

界首市人民政府办公室文件

政办〔2017〕82号

界首市人民政府办公室关于印发界首市2018年城乡居民医疗保险统筹补偿实施方案的通知

各乡、镇、街道，安徽阜阳界首高新技术产业开发区管委会，市直有关单位：

《界首市2018年城乡居民医疗保险统筹补偿实施方案》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。



界首市 2018 年城乡居民医疗保险统筹补偿实施方案

第一章 总则

第一条 为巩固和发展城乡居民医疗保险制度，让参保居民得到更多的实惠，增强居民抵御重大疾病风险的能力，防止因病致贫、因病返贫，进一步提高我市城乡居民健康水平，根据安徽省人民政府《关于印发安徽省深化医药卫生体制综合改革试点方案的通知》（皖政〔2015〕16号）、省卫计委《转发国家卫生计生委、财政部关于做好2015年新型农村合作医疗工作的通知》（卫基层秘〔2015〕122号）、省卫计委《关于印发安徽省新型农村合作医疗统筹补偿指导方案（2016版）的通知》（皖卫基层〔2015〕25号）、《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）等文件精神，结合我市实际，制定本方案。

第二条 本方案所称的城乡居民医疗保险制度（以下简称“城乡居民医保”）是由政府组织、引导、支持，居民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，以大病统筹为主的医疗保险互助共济制度。

第三条 主要目标

（一）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，根据上年度我市城乡居民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，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。

（二）2018年全市城乡居民医保乡镇覆盖率达100%，参保人口覆盖率达96%以上。

第四条 基本原则

(一) 着力引导参保居民一般常见病首先在门诊就诊；确需住院的，首选当地基层定点医院住院。

(二) 对必须到省市级大医院诊治的疑难重病，进一步提高实际补偿比例，切实减轻大病患者经济负担。

(三) 以收定支，收支平衡，略有节余；以住院补偿为主、完善支付方式改革、兼顾门诊受益面；相对统一，分类指导，尽力保障，规范运行。

第五条 各乡、镇、街道以及市财政、人社、卫生计生、农业、发改、民政、教育、统计、残联、市场监管、文广新等相关部门应当将医疗保险管理纳入社会事业发展规划和工作计划，实行目标管理，规范运作，民主监督。

第六条 各乡、镇、街道及城乡居民医保管理有关的单位和个人应遵守本方案；市医疗保障工作领导小组办公室负责组织本方案的实施。

第二章 参保对象及其权利和义务

第七条 参保对象

(一) 凡属本市户籍且未参加其它国家基本医疗保险的居民，按照自愿和属地化原则可以参加我市城乡居民医疗保险。在校学生和少年儿童随父母参加城乡居民医疗保险。

(二) 非本市户籍，但长期居住在我市，可参加我市城乡居民医疗保险。

(三) 预产期在2018年的胎儿父母，应提前为未出生的孩子缴纳

参保资金。

(四) 参保居民必须以户为单位(以户口簿所登记的人口数为单位,已婚但户口未迁移的也可计入对方家庭人口数参保,已参加城镇职工基本医疗保险或其他国家基本医疗保险的不计入该户人口数)全员参加,不得选择性参加。下列情况人员可不随户参加:

1. 应征入伍的;
2. 已离婚,户口未迁移的;
3. 正在劳教或服刑的。

(五) 已参加城镇职工医疗保险或其他国家基本医疗保险的,不应再参加城乡居民医保,城乡居民医保也不予重复报销。在职职工(含行政事业单位)子女凡未参加其它类型国家基本医疗保险的,可直接参加城乡居民医保。

(六) 应有政府资助的城乡特困人员、城乡低保户、重点优抚对象、艾滋病患者、建档立卡贫困人员等,分别由市民政局、市残联、市扶贫办等单位依据管理责任提供相关人员信息,由市医保办通知各乡镇街道予以免收。

