石台县人民政府办公室

石政办秘〔2017〕95号

石台县人民政府办公室关于印发石台县2018年城乡居民基本医疗保险和大病保险实施方案的通知

各乡镇人民政府，各管委会，县政府各部门，各直属机构:

《石台县 2018 年城乡居民基本医疗保险和大病保险实施方案》业经2017年度第15次县长办公会审议通过，现印发给你们，请遵照执行。

石台县人民政府办公室

2017年12月27日

石台县2018年城乡居民基本医疗保险和大病保险实施方案

根据《安徽省农村贫困人口综合医疗保障制度实施方案》（皖卫财〔2016〕22号）、《安徽省新型农村合作医疗和大病保险统筹报销指导方案（2018版）》（皖卫基层秘〔2017〕558号）、《安徽省农村贫困人口慢性病门诊补充医疗保障实施方案》（皖卫财〔2017〕14号）精神，结合我县实际，制定本方案。

一、基本原则

（一）坚持以收定支，收支平衡，略有节余。以住院报销为主、兼顾门诊受益面；相对统一，分类指导，尽力保障，规范运行。

（二）着力引导参保农民一般常见病首先在门诊就诊；确需住院的，首选基层医疗机构就诊。

（三）引导患者优先在省内医疗机构就诊;确需到省市级大医院诊治的疑难重病，适度提高其实际报销比例，切实减轻大病患者经济负担。

二、基金用途

城乡居民医保基本医疗保险基金用于参保农民医药费用的报销，除支付符合规定的大病保险盈利率费用及因政策性亏损导致的基金分担支出外，不得用于经办机构工作经费等开支。应由政府另行安排资金的公共卫生服务项目不得从城乡居民医保基金支付。医疗事故、二类疫苗、非医疗机构发生的医药费用、医疗机

构发生的非医药费用均不纳入城乡居民医保基金报销范围及保底报销范围。

城乡居民医保当年筹集基金与上年度结余基金全部纳入统筹基金，预算分配如下:

1. **风险基金。**按当年新增筹资部分的10%预留风险金。

2. **大病保险基金。**按人均35元优先从历年结余资金中予以安排。

3. **门诊报销基金。**按当年筹集资金的20%左右予以安排（含普通门诊、一般慢性病门诊、特殊慢性病门诊、大额门诊、村医签约服务包、一般诊疗费等门诊报销基金）。

4. **住院报销基金。**原则上按当年筹集基金的70%左右予以安排（主要为普通住院、按病种付费、特殊慢性病住院、意外伤害、住院分娩等报销基金）。

5. **结余基金。**累计结余基金（含累计风险金）不超过当年筹集基金的25%。

三、省内协议医疗机构分类

省内城乡居民医保协议医疗机构分为五类，分类设置住院报销起付线及政策性报销比例。

Ⅰ类：县内乡镇卫生院。

Ⅱ类：县医院、中医院、康平医院。

Ⅲ类:池州市人民医院和省内市级以下协议管理的定点医院。

Ⅳ类：省级医院和其他省内外定点医院。

Ⅴ类：暂停协议或定点资格的医疗机构以及已完成注册登记但未与统筹地区签订协议的医疗机构。

四、住院报销

（一）贫困人口报销政策

1. 门诊报销

（1）普通门诊。贫困人口在县域内医疗机构门诊就诊，免起付线，在年度限额内实际报销比提高至70%（不含一般诊疗费）。年度报销次数、报销限额等提高至普通人口的2倍。

（2）常见慢性病门诊。病种为：1. 高血压（Ⅱ、Ⅲ级）；2. 心脏病并发心功能不全；3. 冠心病；4. 心肌梗死；5. 脑出血及脑梗死（恢复期）；6. 慢性阻塞性肺疾病；7. 慢性溃疡性结肠炎；8. 慢性活动性肝炎；9. 慢性肾炎；10. 糖尿病；11. 甲状腺功能亢进；12. 甲状腺功能减退；13. 癫痫；14. 帕金森病；15. 风湿（类风湿）性关节炎；16. 重症肌无力；17. 结核病；18. 免疫性血小板减少性紫癜；19. 硬皮病；20. 晚期血吸虫病；21. 银屑病；22. 白癜风；23. 艾滋病机会性感染；24. 白塞氏病；25. 强直性脊柱炎；26. 肌萎缩；27. 支气管哮喘；28. 精神障碍（非重性）；29. 肾病综合征；30. 结缔组织病；31. 脑性瘫痪（小于7岁）；32. 克罗恩病；33. 干眼症、34. 干燥综合症；35. 重症肌无力。

