

池州市人民政府办公室文件

池政办〔2019〕15号

池州市人民政府办公室关于印发池州市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

江南产业集中区管委会，各县、区人民政府，九华山风景区、开发区、平天湖风景区管委会，市政府各部门、各直属机构：

经市政府同意，现将《池州市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）》印发给你们，请认真组织实施。

2019年6月12日

（此件公开发布）

池州市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）

为统一全市城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇，根据《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）、《安徽省医疗保障局关于印发〈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细则（试行）〉的通知》（皖医保发〔2019〕11号）精神，结合我市实际，制定如下方案。

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，全面贯彻落实党的十九大和十九届二中、三中全会精神，深入贯彻落实习近平总书记视察安徽重要讲话精神，坚持兜底线、织密网、建机制，整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度，完善统一的城乡居民基本医疗保险和大病保险制度，推动实现保障更加公平、管理更加规范、医疗资源利用更加高效。

二、基本原则

（一）以收定支，收支平衡。坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则，因地制宜，适度保障，合理确定待遇标准。

（二）有序衔接，平稳过渡。统筹衔接基本医保、大病保险、医疗救助等制度，妥善处理既有保障政策，实现平稳过渡。

（三）保障基本，提升质量。坚持以保基本为主，完善门诊、

住院、大病保险保障政策，持续提升城乡居民医疗保障质量。

三、保障待遇

城乡居民基本医疗保险待遇包括门诊待遇、普通住院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限额为 30 万元。参保城乡居民在定点医疗机构（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。全面建立普通门诊统筹制度，参保城乡居民在县（区）域内二级及以下医疗机构（含乡镇卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室、社区卫生服务站、社区诊所等）发生的符合《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》（以下简称“两个目录”）规定的普通门诊医药费用纳入基本医疗保险报销范围。普通门诊医药费用报销不设起付线，报销比例为 55%。参保城乡居民每人年度普通门诊统筹报销限额为 85 元。在校大学生普通门诊保障待遇，继续执行原有的普通门诊统筹资金学校包干使用办法。

2. 常见慢性病门诊。常见慢性病门诊医药费用报销年度起付线为 150 元，参保城乡居民在一级及以上医疗机构（含乡镇卫生院）发生的常见慢性病医药费用超过起付线以上部分报销比例为 60%。单病种年度报销限额为 3000 元，患两种以上慢性病的，每增加 1 个病种年度报销限额增加 500 元，年度报销总额上限为 4000 元。

3. 特殊慢性病门诊。参保城乡居民在医疗机构发生的特殊慢性病门诊医药费用按当次就诊医疗机构普通住院政策报销，年度内按就诊最高类别医疗机构计算 1 次起付线。透析治疗的肾功能不全等按病种付费的特殊慢性病门诊继续执行现行政策。

4. 大额普通门诊。参保城乡居民在二级及以上医疗机构普通门诊发生的不属于慢性病或特殊慢性病范畴内的医药费用，年度起付线为 1000 元，医药费用超过起付线以上部分报销比例为 45%，年度累计报销限额为 2500 元。

5. 罕见疾病门诊。参加城乡居民基本医疗保险的 18 周岁以下苯丙酮尿症及四氢生物蝶呤缺乏症的罕见病患者，在省内省级或市级妇幼保健服务机构门诊就诊，其医药及专用食品费用纳入基本医保报销范围，不设起付线，按 65%的比例报销，年度累计报销限额为 2 万元。

（二）普通住院。

参保城乡居民在医疗机构发生的符合“两个目录”和“负面清单”（附件 2）规定的医药费用超过起付线以上部分纳入基本医疗保险报销范围。

1. 起付线与报销比例。

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%。

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%。

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

参保城乡居民住院按次扣减起付线，但确需分疗程间断多次住院治疗的特殊慢性病、白血病、精神障碍（重性）、脑瘫康复等患者在同一医院多次住院治疗的，参保年度内只计一次起付线。