第八条 参保居民的权利

(一) 享受城乡居民医疗保险补偿待遇。

(二) 享受城乡居民医疗保险管理与服务的知情权、建议权、选择权和监督权。

第九条 参保居民的义务

(一) 按时、足额以家庭为单位缴纳参保资金,参保居民个人缴费不属于加重居民负担。

(二) 如实向医疗经办机构、定点医疗机构提供个人相关信息。

(三) 遵守本方案和城乡居民医疗保险管理相关规定。

第三章 基金筹集与管理

第十条 医疗保险基金筹集由中央财政补助、省及县财政配套、居民个人缴纳三部分组成，2018年个人缴费标准为每年每人180元，中央、省及县三级财政配套标准按上级要求落实。

第十一条 有条件的乡镇街道、集体经济组织可对本地医疗保险给予适当扶持，鼓励社会团体和个人资助医疗保险。

第十二条 城乡特困供养人员、城乡低保人员、重点优抚对象、艾滋病患者、建档立卡贫困人口等个人应缴180元参保费用由政府全额资助。

第十三条 为减少城乡居民医疗保险筹资成本，积极探索稳定而长效的筹资机制，采取一切行之有效的办法做好筹资工作。参保居民于2017年12月31日前缴纳2018年度的参保费用，逾期不办，中途不退、不换。

第十四条 城乡居民基本医疗保险基金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。

城乡居民医保当年筹集基金与历年结余基金全部纳入统筹基金。统筹基金预算总额按以下五个部分进行分配：

(一) 风险基金。按当年新增筹资部分的10%预留风险金。

(二) 门诊补偿基金。原则上，按医共体按人头付费总额 $\times 20\%$ 予以安排，计算方法为付费总额为医共体参保人数 \times （人均筹资额 $-$ 人均新增筹资额 $\times 10\% - 35$ ） $\times 95\% \times 20\%$ 。含普通门诊、慢性病、大额门诊、村医签约服务包、一般诊疗费等城乡居民医保基金支付部

分。普通门诊个人按 180 元予以安排，其中 60 周岁以上老年人按 230 元 / 人予以安排（建档立卡贫困人员除外）。

（三）住院补偿基金。原则上，按医共体按人头付费总额 $\times 80\%$ 予以安排，计算方法为付费总额为医共体参保人数 \times （人均筹资额 - 人均新增筹资额 $\times 10\% - 35$ ） $\times 95\% \times 80\%$ 。即为普通住院、按病种（床日）付费、意外伤害、住院分娩、特殊病多疗程住院等补偿基金。

（四）大病保险基金。按人均 35 元左右予以安排，具体标准及大病保险补偿政策另文规定。

（五）结余基金。当年基金结余（含当年预留风险金）一般不超过当年筹集基金的 15%，累计结余一般不超过当年筹集基金的 25%。结余基金包含累计风险基金。

第十五条 城乡居民医疗保险基金实行收支两条线管理，专款专用，封闭运行。

第十六条 健全城乡居民医疗保险基金管理财务会计制度和内部审计制度。每年向社会公布一次城乡居民医疗保险基金收支使用情况，市审计部门每年对医疗基金收支和管理情况进行一次审计。

第四章 医疗费用补偿

第十七条 补偿时效

2018 年 1 月 1 日起至 12 月 31 日止，凭二代身份证（特殊原因另行规定）到定点医疗机构就医，并按规定享受相应的补偿治疗终结的医疗费，跨结算年度两个月以上的，无特殊原因不予结算。

第十八条 补偿范围

（一）基金支付范围

1. 支付普通住院补偿费用。
2. 支付住院分娩定额补偿费用。
3. 支付无他方责任意外伤害住院补偿费用。
4. 支付普通门诊补偿费用。
5. 支付慢性病门诊医疗补偿费用。
6. 支付大额普通门诊医疗补偿费用。
7. 支付大病保险补偿费用。
8. 支付其他补偿费用。

（二）医疗基金不支付以下费用

1. 应由政府另行安排资金的公共卫生服务项目；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医疗基金补偿范围及保底补偿范围。
2. 应当由责任方承担或赔偿的医药费用。
3. 已获其他基本医疗保障补偿的医药费用。
4. 出国以及出境期间所发生的一切医疗费用。
5. 省、阜阳市、我市规定的不予支付的其它医药费用。

