

太和县新型农村合作医疗管理委员会文件

太合管委〔2017〕12号

关于印发《太和县城城乡居民基本医保和大病保险 统筹补偿方案（2018版）》的通知

各定点医疗机构、城乡居民基本医保管理经办机构：

现将《太和县城城乡居民基本医保和大病保险统筹补偿方案（2018版）》印发给你们，请遵照执行。

太和县新型农村合作医疗管理委员会

2017年12月26日



太和县城城乡居民基本医保和大病保险统筹补偿方案

(2018 版)

一、指导思想

以省政府全面深化医药卫生体制综合改革试点方案为指导，根据上年度城乡居民基本医保运行情况和本年度筹资水平，量入为出，在基金可承受范围之内，支持县域医共体运行，引导参保患者合理就医，控制“三费”不合理增长，逐步提高保障水平，努力缓解因病致贫、返贫现象的发生。根据《安徽省新型农村合作医疗和大病保险统筹补偿指导方案（2018 版）》（卫基层秘〔2017〕558 号）文件，制定本方案。

二、基本原则

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

（二）支持分级诊疗。着力引导参保城乡居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，支持县域医共体建设。

（三）保障大病待遇。引导患者优先在省内医疗机构住院；确需到省市级大医院诊治的疑难重病，适度提高其实际补偿比例，切实减轻大病患者经济负担。

三、基金用途

城乡居民基本医疗保险基金原则上只能用于参保居民

医药费用的补偿，除可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。县域医共体实施地区，基金按人头预算管理，具体按省政府《关于全面推进县域医疗共同体建设的意见》等有关文件执行。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基本医保基金中支付。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基本医保基金补偿范围及保底补偿范围。

城乡居民基本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，保持累计风险金在当年筹集资金的10%水平。自2017年起，暂停提取新农合省级风险基金，由本县自行管理新增筹资部分的风险基金；已提取的省级风险基金暂保留在省财政专户。

2、大病保险基金。人均33元从当年筹集资金中予以安排。

3、门诊补偿基金。按提取风险金后的当年筹集资金×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、家庭医生签约服务包、一般诊疗费等门诊补偿基金。

4、住院补偿基金。原则上，按提取风险金后的当年筹集基金×75%左右予以安排。即为普通住院、按病种付费、

特殊慢性病住院、按床日付费、意外伤害、住院分娩等补偿基金。

5、结余基金。原则上，当年基金结余（含当年预留风险金）不超过当年筹集基金的 15%或累计结余基金（含累计风险金）不超过当年筹集基金的 25%。

四、省内协议医疗机构分类

省内城乡居民基本医保协议医疗机构分为五类，分类设置住院补偿起付线及政策性补偿比例。

I类：乡镇卫生院及在乡镇（不含城关镇）执业的一级医疗机构。

II类：在乡镇执业的二级医疗机构、在县城执业的二级以下（含二级）医疗机构和市辖区的区直医疗机构。上年度次均住院医药费用水平已经超过全省县人民医院平均水平的 I 类医院。

III类：在省辖市城区执业的二级以下（含二级）医疗机构和省属二级医疗机构；被评定为“三级医院”的县级医院；上年度次均住院医药费用水平已经超过全省市属二级医院平均水平的 II 类医院。

IV类：在省辖市城区执业的三级医院（含省市属三级医院、社会办三级医院；含三级综合和三级专科）；上年度次均住院医药费用水平已经超过全省市属三级医院平均水平的 III 类医院。

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。

五、住院补偿

(一) 普通住院补偿

1、省内普通住院补偿

(1) 起付线

各医疗机构起付线，继续按照 2017 年规定标准执行，县内各乡镇卫生院住院起付线为 150 元，其余各级医疗机构起付线按省卫计委文件执行。

新增注册登记类协议医疗机构，在没有基础数据以前，省级三级、二级暂分别按照 2000 元、1500 元，市级三级、二级、一级分别按照 1500 元、1000 元、500 元，县级三级、二级、一级分别按照 900 元、600 元、400 元设置起付线。

新增注册登记类但未签订协议医疗机构，按照当次住院费用 × 25% 设置起付线，最高不超过 2 万元。

多次住院，分次计算起付线，起付线以下费用个人自付。五保户住院补偿，不设起付线。重点优抚对象及低保对象住院补偿，免除参合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（省外医院除外）。