贫困人口在县域内医疗机构门诊就诊，免起付线，在年度限额内按病种实际报销比提高至75%。

（3）特殊慢性病门诊。36. 再生障碍性贫血；37. 白血病；38. 血友病；39. 精神障碍（重性）；40. 恶性肿瘤放化疗；41. 慢性肾衰竭（尿毒症期）；42. 器官移植抗排治疗；43. 心脏瓣膜置换术后；44. 血管支架植入术后等；45. 肝硬化（失代偿期）；46. 肝

豆状核变性；47. 系统性红斑狼疮；48. 淋巴瘤骨髓瘤；49. 骨髓增生异常综合征。

贫困人口在省内医疗机构门诊就诊，免起付线，参照就诊医疗机构住院报销政策执行。

2. 住院报销

（1）起付线。贫困人口在县域内乡镇卫生院及县级医疗机构、市级医疗机构、省级医疗机构住院，起付线分别降至 100 元、300 元、500 元、1000 元；符合基本医保免起付线人群继续免起付线；年度内特殊慢性病患者在同一医疗机构多次住院的只计一次起付线。

（2）报销比例。贫困人口在乡镇卫生院、县级医疗机构、市级医疗机构、省级医疗机构住院治疗的合规医药费用分别按照 80%、70%、65%和 60%比例进行保底报销。特殊慢性病住院治疗以及按照要求逐级转诊的，保底报销比例分别提高 5%。

（3）封顶线。住院（含特殊慢性病门诊）报销年度累计封顶线不高于 25 万元。大病保险及目录内重大疾病按病种付费报销不列入年度封顶线计算基数。

3. 重大疾病按病种付费

贫困人口患目录内重大疾病，在市级、省级医疗机构住院治疗实行按病种付费，报销比提高到 70%。按照要求实行逐级转诊的，报销比再提高 5 个百分点。省、市级医疗机构按病种付费定点医院、定点病种、费用定额、特殊病例、结算流程等规定与基本医保保持一致。

4. 政府兜底

贫困人口在省内医疗机构发生的限额内门诊费用、住院（含特殊慢性病门诊）合规费用纳入政府兜底保障范围。按照基本医保、大病保险、医疗救助政策补偿后，贫困人口在省内县域内、市级、省级医疗机构就诊的，个人年度自付封顶额分别为 0.3 万元、0.5 万元和 1 万元，年度内个人自付合规费用累计超过个人自付封顶额时，超过部分的合规费用由政府兜底保障。个人自付封顶额按照贫困人口年度内就诊最高级别医疗机构确定。

5. 贫困人口在外省医院发生的门诊和住院费用按普通人员的报销政策执行，不享受上述各项优惠政策，不予兜底保障。

（二）家庭医生签约服务人群报销政策。按照《石台县 2018 年家庭医生签约服务包及收费标准》（石卫计〔2017〕161 号）文件执行。

（三）普通人员报销政策

1. **普通门诊医药费用报销。**报销比例为 60%，年人均报销限额不超过 100 元，在县、乡、村三级定点医疗机构均可实现就医时直接报销，当年有效。健康一体机中包含的心电图、尿常规、血糖等项目纳入签约服务包，门诊统筹报销不实行单次结算。

2. **大额门诊医药费用报销。**参保对象在二级以上医疗机构发生的门诊费用（不含检查费、材料费、单方复方均不可报销的中药饮片费用）予以报销，起付线为 500 元，报销比例为 40%，年度最高报销限额不超过 1500 元，报销时需提供门诊病历。