第十九条 补偿标准

（一）住院补偿

1. 普通住院补偿

（1）补偿范围

①支付参保人员因病住院的医疗费用。主要包括住院期间发生的符合《国家基本药物》、《安徽省补充药品》和《安徽省新型农村医疗基本药品目录》规定的药品费、手术费、材料费、住院费、治疗费、化验费和检查费等（不含门诊医药费、陪护费、中药煎药费、交通

费、出诊费、伙食费、住院期间的杂费以及医疗诊疗项目范围以外的医疗费用)。

②支付参保人员因病住院时特殊检查或治疗类项目部分补偿费用。其中：可报范围内单价超过5000元的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。

③城乡居民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。

④省物价部门规定可单独收费的医用材料。除城乡居民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。

⑤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。

⑥院前检查。参保患者在县域内医院住院，入院前三天内的、上级医院或该院的、本次住院疾病相关的阳性门诊检查费用计入当次住院费用一并计算和补偿。

⑦门诊急诊急救不间断治疗，纳入当次住院补偿。

(2) 省内普通住院补偿

① 定点医疗机构分类

将省内医疗定点医疗机构分为五类，分类设置住院补偿比例以及起付线。

I类：乡镇卫生院及在乡镇执业的一级医疗机构。

II类：在县城执业的二级以下(含二级)医疗机构。2017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；被省卫计委评定为“三级医院”的县级医院；2017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）；2017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完成注册登记但未予医保经办机构签订协议的医疗机构。V类医疗机构不开展即时结报。

②起付线的设定

起付线根据省规定的计算公式计算，不同的医疗机构实行不同的起付线。I类医疗机构（乡镇卫生院）起付线经测算统一为150元。

II、III、IV、V类医疗机构起付线由省农村合作医疗管理办公室统一计算公布。

③补偿比例的确定

在省内五类医疗机构住院的可报费用的补偿比例见下表：

医疗机构分类	I类	II类	III类	IV类	V类
各类主要所指	乡镇一级	县城一级二级医院	城市一级二级医院	城市三级医院	被处罚的医院
起付线以上的报销比例	95%	90%	75%	70%	45%

注：1. 对《国家基本药物》、《安徽省补充药品》、新农合目录内中药（含有批准文号的中药制剂）、新农合目录内中医诊疗项目的报销比例，在表中报销比例的基础上增加10个百分点。2. 在省内非即时结报的定点医院住院费用的报销比例，比表中的比例下调5个百分点。3. 在非定点或被暂停、取消定点资格的医疗机构住院的费用医疗基金按V类医疗机构执行。

(3) 省外普通住院补偿

①省外非预警医院住院补偿。按照当次住院费用的20%计算起付线，最低不少于1000元，最高不超过1万元。可补偿费用政策性补偿比例及保底补偿比例参照本市IV类医疗机构比例执行。省外定点协议医院（武汉亚洲心脏病医院、上海远大心胸医院、东莞康华医院、浙江省第二人民医院）住院起付线为4000元，其可报费用补偿比例参照界首市规定的IV类医疗机构政策性报销比例执行。

②省外非预警医院住院执行保底补偿政策，享受大病补偿待遇。

省外预警医院住院补偿。在省外预警医院住院，一律按照当次住院费用的20%计算起付线，最低不少于5000元，最高不超过1万元。参保居民到预警医院住院，首次申报住院补偿时，医保办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，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（具体名单见附件1、附件2、附件3）。

(4) 住院补偿的有关规定

①《国家基本药物》、《安徽省补充药品》和《安徽省新型农村合作医疗基本药品目录（2012版）》全部纳入城乡居民医保补偿范围。基层定点医疗机构全部使用《国家基本药物》、《安徽省补充药品》和《安徽省新型农村合作医疗基本药品目录（2012版）》。定点医疗机构目录外用药费用占总药品费用的月度平均比重，县级定点医疗机构不