(2) 补偿比例

普通住院不分段补偿比例

医疗机构	I 类	II 类	III 类	IV 类	V 类
政策性补偿比例	90%	85%	80%	75%	55%

有关说明：
① 国家基本药物、安徽省基药补充药品、新农合药品目录内中药（含有批准文号的中药制剂）、新农合诊疗项目目录内中医诊疗项目的报销比例，表 1 中比

例增加 10 个百分点。

② 非即时结报的省内城乡居民基本医保定点医院，表 1 中比例可下调 5 个百分点。

③ 上年度县外住院人次超过 25%或上年度基金支出占累计基金的比例超过 80%的县，表 1 中 III、IV 类医院比例可下调 5 个百分点。

(3) 住院保底补偿

保底补偿是指：按前文描述的住院补偿规定计算的实际补偿所得金额与住院总费用减起付线的余额相比，如低于保底补偿比例 Y，则按（住院总费用-起付线）× Y 计算其补偿金额。为着力引导病人首选县域内医疗机构住院，实现基层首诊，县内 I、II 类医疗机构住院医药费用实行保底补偿，保底补偿比例设定为 80%、70%。III、IV 类医疗机构住院医药费用实行分段保底补偿。

III、IV 类医疗机构住院费用分段保底补偿比例（Y 值）

住院费用段	5 万元以下段	5—10 万元段	10 万元以上段
保底补偿比例	40%	50%	60%

有关说明：
① 保底补偿，不受新农合报销药品以及诊疗项目等目录限制。
② V 类医疗机构、重点监控医疗机构及预警医院住院患者不执行保底补偿。

(4) 封顶线

参保患者当年住院（含省外）及特殊慢性病门诊获得补偿的累计最高限额（不含大病保险补偿）提高到 30 万元。

2. 省外非即时结报普通住院补偿

(1) 省外非预警医院住院补偿。按照当次住院费用的 25% 计算起付线，最高不超过 2 万元。政策内报销比例定为 70%，即补偿额 =（可补偿费用 - 起付线）× 70%。同时执行分段保底补偿政策，即按照起付线至 5 万元间费用保底补偿比

40%、5 万元至 10 万元间费用保底补偿比 45%、10 万元以上费用保底补偿比 50%。按照就高不就低原则，上述两种方法以较高的测算补偿额作为实际补偿额。

省外非预警医院（非即时结报）发生的特需医疗费用、城乡居民基本医保基金支付部分费用的特殊检查治疗类项目单价超过 5000 元以上的费用、器官源和组织源费用、非《全国医疗服务价格项目规范（2012 年版）》与《安徽省医疗服务价格》规定的医疗服务项目费用、非真实合理医疗费用等不纳入保底补偿计算基数。

对于省内医院已经实行按病种付费的病种，探索按照城乡居民基本医保基金支付省内医院的定额标准，实行“同病同价”定额补偿，具体方案（含大病保险）另文下发。紧邻外省的周边地区参保城乡居民在紧邻的省外医疗机构住院，可参照省外非预警医院住院补偿规定，也可由统筹地区自行制定补偿办法。

（2）省外预警医院住院补偿。参保城乡居民到预警医院住院，首次申报住院补偿时，统筹地区经办机构须履行预警医院名单及其补偿政策告知义务并经参保患者或家属签字确认知情。在患者或家属获得该项政策信息之前，其真实合理的住院费用按照（住院医药费用-起付线）×40%给予补偿，住院起付线分次计算，起付线计算方法同省外非预警医院。在患者或家属获得告知信息并签字确认知情后，仍然前往预警医院住院的，城乡居民基本医保基金不予补偿。省外预警医院住院（首次申报补偿除外）的一切费用，均不计入

城乡居民基本医保大病保险合规费用范围。省外预警医院名单由省卫生计生委公布，本县也可确定并增加名单。

3. 跨省转诊患者通过国家新农合平台实现联网即时结报普通住院补偿。

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，执行全省统一的补偿政策。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 系统自动计算可补偿费用（即政策内费用）。政策内报销比例定为 60%，即补偿额 =（可补偿费用 - 起付线）× 60%。同时执行分段保底补偿政策，即按照起付线至 5 万元间费用保底补偿比 40%、5 万元至 10 万元间费用保底补偿比 45%、10 万元以上费用保底补偿比 50%。按照就高不就低原则，上述两种方法以较高的测算补偿额作为实际补偿额。

（二）住院分娩补偿

参保产妇住院分娩（含剖宫产）定额补助 800 元。妊娠或分娩合并症、并发症，其可补偿费用的 1 万元以下的部分按 40% 的比例给予补偿，1 万元以上的部分按同类别医院住院补偿政策执行，但不再享受定额补助。

（三）按病种付费住院补偿

实行按病种付费的住院患者补偿，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，城乡居民基本医保基金实行定额补偿。按病种付费重大疾病患者的定额补偿