3. **慢性病门诊医药费用报销。**慢性病病种与贫困人口慢性病病种完全一致，报销比例为 60%，不设起付线，每人年度最高报销限额不超过 3000 元，对症治疗的自费药品按 40%保底进行报

销。

再生障碍性贫血、白血病、血友病、重性精神病、恶性肿瘤放化疗、慢性肾功能不全透析治疗、器官移植抗排治疗、心脏换瓣膜术后、血管支架植入术后等特殊病种的大额门诊治疗费用比照门诊就诊最高类别医院住院报销比例执行。

4. **住院起付线。**省内各定点医疗机构起付线由省卫计委根据各医疗机构 2017 年度次均住院费用等重要指标分别确认,信息系统自动识别，乡镇卫生院起付线 150 元，省外医院按住院费用总额的 25%计算起付线。五保户住院报销不设起付线，重点优抚对象、重度残疾人（持第二代残疾人证）、计生特扶对象、低保户仅免除年度内首次住院起付线。恶性肿瘤放化疗等需要分疗程间段多次住院的特殊慢性病患者、白血病患者、脑瘫康复治疗患者等在同一医院多次住院治疗的，只设一次起付线（预警医院除外）。

五保户、重度残疾人（持第二代残疾人证）、计生特扶对象、重点优抚对象和低保户身份属性在 2018 年筹资结束时一次性确认，具体名单由县民政局、残联、卫计委提供，年度中期新增人员不予调整。

5. **住院报销比例。**省内五类医疗机构住院的可报费用的报销比例见下表:

机构分类	Ⅰ类	Ⅱ类	Ⅲ类	Ⅳ类	Ⅴ类
各类主要所指	县内乡镇卫生院	县医院 中医院 康平医院	池州市人民医院及省内协议医院	省级医院及省内外非协议医院	被处罚的医院
起付线	≥150 元	≥400 元	≥500 元	≥700 元	≥800 元
报销比例	90%	85%	80%	75%	55%
注：国家基本药物、安徽省基药补充药品、医保药品目录内中药（含有批准文号的中药制剂）、医保诊疗项目目录内中医诊疗项目的报销比例，报销比例增加10%。					

6. 省外普通住院报销

（1）省外非预警医院住院报销。按当次住院费用的 25%计算起付线，最低不少于 1000 元，最高不超过 2 万元，报销政策比照省内Ⅳ类医疗机构执行。

（2）省外预警医院（具体名单由省农合办公布）住院报销。参保对象到省外预警医院住院，首次申报住院报销时，医保中心须履行预警医院名单及其报销政策告知义务并经参保患者或家属签字确认。在患者或家属获得该项政策信息之前，住院费用扣除起付线后按 40%给予报销，再次住院费用城乡居民医保基金不予支付。省外预警医院住院的一切费用，均不计入大病保险合规费用范围。

（3）跨省转诊患者通过国家新农合平台实现联网即时的结报普通住院报销。经国家新农合平台开展跨省即时结报的，执行就医地诊疗、材料和药品等医保目录，执行全省统一的报销政策。

按照当次住院费用的 25%计算起付线,最低不少于 1000 元，最高不超过 2 万元。按照定点医疗机构所在省的新农合或城镇居民基本医保报销目录由医疗机构 HIS 系统自动计算可报销费用（即政策内费用）。执行定比报销及分段保底报销政策，定比报销按政策内报销比例 60%执行，即报销额=（可报销费用－起付线）× 60%；分段保底报销按起付线至 5 万元间费用保底报销比例为 40%，5 万元至 10 万元间费用保底报销比 45%，10 万元以上费用保底报销比 50%。按照就高不就低原则，上述两种方法以较高的测算报销额作为实际报销额。

7. **封顶线。**住院报销封顶线（患者当年住院获得报销的累计最高限额）为 25 万元。

8. **按病种付费报销。**实行按病种付费的住院患者报销，不设起付线，不设封顶线，不受药品目录及诊疗项目目录限制，基金实行定额报销。按病种付费重大疾病患者的定额报销费用不计入当年城乡居民医保封顶线计算基数。

