

国家医保局、财政部、国家税务总局印发通知——

做好2021年城乡居民基本医疗保障工作

近日,国家医保局、财政部、国家税务总局印发了《关于做好2021年城乡居民基本医疗保障工作的通知》。

2021年居民医保

人均财政补助标准新增30元

《通知》规定,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。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。

住院费用政策范围内

基金支付比例稳定在70%左右

《通知》要求,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门诊慢特病、特殊疾病待遇保障政策落实,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。

部分特殊群体

不设待遇享受等待期

《通知》明确,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。

医疗保障帮扶政策稳定持续

严格落实“四不摘”要求

《通知》强调,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。

着力推进医保支付方式改革

《通知》提出,要进一步简化、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。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。

开展欺诈骗保专项整治

确保基金安全

《通知》表示,要加强基金监督检查,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,优化完善智能监控系统功能,提高监管效能。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。

优化医保经办服务 加快建设全国统一的医疗保障信息平台

《通知》要求,要完善新业态从业形态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。 据(吉林日报)

今年看病就医将有这些变化

日前,国务院办公厅印发《深化医药卫生体制改革2021年重点工作任务》,着力解决看病难、看病贵问题。

患者

全民医保制度更完善

加快推进健全重特大疾病医疗保险和救助制度。

建立健全职工医保门诊共济保障机制。

鼓励有条件的省份按照分级管理、责任共担、统筹调剂、预算考核的思路,推动基本医保省级统筹。

完善异地就医结算管理和服务,基本实现普通门诊费用跨省直接结算统筹地区全覆盖,探索高血压、糖尿病等门诊慢特病跨省直接结算。

指导地方做好跨统筹地区医保关系转移接续工作。

完善医保定点医疗机构和定点零售药店协议管理,积极推进“掌上办”“网上办”等便民服务。

医保支付方式要改革

推进按疾病诊断相关分组付费、按病种分值付费试点,促进精细化管理,适时总结经验并向全国推广。

完善基层机构医保政策,引导恢复期和康复期患者到基层就诊。

全民健康信息化要推进

制定全国医疗卫生机构医疗健康信息互通共享实施方案,破除信息壁垒,促进数据共享互认。

加强智慧医院建设,推动人工智能、第五代移动通信(5G)等新技术应用。

规范互联网诊疗服务,严格实行监管,完善药品网络销售监管工作机制。

指导医疗机构合理保留传统服务模式,着力解决老年人等群体运用智能技术困难的问题。

群众服务体验要改善

推广多学科诊疗、日间手术等服务模式,优化预约诊疗。

推动医疗机构优化线上线下支付流程,改善结算模式。

推进先诊疗后结算或一站式缴费改革试点。

明确医疗机构检查结果互认具体办法。

加强胸痛、卒中、危重孕产妇、新生儿和儿童、创伤等重大急性病救治中心建设。

医生

人事薪酬制度改革要深化

落实“两个允许”要求,合理确定、动态调整公立医院薪酬水平。

加强对地方的督促指导,推动落实政府办医责任和公立医院投入政策。

拓宽公立医院薪酬制度改革经费渠道。

允许医院自主设立薪酬项目,鼓励对主要负责人实行年薪制。

改革完善医务人员职称评价机制,突出实践能力业绩导向,鼓励卫生专业技术人员扎根防病治病一线。

医学生

医学人才培养和使用要加强

加强全科医生等紧缺人才培养。实施医学专业高校毕业生免试申请乡村医生执业注册政策。

面向社会招收的普通高校应届毕业生经住院医师规范化培训合格后当年在医疗卫生机构就业的,在招聘、派遣、落户等方面按应届毕业生同等对待;对经住院医师规范化培训合格的本科科学历临床医师,在招聘、职称晋升、岗位聘用、薪酬待遇等方面与临床医学、口腔医学、中医专业学位硕士研究生同等对待。

加强农村订单定向医学生就业安置和履约管理,将定向生违约情况纳入信用信息管理。

据(学习吉林)



我省全面落实技能人才“双贯通”政策

60名高技能人才获得高级职称

为加快推动省委、省政府人才政策2.0版落地落实,进一步调动技能人才投身吉林全面振兴全方位振兴的积极性,近日,省人社厅组织开展了全省首批“高精尖缺”高技能人才职称单独评定工作,共有60名高技能人才获得高级职称,其中,15人获得正高级职称,45人获得副高级职称。