费用不计入当年城乡居民基本医保封顶线计算基数。按病种付费补偿政策另文规定。

(四) 意外伤害住院补偿

1、交通事故导致的他伤和自伤、刀枪伤、搏斗伤、酗酒、吸毒、服毒、猫抓、狗咬伤、在工厂(场)或工地作业时负伤等情形,城乡居民基本医保基金不予补偿。

2、因见义勇为或执行救灾救援等公益任务而负伤住院,按普通住院补偿政策执行,申请补偿者须提供县级或县级以上政府相关部门出具的情节证据。

3、非上述两类情况的意外伤害。原则上,其住院医药费用中的可补偿费用的起付线以上部分,按40%的比例给予补偿,单次封顶2万元,不实行保底补偿。

有关说明:

① 申请外伤住院补偿均须提供其身份证、当次外伤住院医药费用发票原件和病历复印件(加盖经治医院公章),并如实填写《太和县城城乡居民基本医保意外伤害补偿申请表》和《太和县城城乡居民基本医保意外伤害补偿公示表》,以供城乡居民基本医保经办机构或保险公司对外伤责任关系进行调查备用。

② 兑付意外伤害住院补偿款之前,应履行必要的调查手续和必须的公示程序,结论清楚,无异议、无举报,按规范程序集体审议、批准后发放补偿款。

③ 意外伤害患者首次出院后因本次意外伤害再住院所发生的费用,其补偿待遇仍按首次住院补偿政策执行。

④意外伤害住院补偿不实行即时结报。

六、门诊补偿

(一) 常见慢性病门诊补偿

常见慢性病门诊补偿不设起付线，其可补偿费用的补偿比例为 50%，年度补偿总额上限为 4000 元（建档立卡贫困人口执行《太和县农村贫困人口综合医疗保障制度实施方案》）。

常见慢性病范围包括：1. 高血压（Ⅱ、Ⅲ级） 2. 肾病综合征 3. 心脏病并发心功能不全 4. 冠心病 5. 心肌梗塞 6. 脑出血及脑梗塞恢复期 7. 慢性阻塞性肺气肿及肺心病 8. 慢性溃疡性结肠炎 9. 慢性活动性肝炎 10. 慢性肾炎 11. 糖尿病 12. 甲状腺功能亢进 13. 甲状腺功能减退 14. 癫痫 15. 帕金森氏病 16. 风湿（类风湿）性关节炎 17. 重症肌无力 18. 结核病 19. 免疫性血小板减少性紫癜 20. 硬皮病 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. 慢性支气管哮喘 28. 脑瘫（小于 7 岁） 29. 精神障碍（非重性） 30. 结缔组织病 31. 腰椎间盘突出 32. 股骨头坏死 33. 骨与关节结核 34. 严重阿尔茨海默病 35. 丹毒 36. 痛风。

(二) 特殊慢性病门诊补偿

特殊慢性病患者的门诊费用补偿，可定期累计，执行门诊就诊最高类别医院普通住院补偿政策（含保底补偿政策）。

特殊慢性病范围包括：1. 再生障碍性贫血 2. 白血病

3. 血友病 4. 重性精神病 5. 恶性肿瘤放化疗 6. 慢性肾功能不全透析治疗 7. 器官移植抗排治疗 8. 心脏换瓣膜术后 9. 血管支架植入术后等 10. 肝硬化(失代偿期) 11. 肝豆状核变性 12. 系统性红斑狼疮 13. 淋巴瘤骨髓瘤 14. 骨髓增生异常综合征 15. 透明肺 16. 耐多药肺结核病。

上述常见慢性病和特殊慢性病的门诊费用是指针对该病必须(或专用)的药品、检查和治疗项目的费用,其鉴定和认定程序要严格按照《安徽省新型农村合作医疗慢性病及特种疾病鉴定程序和管理办法》执行。

(三) 普通门诊补偿

门诊补偿严格实行“按比例补偿”的费用分担共付机制。单次门诊的可补偿费用(不含一般诊疗费)的补偿比例为50%(含对国家基本药物和安徽省补充药品以及《目录》内中药增加的补偿比例),以户为单位年度补偿金额封顶,户内人员门诊费用可调剂使用。

门诊补偿: 1. 每人每年门诊报销封顶线为270元。建档立卡贫困人口每人每年门诊报销封顶线为540元,户内家庭成员之间可调剂使用。2. 门诊费用补偿不设起付线,每人每天就诊补偿仅限一次。单次门诊处方费用封顶(包括一般诊疗费): 中心卫生院为75元,普通卫生院为55元,村卫生室为25元。3. 家庭成员中每有1位60岁以上老人,在原来基础上报销封顶金额提高50元。当年未达到封顶金额的剩余费用可滚存至下年度使用,但不允许提取现金。