对于上年度次均费用达到或接近上一级别医疗机构的（医疗机构合理收治病例的次均住院费用达到上一级别医疗机构次均费用的 80%及以上），可执行上一级别医疗机构报销政策。

2. 特别规定。

（1）除急诊急救或属参保城乡居民务工（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。急诊急救的情形，依据参保患者首诊病历或其他相关证明材料认定。参保城乡居民务工（经商）地、长期居住地，可以依据务工地、经商地、长期居住地提供的劳动合同、居住证或其它工作、生活相关材料认定。

（2）参保城乡居民捐赠器官或组织的住院医药费用享受普通住院报销待遇。

(3) 对于城乡低保户、特困人员、重点优抚对象、计划生育特殊困难家庭等困难群体起付线和报销政策按现行有关规定继续执行。

(4) 住院按病种付费政策暂按原省卫生计生委《关于进一步推进省级新农合按病种付费工作的通知》(卫办秘〔2018〕451号)执行。

(三) 其他医疗待遇。

1. 分娩住院。分娩(含剖宫产)住院定额补助标准为900元。有并发症或合并症住院的按普通住院政策执行,但不再享受定额补助。执行普通住院政策的分娩合并症或并发症,原则上是指妊娠期或分娩期发生的病情严重且费用较高的情形,轻微并发症或合并症仍执行定额补助政策。

2. 意外伤害住院。明确有他方责任的意外伤害住院医药费用不予报销;明确无他方责任的意外伤害住院医药费用按普通住院待遇报销;无法确定他方责任的意外伤害住院医药费用按政策范围内医药费用的40%报销,封顶线为2万元。

因见义勇为或执行救灾救援等公益任务而负伤住院,按普通住院报销政策执行,申请报销者须提供县级或县以上政府相关部门出具的情节证据。

3. 辅助器具装配。符合省残联等四部门《关于对参加新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险的残疾人装配辅助器具给予补助的意见》(皖残联〔2009〕4号)规定的残疾人,凭定点装配

机构辅助器具装配单及发票回参保地经办机构办理报销。报销比例为 50%（不设起付线），单次报销限额为：每具大腿假肢 1700 元，每具小腿假肢 800 元，每只助听器 3500 元。

（四）大病保险。

对于一个保险年度内经城乡居民基本医疗保险按规定支付后个人负担的合规费用累计超过大病保险起付线部分，由大病保险基金分段报销，合规费用实行“负面清单”制度。

1. 起付线。大病保险起付线原则上按全市上一年度城乡居民人均可支配收入的 50%确定。全市城乡居民大病保险起付线为 1.2 万元，并由市医疗保障局根据城乡居民年人均可支配收入变化适时调整。

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。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。大病保险合规费用中既含省内医疗机构医药费用，又含省外医疗机构医药费用的，执行省内医疗机构封顶线政策。

四、有关要求

（一）全市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇后，全市统一保障待遇执行标准低于原待遇标准的，原待遇可暂保持不变，逐步向全市统一标准过渡。

（二）建档立卡贫困人口医保报销政策继续按照国家医疗保障局、财政部《关于做好 2019 年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2019〕30 号）和《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）等有关文件执行。跨省异地就医联网直接结算按照国家有关规定执行。

（三）自本方案施行之日起，原市本级经办的市区城镇居民基本医疗保险业务整体移交贵池区（具体工作方案附后）。

（四）本实施方案适用过程中出现的具体问题由市医疗保障局负责解释。

（五）本实施方案自 2019 年 7 月 1 日起施行。

- 附件：1. 池州市城乡居民基本医疗保险慢性病病种范围
2. 池州市城乡居民基本医保和大病保险负面清单
3. 池州市市区城镇居民基本医疗保险业务移交工作方案

附件 1

池州市城乡居民基本医疗保险慢性病病种范围

一、常见慢性病病种（33 种）

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、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）、慢性肾衰竭（氮质血症期）、干燥综合症、前列腺增生、干眼症。