得超过 10%，省市级医疗机构不得超过 25%。对超过规定比例的目录外药费，由市医保办从其即时结报垫付款中扣除，返还市基金专户。

②参保患者住院实际补偿金额计算方法：第一步计算住院总费用中的可补偿费用（即剔除不符合补偿范围的费用），减去起付线后乘以补偿比例。第二步将住院总费用中的“国家基本药物”及“安徽省补充药品”费用 $\times 10\%$ 。第一步和第二步相加构成患者当次住院补偿金额。补偿金额与其当次住院总费用相比，如低于保底补偿比例，按“保底补偿”有关规定执行（详见后述），V类医疗机构不执行保底补偿。

③参保患者多次住院，分次计算起付线，起付线以下费用个人自付。五保户、重点优抚对象、城市三无人员等特殊人员，住院补偿不设起付线。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住院补偿年度内只收首次住院起付线（预警医院除外）。

④实行按病种付费的病种报销不执行此类规定，报销办法另行规定。

⑤选择合适的病种推行“同病同价”报销不执行此类规定，报销办法另行规定。

⑥医疗属于基本医疗保险，鉴于医疗基金承受能力及制度设计的公平性、普惠性原则，任何特殊情况下医疗基金支付的实际补偿比不得超过 85%。

（5）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补偿所得金额与住院总费用减起付线后的余额相比，如低于 $Y\%$ ，则按（住院总费用 - 起付线） $\times Y\%$ （保底补偿比例）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，县域医疗机构 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 类医疗机构住院费用分段保底补偿。各费用段的保底补偿比例如下：

住院费用段	5 万元以下	5—10 万元	10 万元以上
保底补偿比例	55%	60%	65%

注：1. 保底补偿不受新农合报销药品以及诊疗项目等目录的限制。2. 预警医院、V 类医疗机构不执行保底补偿政策；实行按病种付费的保底补偿比例不执行此表规定，另文规定。

省外非预警医院（非及时结报）发生的特需医疗费用、新农合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不纳入保底补偿计算基数。

2. 住院分娩补偿

参保产妇住院分娩，可享受定额补偿，其中平产（包括自然分娩、钳夹、侧切、胎头吸引、死胎、死产等）补助标准为 800 元，手术产（必须具有手术产指征）补助标准为 1100 元。孕产妇分娩期间出现产科并发症和合并症的，其可补偿费用的 1 万元以下的部分按 45% 的比例给予补偿，1 万元以上的部分按同级医院疾病住院补偿比例执行，但不再享受定额补助。所得补偿金不得超过实际医药费用。

3. 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医保封顶线计算基数。省、市、县级按病种付费补偿政策另文规定。

4. 意外伤害住院补偿（市外住院不实行即时结报）

（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、酗酒、吸毒、服毒、自杀、自残、在工厂（场）或工地作业时负伤等，医疗基金不予补偿。

（2）小于7周岁的儿童、大于70周岁的老年人，经调查无他方责任的参照同类别医院普通住院补偿政策执行。

（3）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以上政府相关部门出具的情节证据。

（4）申请外伤住院补偿均须提供其有效二代身份证、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《界首市城乡居民医保意外伤害调查公示表》，供有关单位调查使用。对所有无他方责任或难以认定有无他方责任的意外伤害，其住院医药费用起付线以上的部分，在界首市内发生并在市内定点医疗机构治疗的意外伤害，按30%的比例给予补偿，年度封顶1万元；在界首市外发生或治疗的意外伤害，按20%的比例给予补偿，年度封顶1万元；不实行保底补偿。兑付意外伤害补偿款之前，应认真填写外伤调查表，做好外伤公示。所有无他方责任符合此项政策的外伤，一律由乡、镇、街道、村进行审核、调查，确定符合意外伤害补偿规定后，在所在医疗机构办理即时结报手续。意外伤害首次出院后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。

（5）凡意外事件或可能涉及法律责任的伤害事故，首诊医生应详

细记录，不得刻意隐瞒导致本次就诊的原因。

(6) 兑付意外伤害住院补偿款之前，须将患者的姓名、年龄、性别、住址、IC 就诊卡号、受伤时间、地点和详细原因，经治医疗机构、住院医药费用、拟补偿额等情况公示一个月，接受举报。补偿后若接到举报或发现弄虚作假的，追回补偿金，并追究相关责任人责任。