重点围绕我省“一主、六双”产业空间布局和一汽集团、长客公司等大型企业需求,破除身份、地域、学历、资历、论文等条件限制性,对为国家经济发展和重大战略实施作出突出贡献,具有绝招、绝技、绝活,并长期坚守在生产服务一线岗位工作的高技能领军人才,采取个人申请、单位推荐、现场考核、多方评估等方式,坚持业内认可原则,组建高校、职业院校、企业专家组成的技能人才职称专门评定委员会,开展职称专门评定工作,树立技能人才职称“双贯通”工作“风向标”。

日前,省人社厅专门召开了43家中省直企业、职业院校和技

工院校等单位参加的技能人才职称评定工作部署会,对在我省经济社会发展中贡献大、创新能力强、成果转化应用效果好、引领和培养青年技能人才多的“高精尖缺”高技能人才,采取减环节、减时限、减步骤、减程序的方式,开辟职称申报直通直报。经个人申请、用人单位考核公示后,直接报送省人社厅。

便捷高效“直通车”服务,跑出了技能人才职称“双贯通”工作的“加速度”。省人社厅人才处负责人介绍,从技术工人到“工人教授”,树立了鲜明的人才评价导向和用人导向,体现了国家和省委、省政府对大国工匠的充分肯定与高度认可,切实打破了技能人才职业发展的“天花板”,搭建了技能人才成长的“立交桥”。省人社厅将常态化开展技能人才职称评定工作,建立并形成更加完备的政策体系,吸引和稳定更多的高技能人才来吉林干事创业。一汽集团人力资源部负责人介绍,这次技能人才职称单独评定工作,一汽集团

共有5人获得正高级职称,19人获得副高级职称,进一步激发了企业高技能人才的工作积极性,激励更多高技能人才为企业创新发展作出新的更大贡献。

这次对全省“高精尖缺”高技能人才开展职称评定工作,打破了学历、资历、地域、年限、论文等条件限制,坚持树立注重实际贡献、突出岗位绩效、聚焦工作质量为核心的评价导向,重点对创新水平高、转化应用效果好、对经济社会发展实际贡献大的高技能人才,实行单独、专享、特殊的职称评定政策,旨在激发高技能人才的创新创造创优活力。接下来,省人社厅将对获得省级荣誉称号、作出突出贡献的吉林工匠分批次、分类开展常态化技能人才职称评审工作,落实好国家高技能人才职称“双贯通”政策,发现、培养、集聚一批高素质、高水平的技能人才和创新团队,为吉林全面振兴全方位振兴提供更多人才支撑和智力保障。

据(吉林日报)

省直医保慢病待遇服务再升级

门诊慢性病认定机构扩大,只要是省直门诊慢性病定点医院都可以进行认定

现有55家省直门诊慢性病定点医院全部纳入门诊慢性病认定机构范围,省直参保人员可在所有省直门诊慢性病定点医院进行门诊慢性病认定,也就是说,只要是省直门诊慢性病定点医院,都可以给参保人员办理门诊慢性病认定工作,既往15家门诊慢性病认定机构在提供门诊慢性病认定服务的同时,也要为参保人员提供治疗购药门诊慢性病服务。

选择1家医院和1家药店,全年变更不限次数

认定通过后参保人员可自由选择1家门诊慢性病定点医院和1家门诊慢性病定点零售药店。作为参保人员享受门诊慢性病待遇的定点医药机构,参保人员可根据自身情况在所有门诊慢性病定点医院范围内自由进行变更,年度内不限变更次数。变更时,参保人员只需提供医保电子凭证或身份证或社保卡就可以在门诊慢性病定点医院范围内进行变更即可。

门诊慢性病认定流程简化

参保人员在省直门诊慢性病定点医院就医,所患疾病属于门诊慢性病保障范围,可在就医定点医院直接申请门诊慢性病认定,通过后可

享受门诊慢性病待遇。

省直参保人员权益提升

(1)所有省直门诊慢性病定点医院要严格遵守服务协议,履行慢性病认定和门诊治疗购药义务,不得推诿、拒绝参保人员。

(2)门诊慢性病认定时,定点医院要做到病案资料互认,确保参保人员方便快捷办理门诊慢性病认定。

(3)专科性及一级以下慢性病定点医院,可根据本机构认定能力为参保人员提供慢性病认定服务,如超出本机构认定能力范围,要积极引导参保人员前往上级慢性病定点医院进行认定,避免引起参保人员不满情绪,激化矛盾,确保参保人员慢性病待遇的落实。

(4)认定时治疗方案要书写规范,将参保人员治疗慢性病所需的治疗项目及药品种类记录清楚。

(5)所有定点医药机构要组织工作人员对门诊慢性病操作系统进行培训。

(6)通知下发后,吉林省社会医疗保险管理局会通过专项核查、暗访等形式进行检查,如发现未落实的情况,按照医疗服务协议有关内容及相关要求,从严从重处罚。

据(吉林日报)