9. **保底报销。**住院治疗超过起付线的医药费用，实行保底报销并分段进行计算：起付线至 5 万元（含 5 万元）段，保底报销比例为 40%；5—10 万元（含 10 万元）段，保底报销比例为 50%；10 万元以上的部分保底报销比例为 60%。

10. **住院分娩定额补助。**参保产妇住院分娩（含手术产）定额补助 800 元。分娩合并症、并发症可报销费用 1 万元以下的部分按 40%比例给予报销，1 万元以上的部分按同级医院疾病住院报销比例执行，不享受定额补助。

11. **血透病人透析费用报销。**血透病人在县医院和池州市第

一人民医院、池州市第二人民医院发生的基本透析费用，按80%比例予以报销，不扣起付线，其他辅助治疗项目按慢性病政策报销。

12. **意外伤害住院报销。**

（1）对有责任的各种意外伤害（如交通肇事导致的他伤和自伤、刀枪伤、搏斗伤、在工厂（场）或工地作业时负伤等）不予报销。

（2）对无责任的意外伤害，其住院医药费用中可报销费用起付线以上的部分按40%比例给予报销，最高报销额不超过2万元。再次住院发生的相关住院费用，仍按首次住院报销政策执行。

（3）因见义勇为、执行救灾救援等公益任务负伤住院、蛇咬伤、蜂蛰伤、溺水或70周岁（以2018年1月1日为限）以上老人无他方责任意外伤害住院的，按普通疾病住院报销政策执行。见义勇为、执行救灾救援等公益任务负伤住院申请报销者须提供县政府相关部门出具的情节证据，无他方责任伤害者报销时需提供受伤过程证明。

（4）参保对象本人或家属应在意外伤害发生三个工作日内（县外可延至7个工作日内）到国元农业保险公司石台县支公司填写意外伤害登记表进行报案登记。未及时报案、受伤原因与报案受伤原因不一致或调查后不符合报销条件的，均不予报销。

（5）意外伤害报销须提供当次外伤住院医药费用发票原件、意外伤害事情经过证明、当地村委会和乡镇合管站签署证明意见。兑付意外伤害住院报销款之前，应将拟报销者的姓名、年龄、性别、住址、发生时间、地点和详细经过、经治医疗机构、住院医

药费用、拟报销额等情况公示 15 天。公示结束后，经国元农业保险公司石台县支公司审核后方可报销。

（6）意外伤害报销后，被举报且经查不符合报销的，县城乡居民基本医疗保险管理中心负责追回报销款。确实不能及时追回的，将通过法律手段予以解决。

五、大病保险报销

（一）人均筹资标准。2018 年，城乡居民大病保险人均筹资标准提高至 35 元。

（二）盈利率。遵循“保本微利”的原则，2018 年城乡居民大病保险盈利率控制在 2.5%以内。

（三）起付线。起付线为 1.5 万元。

（四）分段报销比例。大病保险合规可报销费用分费用段设定报销比例，各费用段报销额累加得出大病保险总报销额。

大病保险合规可报销费用分段报销比例

费用分段	报销比例（%）
0—5 万（含 5 万）	55%
5—10 万（含 10 万）	65%
10—20 万（含 20 万）	75%
20 万以上	80%

（五）封顶线。省内就医大病保险报销不设封顶线。省外就医为 20 万元。

（六）大病保险其他报销政策。继续按 2017 年度大病保险实施方案执行。

六、转诊

（一）县域内医疗机构间转诊。下级医疗机构住院患者转诊至上级医疗机构的，只设上级医疗机构起付线；上级医疗机构住院患者转诊至下级医疗机构的，免除下级医疗机构起付线。

（二）转诊到省内省级医院就诊。经县城乡居民医保经办机构转诊的，政策性报销比例提高 5%。未经转诊的（急诊急救除外），报销待遇不变。

（三）转诊到省外医疗机构就诊。未经批准转诊的，政策性报销比例下降 10%。但以下三类情形之一者除外：在省外医院就诊住院前 3 个月内，因同一疾病在省内三级医院有过住院记录或新农合报销记录的；因急诊、急救在省外医院就近住院的；省外务工或省外常住人员在省外医院就近住院的。报销时应提供相应证据性材料，主要为用工单位开具的务工证明，务工者居住证，自营业者的营业执照、房产证、长期租房合同或其它有效证据材料。