(7) 意外伤害不执行保底补偿。

(二) 门诊补偿

1. 普通门诊补偿

(1) 普通门诊不设起付线，乡镇卫生院单次门诊可补偿费用（不含一般诊疗费）的补偿比例为 50%（含国家基本药物（2012 版）和安徽省补充药品增加的补偿比例）；村（居）卫生室单次门诊可补偿费用（不含一般诊疗费）的补偿比例为 50%（含同上）。

(2) 乡镇卫生院单次门诊补偿封顶额 35 元（不含一般诊疗费）；村（居）卫生室单次门诊补偿封顶额 20 元（不含一般诊疗费）；乡镇卫生院、村（居）卫生室次均门诊费用分别不得超过 70 元、40 元（不含一般诊疗费）。参保户年度内在乡、村级医疗机构普通门诊补偿总金额不得大于该户参保人数 *180 元，60 周岁以上的按 230 元计算，超额后，普通门诊费用医保基金不予报销。普通门诊补偿后不得再次纳入慢性病补偿。

(3) 乡镇卫生院为乡村门诊统筹管理的主体，各乡镇卫生院应加强对辖区内定点医疗机构药品采购使用及治疗的监管，确保门诊统筹基金的合理使用。

(4) 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，城乡居民医保门诊统筹补偿不实行单次结算。

(5) 建档立卡贫困人员另行规定。

2. 慢性病门诊补偿

(1) 常见慢性病 29 种：高血压（Ⅱ、Ⅲ级）、心脏病并发心功能不全、冠心病、心肌梗死、脑出血及脑梗死（恢复期）、慢性阻塞性肺疾病、慢性溃疡性结肠炎、慢性活动性肝炎、慢性肾炎、饮食控制无效的糖尿病、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、癫痫、帕金森病、结核病、免疫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、肌萎缩、支气管哮喘、精神障碍（非重性）、肾病综合征、结缔组织病、股骨头坏死、严重阿尔茨海默症。

(2) 特殊慢性病 20 种：系统性红斑狼疮、重症肌无力、风湿（类风湿）性关节炎、再生障碍性贫血、白血病、血友病、重性精神病、恶性肿瘤、慢性肾衰竭（尿毒症期）、器官移植抗排治疗、心脏换瓣膜术后、血管支架植入术后（一年内）、强直性脊柱炎、肝硬化（失代偿期）、肝豆状核变性、耐多药肺结核、脑瘫（小于 7 岁）、骨髓增生异常综合症、淋巴瘤、骨髓瘤。

(3) 慢性病的鉴定和认定程序严格按照《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。患慢性病的参保人员，由本人申请，凭本市二级及以上级别医院诊断的相关材料（诊断证明、病历、化验报告单等），经市城乡居民医疗保险慢性病专家委员会鉴定，报市医保办审批后领取“慢性病就诊证”，慢性病患者须进行年审，年审不符合的取消慢性病资格。

(4) 常见慢性病门诊补偿不设起付线，参保患者须持二代身份证和慢性病就诊证到规定的辖区内内公立定点医疗机构就诊，其可补偿费用的补偿比例为 75%，年度封顶 5000 元，可即时结报，也可本年度

累计结报。

(5) 特殊慢性病门诊不设起付线，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）。实际补偿比达不到55%的，按55%的保底补偿比例进行费用补偿，可随时结报，也可累计结报。

(6) 上述常见慢性病和特殊慢性病的可补偿费用是指针对该病所必须的（或专用的）药品、检查和治疗项目的费用。（将拉米夫定、阿德福韦酯、恩替卡韦、替比夫定、聚乙二醇干扰素注射剂五种治疗慢性病活动性肝炎药品纳入城乡居民医保慢性病药品报销范围）。