二、特殊慢性病病种（23 种）

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）、溃疡性结肠炎和克罗恩病、组织细胞增生症（朗格罕氏组织细胞增生症）、耐多药结核、运动神经元病、成骨不全（骨脆病）、韦格纳肉芽肿。

附件 2

池州市城乡居民基本医保和大病保险负面清单

序号	项目费用	按项目 报销	按保底 报销	大病保险 报销
1	应当从工伤保险基金中支付的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
2	应当由第三方负担的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
3	应当由公共卫生负担的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
4	在境外就医的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
5	《药品目录》单味不予支付的中药饮片及药材费用	不纳入	不纳入	不纳入
6	《医疗服务项目目录》外自立医疗服务项目	不纳入	不纳入	不纳入
7	特需病房（病区）发生的住院医药费用，特需医疗项目费用	不纳入	不纳入	不纳入
8	非协议医疗机构（急诊急救除外）、非医疗机构发生的医药费用（另有规定除外）	不纳入	不纳入	不纳入
9	医疗机构发生的非医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
10	各类器官、组织移植的器官源或组织源费用，以及串换为其他项目的费用	不纳入	不纳入	不纳入
11	享受定额补助的住院分娩（含手术产）当次住院医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
12	各种各类非功能性整容或矫形手术、美容、健美、减肥增胖增高等非疾病治疗类原因产生的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
13	预防保健、健康体检、医疗咨询、医疗鉴定等发生的费用	不纳入	不纳入	不纳入

序号	项目费用	按项目 报销	按保底 报销	大病保险 报销
14	气功疗法、音乐疗法、保健性营养疗法、磁疗等辅助性治疗项目费用	不纳入	不纳入	不纳入
15	眼镜、义眼、义齿、义肢、助听器等辅助康复器具（另有规定的除外）等费用	不纳入	不纳入	不纳入
16	各种家用或自用检查、检测、治疗仪等器械费用	不纳入	不纳入	不纳入
17	各种不育（孕）症（另有规定的除外）	不纳入	不纳入	不纳入
18	性功能障碍引发的住院医药费用（另有规定的除外）	不纳入	不纳入	不纳入
19	临床实验类诊疗项目费用	不纳入	不纳入	不纳入
20	物价政策规定不可单独收费的一次性材料等费用	不纳入	不纳入	不纳入
21	医疗服务项目收费超出我省基本医保最高支付标准（省属三级公立医院最高收费标准）部分的费用	不纳入	不纳入	不纳入
22	《药品目录》复方不予支付的中药饮片及药材费用	不纳入		
23	《药品目录》乙类药品个人先行支付费用	不纳入		
24	《药品目录》丙类（目录外）药品费用	不纳入		
25	《医疗服务项目目录》部分支付类项目中个人先行支付费用	不纳入		
26	限制临床应用医疗技术（造血干细胞移植技术等除外），不纳入政策范围内费用	不纳入		
27	《医疗服务项目目录》不予支付类项目（且不超过省属三级公立医院最高收费标准）	不纳入		
28	部分支付类医用材料中个人先行支付费用	不纳入		
29	不予支付类医用材料	不纳入		
30	国家、省医保行政部门规定的其他不予支付的项目或费用	不纳入	不纳入	不纳入

附件 3

池州市市区城镇居民基本医疗保险业务移交工作方案

为做好市区城镇居民基本医疗保险业务整体移交工作，根据《池州市人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（池政〔2018〕53号）等有关文件精神，制定如下方案。

一、目标要求

按照积极稳妥、密切配合、平稳交接、有序实施的要求，在全市统一城乡居民基本医疗保险待遇的基础上，将原市本级经办的市区城镇居民基本医疗保险业务整体移交至贵池区。从 2019 年 7 月 1 日起，贵池区负责整合后的城乡居民基本医疗保险经办业务。

