

淮北市人民政府办公室文件

淮政办〔2019〕11号

淮北市人民政府办公室关于印发 淮北市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险 制度实施办法（试行）的通知

濉溪县、各区人民政府，市政府各部门、各直属机构：

《淮北市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险制度实施办法（试行）》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。



2019年6月13日

淮北市统一城乡居民基本医疗保险和大病 保险制度实施办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为建立并实行全市统一的城乡居民基本医疗保险制度，保障参保人员基本医疗需求，根据《中华人民共和国社会保险法》《安徽省人民政府办公厅关于印发安徽省统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施方案（试行）的通知》（皖政办〔2019〕14号）和相关文件规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 城乡居民基本医疗保险坚持“以收定支、收支平衡、有序衔接、平稳过渡、保障基本、提升质量”的原则，实行统一保障待遇、分级管理制度。

第三条 各级人民政府应将城乡居民基本医疗保险纳入国民经济和社会发展规划，逐步加大城乡居民基本医疗保险资金投入，为城乡居民基本医疗保险提供经费保障，并按规定纳入各级财政预算。

市人民政府负责全市城乡居民基本医疗保险制度统筹协调、组织领导工作；县区人民政府负责辖区内城乡居民基本医疗保险制度组织实施工作；各镇人民政府（街道办事处）具体负责城乡居民基本医疗保险政策宣传、组织城乡居民参加医疗保险（以下

简称参保)等工作。

第四条 医保部门负责城乡居民基本医疗保险政策拟定、组织落实和监督管理等工作。

教育部门负责在校学生参保组织工作。

财政部门负责落实城乡居民基本医疗保险财政补助资金,做好城乡居民基本医疗保险基金财政专户管理等工作。

税务部门负责城乡居民个人医疗保险费征收工作。

民政部门负责特困供养人员、低保对象认定工作。

卫生健康部门负责计划生育特殊家庭认定及医疗行为监督管理工作。

扶贫部门负责建档立卡贫困人口认定工作。

发展改革、人力资源社会保障、公安、审计、市场监管、残联等部门,按照各自工作职责,协同做好城乡居民基本医疗保险工作。

第五条 本办法适用于全市范围内参加职工基本医疗保险以外的其他所有城乡居民。包括:

(一)具有本市户籍的城乡居民。

(二)非本市户籍,持有本市居住证在原籍未参加基本医疗保险的城乡居民;进城务工参加职工医疗保险困难的城乡居民。

(三)各类在校学生。

第六条 城乡居民基本医疗保险个人缴费标准、财政补助标准,按国家、省规定标准执行。

第二章 参保缴费

第七条 城乡居民基本医疗保险以自然年度(每年1月1日至12月31日)为保险年度。每年9月1日至12月20日为下一保险年度集中参保期。城乡居民应在集中参保期内办理参保缴费手续。

新入学未参加户籍地基本医疗保险的学生,入学当年在集中参保期缴纳下一年度城乡居民基本医疗保险费,从当年9月1日起至次年12月31日享受医疗保险待遇。

在2018至2019保险年度内参保的城镇居民,其医疗保险待遇延长至2019年12月31日。

第八条 新生儿监护人在新生儿出生之日起90天内为新生儿办理参保缴费手续的,自出生之日起享受城乡居民基本医疗保险待遇,医保经办机构负责办理参保缴费手续。

第九条 城乡居民参保由户籍地或居住地社区(村)居民委员会组织参保登记、代收代缴参保费用,镇人民政府(街道办事处)汇缴税务部门入库。

各类在校学生参保由所在学校组织参保登记,代收代缴参保费用。

医疗救助对象(特困供养人员、低保对象、建档立卡贫困人口)个人缴费部分,由县区医保部门从城乡医疗救助资金中全额

代缴。计划生育特殊家庭、重点优抚对象参保按有关规定执行。

城乡居民不得重复参加基本医疗保险。

城乡居民基本医疗保险费应及时上缴入库，不得截留、挪用。

第三章 医疗保险待遇

第十条 城乡居民基本医疗保险待遇包括住院待遇、门诊待遇和其他医疗待遇。一个保险年度内，城乡居民基本医疗保险基金累计最高支付 30 万元/人。

参保人员在定点医疗机构（急诊急救除外）发生的政策范围内医药费用，按以下规定执行：

（一）门诊。

1. 普通门诊。在参保县（市辖区）域内协议定点的基层医疗卫生机构（含二级乡镇卫生院或社区卫生服务中心等）、一级及以下定点医疗机构（含村卫生室、社区卫生服务站、社区诊所等）发生的普通门诊医药费用纳入基本医保报销范围。发生的普通门诊政策内医药费用，报销比例为 55%。同时适当提高报销限额。