3. 大额普通门诊补偿

对参保居民在二级以上医疗机构（不含民营医院）发生的门诊费用（不含检查费、材料费、预警药品费、单方复方均不可报销的中药饮片费用）年度累计达到一定数额又不属于慢性病或特殊慢性病范畴内的。报补时，一律按照当次报补门诊费用的20%计算起付线，最低不少于600元，最高不超过2000元。起付线以上可报部分补偿比例为50%，年度封顶为5000元。

（三）大病保险补偿

参保患者在参保年度就诊治疗且已享受医疗普通住院补偿或者特殊慢性病补偿，医疗补偿后个人自付的住院费用及特殊慢性病门诊费用合规费用在起付线以上的部分，大病保险对其予以再次补偿，具体政策另文规定。

（四）建档立卡贫困户按《界首市农村贫困人口综合医疗保障制度实施方案》（界卫计办〔2016〕356号）执行。

（五）其他补偿或规定

1. 鼓励为年度内未出生婴儿提前缴纳城乡居民医保参保费用，如

未及时为新生儿参保且母亲已参保的，新生儿住院费用随母按分娩并发症报补，自第二年起按规定缴纳参保费用。

2. 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医保支付参考价（系统设置最高限价）。

3. 参保残疾人的假肢和助听器补助比例提高到50%（不设起付线），每具大腿假肢最高补助额为1700元，每具小腿假肢为800元。7周岁以下听力障碍参保儿童配备助听器每只为3500元。10周岁以下苯丙酮尿症参保患儿定点治疗费用为50%。

4. 计划生育特殊困难家庭城乡居民医保补偿，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）执行。

5. 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）纳入医保基金支付范围，按同类别医院住院补偿政策执行。

6. 自行购买商业医疗保险的参保患者在非即时结报定点医疗机构住院的，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，补偿待遇与未购买商业医疗保险的参保患者同等对待，但商业保险赔付额度与医保基金支付额度累计不得超过患者医疗总费用。

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，医疗补偿时凭发票原件进行补偿，不得重复报销。

7. 补偿封顶线

参保居民当年住院及特殊慢性病门诊获得补偿的累计最高限额为全年30万元。

第二十条 执行省、阜阳市新型农村合作医疗、城镇居民医保基

金不予补偿的项目政策。

第五章 参保患者就医和医疗费用结算程序

第二十一条 参保患者就医程序

(一) 城乡居民医保实行定点医疗机构就诊制度, 参保患者可自主选择市内定点医疗机构就诊, 因病情需要确需到上级医院治疗的, 应优先选择省内定点医疗机构就诊, 确需到市外非定点医疗机构就诊治疗的, 应先在本市市级医疗机构及市医保办办理转诊、转院和备案手续, 然后到具有医疗机构执业许可证和当地医保定点的医疗机构就诊(急诊、抢救可在住院后7个工作日内补办相关手续)。

1. 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。

2. 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可下降10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。

(二) 参保患者就医时, 应携带“二代身份证”或“慢性病就诊证”, 并主动向接诊医生出示。参保人员应自觉遵守城乡居民医疗保险的各项规定, 不得将“二代身份证”或“慢性病就诊证”转借他人就

诊，不得授意医护人员作假，不得私自涂改医药费收据、病历、处方等。

第二十二条 医疗费用补偿程序

参保患者在我市协议管理定点医疗机构就诊，出院后，参保患者可直接在定点医疗机构城乡居民医保结报窗口办理即时补偿。参保患者在其它定点医疗机构治疗出院后，参保患者须携带本人有效二代身份证、户口簿、病历复印件（需加盖救治医疗机构公章）、出院小结（需加盖救治医疗机构公章）、住院费用清单原件（需加盖救治医疗机构公章）、住院原始发票、相关银行储蓄本（需本人或本市的）、转诊证明（需加盖救治医疗机构公章）等相关材料，回本人户籍所在地乡、镇、街道便民服务中心医保窗口办理报销补偿，外出务工人员须提供“第二十一条”中提及的证据性材料。非患者本人办理补偿手续的，代办者须提交的本人有效二代身份证复印件。