二、基本原则

（一）上下联动，协同推进。在市政府的统一领导下，贵池区政府、市医疗保障局以及市直有关部门相互配合，协调联动，共同做好市区城镇居民基本医疗保险业务移交工作。

（二）整体移交，有序衔接。将医保资金、信息数据移交作为重点，在规定时限内完成整体移交，确保移交后基本医疗保险业务有序衔接、正常开展。

（三）严肃纪律，规范操作。业务交接规范有序、公开透明，

确保医保基金、信息数据的安全。

三、工作安排

(一) 医保信息系统改造。贵池区政府负责按照全市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇的要求,对照标准管理、待遇算法、结算流程、技术参数等内容,改造升级贵池区新农合信息系统,并建立城乡统一的居民参保人员数据库和药品、诊疗项目、服务设施范围目录数据库。**(牵头单位:贵池区政府;责任单位:市医疗保障局;完成时限:2019年6月30日前)**

(二) 医保信息数据移交。由市医疗保障局牵头负责,按医保业务运行要求整理基本医疗保险参保人员、待遇支付等信息数据,移交贵池区。贵池区负责将接收的信息数据导入贵池区城乡居民基本医疗保险信息系统,为移交后各项医保经办业务提供保障。**(牵头单位:市医疗保障局;责任单位:贵池区政府、市人力资源社会保障局;完成时限:2019年6月30日前)**

(三) 医保基金移交。基金采取“先预拨、后审计、再移交”的方式。为保证医保待遇正常支付,先从市区城镇居民基本医疗保险基金专户划拨 2000 万元至贵池区城乡居民基本医疗保险基金专户,待审计结束后划转剩余资金。市医疗保障局负责清理医保基金、财务和档案等项目,登记造册,形成清单。市财政局负责将市区城镇居民基本医疗保险专户资金转入贵池区城乡居民基本医疗保险基金专户。贵池区负责接收医保资金,实现基本医疗保险经办业务的无缝衔接。**(牵头单位:市财政局;责任单位:贵**

池区政府、市医疗保障局；完成时限：2019年6月30日前)

(四) 医保基金审计。由审计部门对移交前市区城镇居民基本医疗保险基金管理、资产、负债、权益进行审计。审计结束后，市财政局负责将结余的医保基金(含历年滚存结余)全部划入贵池区城乡居民基本医疗保险基金专户。**(牵头单位：市审计局；责任单位：市财政局、市医疗保障局；完成时限：2019年7月30日前)**

四、保障措施

(一) 加强组织领导。贵池区政府及市直相关单位要充分认识整合市区城镇居民基本医疗保险和贵池区新型农村合作医疗制度的重要性，强化组织领导，精心组织实施，切实增强工作的系统性、整体性和协同性，共同做好城镇居民基本医疗保险业务移交工作。

(二) 明确责任分工。医疗保障部门负责移交工作牵头组织实施和医保数据的移交工作；人力资源社会保障部门负责做好医保信息数据的整理工作；财政部门负责城镇居民基本医疗保险基金的移交工作；审计部门负责做好居民医保基金审计工作；贵池区政府负责医保信息系统改造、信息数据和医保结余资金接收工作，做好移交后城乡居民基本医疗保险业务经办工作。

(三) 部门协调联动。贵池区政府及市直相关单位要加强沟通协调，按照各自工作职责和时间节点要求，按期完成各项工作任务，确保参保人员就医结算不受影响。

（四）加强舆论引导。基本医疗保险业务移交是建立统一的城乡居民基本医疗保险制度的重要步骤，关系到广大参保人员的切身利益。要坚持正确的舆论导向，统一政策宣传解读口径，营造推进制度整合的良好氛围。贵池区政府要通过发布公告、发送短信等多种形式，将相关信息及时告知所有参保人员。各有关单位要扎实稳妥做好相关工作，及时化解可能出现的矛盾问题，确保工作交接有序、业务衔接顺畅。

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市监察委，
市中级人民法院，市检察院，池州军分区。

池州市人民政府办公室

2019年6月12日印发