2. 常见慢性病门诊。医疗机构发生的常见慢性病门诊政策内医药费用报销比例为 60%，一个保险年度计一次起付线，起付线为 300 元，年度报销总额上限 3000 元。

3. 特殊慢性病门诊。政策内医药费用直接比照同级医院住

院报销政策执行，纳入当年的年度封顶线，一个保险年度计一次起付线，起付线为 600 元。

4. 在校大学生参加城乡居民基本医疗保险。按《安徽省高等学校在校大学生参加城镇居民基本医疗保险实施意见（试行）（教办〔2008〕6号）》规定，执行普通门诊统筹资金学校包干使用办法。

（二）普通住院。

参保人员在定点医疗机构住院发生政策范围内的医疗费用，按以下规定享受医疗待遇：

1. 普通住院起付线与报销比例。普通住院设置起付线，起付线以下费用由个人自付，起付线以上、基金支付限额以内的费用，由城乡居民基本医疗保险基金和个人按比例分担。

一级及以下医疗机构起付线 200 元，报销比例 85%；二级和县级医疗机构起付线 500 元，报销比例 80%；三级（市属）医疗机构起付线 700 元，报销比例 75%；三级（省属）医疗机构起付线 1000 元，报销比例 70%。对于上年度次均费用达到或接近（达到 80%）上一级别医疗机构的，执行上一级别医疗机构报销政策。

2. 到市域外（不含省外）住院治疗的，上述类别医疗机构起付线增加 1 倍，报销比例降低 5 个百分点。

到省外医疗机构住院治疗的，起付线按当次住院总费用 20% 计算（不足 2000 元的按 2000 元计算，最高不超过 1 万元），报销比例 60%。

3. 保底报销。对普通住院发生的符合规定的医药费用实行保底报销，报销比例省内医疗机构 45%，省外医疗机构 40%。

4. 特别规定。除急诊急救或属参保人员务工（经商）地、长期居住地外，未办理转诊手续在市域外就医的，报销比例（含保底比例）再降低 10 个百分点。参保人员到已确定的毗邻省外医疗机构住院，可参照省内或市域内同类别医疗机构报销政策执行。按病种付费住院报销。实行按病种付费的住院患者，住院不设起付线，不受药品目录、医疗服务项目目录限制。具体办法由市医保部门另行制定。

（三）住院分娩补助。

分娩（含剖宫产）住院定额补助 1000 元；有并发症或合并症住院的按普通住院政策执行，不再享受定额补助。

（四）意外伤害住院报销。

由市医保部门根据上级有关规定另行制定。

（五）大病保险报销。

一个保险年度内，参保人员负担的合规医药费用累计超过大病保险起付线的部分，大病保险基金分费用段按比例报销。

1. 起付线。一个保险年度计一次起付线，大病保险起付线为 1.5 万元。

2. 报销比例。大病保险起付线以上 5 万元以内段，报销比例 60%；5—10 万元段，报销比例 65%；10—20 万元段，报销比例 75%；20 万元以上段，报销比例 80%。

3. 封顶线。一个保险年度内，省内医疗机构大病保险封顶线为 30 万元，省外医疗机构大病保险封顶线为 20 万元。

(六) 建档立卡贫困人口医保报销。

继续按照《安徽省人民政府关于健康脱贫工程的实施意见》(皖政〔2016〕68号)、《关于印发〈安徽省农村贫困人口综合医疗保障制度实施方案〉等三个健康脱贫配套文件的通知》(皖卫财〔2016〕22号)等相关执行。

第四章 就医服务

第十一条 城乡居民就医按照《安徽省基本医疗保险药品目录》《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》《安徽省城乡居民基本医保和大病保险负面清单》等相关规定执行，其中门诊常见(特殊)慢性病用药和诊疗项目范围按照常见(特殊)慢性病管理规定执行。