第六章 定点医疗机构管理

第二十三条 城乡居民医保严格实行定点医疗机构协议管理准入制度，市医疗保障工作领导小组负责建立城乡居民医保定点医疗机构协议管理准入和退出机制，对定点医疗机构实行动态管理和年度评审制度。市医疗保障工作领导小组办公室以及委托的商保经办机构、医共体牵头单位承担协议管理的定点医疗机构或医共体内城乡居民医保定点医疗机构的日常监管。

定点医疗机构应加强政策宣传，强化内部管理，建立岗位责任制，完善落实各种诊疗规范和管理制度，提高医疗服务质量，严格执行城乡居民医保政策和相关规定，按规定收费项目及标准收费，做到

因病施治、合理检查、合理用药，对城乡居民医保基本用药目录、价格和基本医疗服务价格要定期公示。建立医药费用控制机制，控制医药费用不合理增长。

第二十四条 对参保居民就医诊疗的，实行身份验证制度。定点医疗机构结报员须认真核查参保患者二代身份证信息，对其实行“实名制”住院，并认真登记患者资料。参保患者为未成年人的，凭出生证明、父母双方的二代身份证就诊，并在登记资料时，注明与双方关系。

城乡居民医保实行首诊负责制，医务人员对参保住院患者的病因、治疗经过必须如实详细记录（对刚收治的意外伤害患者，必须在第一时间内向患者或护送患者入院的知情人员了解其受伤当时的原因及经过，并将了解的真实情况如实记录到病历中）。严格掌握住院指征，不得降低入院标准，不得将门诊、慢性病患者转为住院治疗，不得开出药品让患者回家“挂床住院”。各定点医疗机构（村卫生室、社区卫生服务站）不得将已报销过的发票提供给患者。

第二十五条 定点医疗机构要充分保障患者的知情权。认真执行《国家基本药物目录》、《安徽省补充药物品种》、《安徽省增补药物品种》及《安徽省新型农村合作医疗药品目录（2012版）》。定点医疗机构如使用城乡居民医保目录外的药品，必须告知患者（或家属），征得患者（或家属）同意并签字。未经患者（或家属）同意并签字使用的目录外药品，患者（或家属）有权拒付费用。

出院带药必须严格按照《处方管理办法》的规定执行，并注明出院带药的名称、数量、剂量和用法，出院带药不得超过一周用量（慢性病门诊用药可放宽到2周）。

第二十六条 实行乡村卫生服务一体化管理。合格村卫生室（社

区卫生服务站)全部纳入城乡居民医保服务载体,作为乡镇卫生院的延伸。参保患者凭身份证、户口本到开展门诊统筹的定点村卫生室(社区卫生服务站)接受门诊治疗,所发生的门诊费用按我市门诊统筹有关政策进行补偿,并由村级定点医疗机构先行垫付。

第二十七条 定点医疗机构向所辖区医共体牵头单位申请结算医药补偿费用,对不合理医药费用不予支付,由定点医疗机构承担,不得由参保居民承担。造成基金流失的,医保办按流失基金额的2—3倍收取违约金,并对责任人按有关规定处理。

第二十八条 定点医疗机构要认真执行三级转诊制度,建立并完善双向转诊制度,引导参保患者合理流动,努力实现“小病不出村、常见病不出乡、一般大病不出市”。充分发挥市级医疗机构技术指导中心和乡镇卫生院的枢纽作用,加强市、乡(镇)、村(社区)三级医疗机构的纵向合作,实现资源共享、优势互补。

第二十九条 控制I类、II类、V类医疗机构过度收治不设起付线患者。I类、II类、V类医疗机构其不设起付线城乡居民医保住院人次占比控制在10%、8%、5%以内(分疗程间段多次住院患者除外、按病种付费除外)。超过规定比例的住院人次的医保补偿费用,由收治医院承担,从即时结报回款或总额预算中扣减。扣减公式:(不设起付线比例-15%)×年度该医院参保住院人次数×次均住院费用×70%。

第三十条 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,由收治医院承担患者的住院补偿费用(分疗程间断多次住院的病种除外、临床路径管理病种不受按病种付费次数的限制(另有规定的除外))。