健康一体机中包含的心电图、尿常规、血糖等项目必须纳入签约服务包，城乡居民基本医保门诊统筹补偿不实行单次结算。

七、大病保险补偿

(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到33元。

(二) 盈利率。遵循“保本微利”的原则，合理确定城乡居民大病保险盈利率。2018年，城乡居民大病保险盈利率按2%测算。

(三) 起付线。根据基金承受能力，2018年确定大病保险起付线为1.1万元，并依据基金运行情况进行动态调整。

(四) 分段补偿比例。大病保险合规可补偿费用分费用段设定补偿比例，各费用段补偿额累加得出大病保险总补偿额。

大病保险合规可补偿费用分段补偿比例

费用分段	补偿比例 (%)
0-5万	55%
5-10万	65%
10-20万	75%
20万以上	80%

(五) 封顶线。原则上，省内就医大病保险补偿不设封顶线。省外就医（是指参保年度累计大病保险合规可补偿费用中含有省外医疗机构医药费用的患者）设年度大病保险补偿封顶线20万元。

(六) 其余相关政策。继续按照县合管委《2017年度

太和县城城乡居民基本医保大病保险统筹补偿实施方案》(太合管委〔2017〕4号)文件执行。

八、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) **转诊到省内省市级医院就诊。**经县级医疗机构或县城城乡居民基本医保管理经办机构转诊的,政策性补偿比例可提高5个百分点。未经转诊的(急诊急救除外),原则上补偿待遇不变。

(三) **转诊到省外医疗机构就诊。**未经转诊的,政策性补偿比例以及保底补偿比例下降15个百分点。但以下三类情形之一者须除外:

① 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城乡居民基本医保补偿记录。

② 因急诊、急救在省外医院就近住院。

③ 省外务工或省外常住人员在省外医院就近住院。须提供下列证据性材料之一: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、房产证或长期租房合同或其它可信的证据材料。

九、其他补偿或规定

(一) 新生儿出生当年未提前参保,其父母均参加基本医保的自动获取参保资格并享受城乡居民基本医保补偿待

遇(生育并发症报补),自第二年起按规定缴纳参保费用方可享受参保年度正常补偿待遇。

(二)以安徽省药物、医疗服务政策价格作为基础标准,当非公医疗机构收费超出基础标准时,以基础标准作为城乡居民基本医保支付参考价(系统设置最高限价)。

(三)城乡居民基本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元的任何特殊检查治疗类项目,一律按单价5000元计算(系统设置最高限价)。特殊检查治疗项目费用按80%计入可补偿费用。

(四)城乡居民基本医保支付范围内的限制临床应用的第三类医疗技术(造血干细胞移植治疗技术除外)以及2015年后新增检查治疗类项目费用,直接按照60%计入可补偿费用。

(五)省物价部门规定可单独收费的医用材料。除城乡居民基本医保规定不予支付的医用材料外,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%计入可补偿费用。

(六)院外检查。患者在县域内医院住院,住院期间因缺乏相应检查设备需要到外院检查的,所发生的检查费用纳入当次住院费用,一并按政策规定报销。有条件的县外医院参照执行。

(七)院前检查。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门诊检查费用计入当次住院费用一并计算和补偿。有条件的县外医院参照执

行。

(八) 参保残疾人的假肢和助听器等补偿比例为 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, 参合 7 周岁以下听力障碍儿童配备助听器每只为 3500 元。

(九) 计划生育特殊困难家庭城乡居民基本医保补偿, 按照省卫生计生委、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)文执行。

(十) 捐赠器官移植手术的参保供者住院医药费用(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)纳入城乡居民基本医保基金支付范围, 按同类别医院住院补偿政策执行。

(十一) 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补偿, 城乡居民基本医保补偿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, 原则上凭医药费用发票原件申请补偿, 不得重复报销。

(十二) 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。达到 5 次以上的住院患者, 由县域医共体牵头医院或城乡居民基本医保管理经办机构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补偿费用。但须分疗程间断多次住院治疗的病种例外。

(十三)建档立卡贫困人口医保补偿政策继续按照《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)及市、县相关文件执行。

十、有关要求

(一)凡是本方案已作明确规定的重点内容,各定点医疗机构必须严格执行。

(二)各定点医疗机构应将补偿方案在显著位置张贴,着力引导参保居民首选当地基层医疗机构就诊,理性选择定点医疗机构就诊,减少医疗广告对参保居民就医的误导。

(三)县卫生计生委及城乡居民基本医保管理经办机构要及时组织定点医疗机构负责人学习新方案精神,理解新方案中的定点医疗机构分类、起付线设计的重要意义,努力控制住院费用不合理增长、减少不可报药品和诊疗项目的使用、努力提高可补偿费用的比例,把城乡居民的利益与医疗机构自身的利益融为一体。

(四)本方案由县卫生计生委负责解释。以前城乡居民基本医保政策文件规定与本方案不一致的,以本实施方案为准。

(五)本方案从2018年1月1日起执行。