第十二条 城乡居民基本医疗保险实行定点医疗机构协议管理。

第十三条 参保居民持社会保障卡(二代身份证)在定点医疗机构就医产生的医疗费用，基金支付部分由医保经办机构与协议医疗机构结算，个人自付部分由个人在医院即时结算。

第十四条 发挥医保支付杠杆作用，支持家庭医生有偿签约服务，推进基层首诊、分级诊疗、双向转诊，引导参保人员合理

就诊，规范就医。

第五章 基金管理

第十五条 按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，加强基金管理，确保应支付费用及时足额拨付，合理控制基金当年结余率和累计结余率，提高使用效率。建立基金当年结余率和累计结余率动态监测机制，健全基金运行风险预警机制，防范基金风险。

第十六条 城乡居民医疗保险基金由个人缴费、政府补助、利息收入和其他收入组成。纳入财政专户管理、专款专用，任何单位和个人不得挤占、挪用。

坚持基金收支运行情况信息公开制度，建立健全基金预决算制度、财务会计制度，加强基金收支管理，强化基金内部审计和外部监督。

第十七条 城乡居民基本医疗保险实行总额控制下的按病种、按人头、按床日等多种付费方式相结合的复合式支付方式，有效控制医疗费用增长。

第十八条 城乡居民大病保险可集中委托商业保险机构承办。医保部门应按照有关法规的规定，综合考虑商保公司的承办能力、医疗管控能力、信息系统建设、专业队伍建设等因素，在公共资源交易平台，通过综合评价招标确定符合条件的商业保

险机构承办城乡居民大病保险。

第十九条 单位和个人套取、骗取医疗保险基金的，由医保部门依据《中华人民共和国社会保险法》《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》（省政府令第 284 号）等相关规定处理。

第六章 附 则

第二十条 为确保统一城乡居民基本医疗制度的顺利实施，由原主管部门负责对现有信息系统进行维护。

第二十一条 政策整合后，待遇低于原有标准的，原政策可暂保持不变，逐步向全市统一标准过渡。

第二十二条 市医保部门应根据本办法制定实施细则。

第二十三条 本办法由市医保部门负责解释。

第二十四条 本办法自 2019 年 7 月 1 日起施行。

附件：安徽省城乡居民医疗保险三级（省属）医院名单及慢性病病种范围

附件

安徽省城乡居民医疗保险三级（省属）医院 名单及慢性病病种范围

一、三级（省属）医院

中国科技大学附属第一医院（安徽省立医院），安徽医科大学第一附属医院，蚌埠医学院第一附属医院，皖南医学院弋矶山医院，安徽医科大学第二附属医院，安徽中医药大学第一附属医院，安徽中医药大学第二附属医院（安徽省针灸医院），中国人民解放军联勤保障部队第九〇一医院、武警安徽省总队医院，安徽省儿童医院，安徽省胸科医院，安徽省第二人民医院，蚌埠医学院第二附属医院，安徽医科大学第四附属医院、安徽医科大学附属巢湖医院，皖南医学院第二附属医院，安徽医科大学附属阜阳医院，安徽省中西医结合医院（安徽中医药大学第一附属医院西区），安徽医科大学附属口腔医院（安徽省口腔医院，视同省属三级医院管理）。

二、常见慢性病病种范围

省定常见慢性病病种范围：高血压（II、III级）、慢性心功能不全、冠心病、脑出血及脑梗死（恢复期）、慢性阻塞性肺疾病、溃疡性结肠炎和克罗恩病、慢性活动性肝炎、慢性肾炎、糖尿病、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、癫痫、帕金森病、风

湿（类风湿）性关节炎、重症肌无力、结核病、特发性血小板减少性紫癜、硬皮病、晚期血吸虫病、银屑病、白癜风、艾滋病机会性感染、白塞氏病、强直性脊柱炎、肌萎缩、支气管哮喘、精神障碍（非重性）、肾病综合征、弥漫性结缔组织病、脑性瘫痪（小于7岁）。

三、特殊慢性病病种范围

省定特殊慢性病病种范围：再生障碍性贫血、白血病、血友病、精神障碍（重性）、恶性肿瘤（放化疗）、慢性肾衰竭（尿毒症期）、器官移植术后（抗排异治疗）、心脏瓣膜置换术后、血管支架植入术后、肝硬化（失代偿期）、肝豆状核变性、系统性红斑狼疮、淋巴瘤、骨髓瘤、骨髓增生异常综合征、心脏冠脉搭桥术后（抗排异治疗）、心脏起搏器置入术后（抗排异治疗）等。

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市监委，市中院、检察院，淮北军分区。各民主党派市委，市工商联，各人民团体，省驻淮各单位。

淮北市人民政府办公室

2019年6月13日印发