七、其他报销

（一）新生儿出生当年，随父母自动获取参保资格并享受城乡居民医保待遇，第二年起按规定缴纳参保费用。父母亲仅一方参保的，新生儿发生的医药费享受一半报销待遇；父母亲均未参加的，新生儿不享受报销待遇。

（二）城乡居民医保基金支付部分费用的特殊检查治疗类项目。其中，单价超过 5000 元的特殊检查治疗类项目，皆以单价 5000 元计算，按 80%计入可报销费用。省物价部门规定可单独收费的医用材料（政策规定不予支付的医用材料除外），单价 50 元以上国产医用材料费用按照 80%、进口医用材料费用按照 60%计

入可报销费用。

（三）入院前、外院检查费用。参保患者在县域内医院住院，入院前三天内的、该院的、本次住院疾病相关的外院门诊检查费用计入当次住院费用一并计算和报销。

（四）参保残疾人的假肢和助听器等报销比例为 50%（不设起付线），最高补助额每具大腿假肢为 1700 元、每具小腿假肢为 800 元，7 周岁以下听力障碍儿童配备助听器每只为 3500 元。10 周岁以下苯丙酮尿症患儿定点治疗费用报销比例为 50%。

（五）计划生育特殊困难家庭（指独生子女三级以上残疾或死亡且未再生育或收养子女的家庭）城乡居民医保报销，按照省卫计委、省人社厅《关于做好计划生育特殊困难家庭医疗扶助工作的通知》（皖卫办〔2014〕6 号）执行。

（六）捐赠器官移植手术的参保对象住院医药费用（不含器官源或组织源费用以及院外配型、检测检验、运输、储存等相关费用）纳入城乡居民医保基金支付范围，按同类别医院住院报销政策执行。

（七）自行购买商业医疗保险的参保患者在非即时结报的定点医疗机构住院，可凭住院医药费用发票复印件和保险公司结报单据等材料申请报销，城乡居民医保基金报销待遇与未购买商业医疗保险的参保患者同等对待。同时参加两种及两种以上国家基本医疗保险制度的参保患者，凭医药费用发票原件申请报销，不予重复报销。

（八）参保年度同一病人在属于Ⅰ类、Ⅱ类、Ⅴ类的同一医疗机构住院原则上不超过 4 次。5 次以上的住院患者，由城乡居

民医保中心审查判定其合理性和必要性。对不合理、不必要的住院，由收治医院承担患者的住院报销费用（须分疗程间断多次住院治疗的病种例外）。Ⅰ类、Ⅱ类、Ⅴ类医疗机构收治住院病人，单次住院治疗时间不得超过20天，20天之后未出院的住院费用由收治的医疗机构承担，患者同样的病情再次到同一家医疗机构住院间隔期不得少于20天，上述情况如有特殊，经专家组审定并报主管部门审批后可由城乡居民医保基金承担。

（九）严格控制“三费”（检查费、材料费和药品费）过快上涨。2017年县医院、中医院、乡镇卫生院和康平医院的“三费”与上年同比涨幅应控制在5%以内，超过“三费”控制涨幅以上的部分从即时结报回款中扣减。省、市级定点医疗机构“三费”控制指标及次均“三费”同比涨幅按照省农村合作医疗管理办公室通报情况由城乡居民医保经办机构与各医疗机构进行清算。按病种付费执行支付方式改革的新农合住院病例不纳入“三费”统计与计算范围。

八、报销时间

参保对象足额缴纳资金后，在每年度1月1日至12月31日期间内发生的医药费用凭医保卡及时到定点医疗机构或县城乡居民医保中心报销，特殊情况可延续到次年2月底，逾期不予报销。

本方案自2018年1月1日起实施，由县卫计委负责解释。

抄送：县委机关局级以上单位，县人大常委会办公室，县政协办公室，
县法院、检察院，人武部政工科。