倾斜救助，具体救助比例由统筹地区根据实际确定。

三、基金支付的范围

基本医疗保险按照规定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围支付。补充医疗保险、医疗救助参照政策范围内费用范围执行。

四、其他不予支付的范围

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险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。

信息来源：<http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/8/10/art_37_5767.html>