第三十一条 定点医疗机构要严格控制“次均费用”、“三费”过快上涨。

(一) 加强住院次均费用过快上涨控制管理

2017年度住院次均费用同比涨幅超过5%的,2018年度同比涨幅不得超过3%;2017年度住院次均费用同比涨幅超过8%的,2018年度不得上涨;2018年度住院次均费用同比涨幅不得超过5%;不得超出省、市通报的次均住院费用;以上超出部分产生基金按超出基金金额的30%予以支付。2017年度住院次均费用涨幅超出全市同级医院平均值的;超出部分产生基金按超出基金金额的30%予以支付。

(二) 严格控制“三费”过快上涨

1. “三费”同比涨幅控制指标。2017年度“三费”占比 $\geq 65\%$ 的医疗机构,2018年度“三费”同比涨幅应控制1%以内。2017年度“三费”占比在55%-65%之间的医疗机构,2018年度“三费”同比涨幅应控制在3%以内。2017年度“三费”占比 $\leq 55\%$ 的医疗机构,2018年度“三费”同比涨幅应控制5%以内。县域外住院患者比例明显下降的,县域内医疗机构的“三费”控制指标可考虑酌情放宽1—2个百分点。

2. 超过“三费”控制涨幅以上的部分,医保办从即时结报回款或总额预算中扣减。扣减计算公式:不支付该医疗机构的“三费”费用 = (该医疗机构次均“三费”涨幅 - 控制涨幅1或3或5)% * 某季度该统筹地区在该医疗机构的参保住院人次数 * 该医疗机构某季度次均三费。

3. 按病种付费的城乡居民医保住院病例不纳入“三费”统计与计算范围。省、市级医保定点医疗机构“三费”控制指标及次均“三费”同比涨幅由省农村合作医疗管理办公室按季度统一公布,市医保办严格遵照执行并落实县域内医疗机构“三费”控制管理政策。

第三十二条 定点医疗机构对参保患者资料要单列管理,分类、

造册、建档，以备统计、分析、总结和检查。

第七章 工作经费

第三十三条 城乡居民医保管理经办机构的人员经费和经办城乡居民医保发生的运行费用、管理费用，列入财政全额预算，予以保障。

第八章 监督管理

第三十四条 市督查考核局、审计局、民政局、人社局、卫计委、财政局、医保办（或委托商办机构按合同规定）负责监督检查全市城乡居民医保基金筹集、管理与使用情况。要加强领导，建立健全城乡居民医保各项监督管理制度，落实相关措施，实行责任制，并履行以下职责：

- （一）受理并查处举报事项；
- （二）发现城乡居民医保基金筹集、管理与使用存在问题的，提出整改建议；
- （三）定期向社会公布监督检查结果。

第三十五条 市督查考核局、审计局、民政局、人社局、卫计委、财政局、医保办监督检查中，有权采取下列措施：

- （一）查阅、记录、复制与城乡居民医保基金收支、管理相关的资料，对可能被转移、隐匿或者灭失的资料予以封存；
- （二）查询与调查事项有关的单位与个人，要求其对与调查事项有关的问题做出说明、提供有关证明材料；
- （三）对隐匿、转移、侵占城乡居民医保基金的行为予以制止并

责令改正。

任何单位与个人应如实提供与城乡居民医保监督检查有关的材料，不得拒绝检查或者谎报、瞒报。

第三十六条 建立城乡居民医保基金定期审计制度。市审计机关对城乡居民医保基金筹集、管理与使用实施审计监督，防止出现虚报、挪用、截留、套取、贪污城乡居民医保基金以及造假凭证、作假账等行为，审计结果向社会公开。

第三十七条 建立城乡居民医保管理长效监管机制。市医疗保障工作领导小组对城乡居民医保的运作情况进行全程监督；市审计局、人社局、卫计委等单位组织督查组，每半年对定点医疗机构执行城乡居民医保政策情况进行一次检查；市纪检监察与司法机关按职责范围，依纪依法查处城乡居民医保相关的违纪违规行为；市卫计委每季度对定点医疗机构督查一次。

第三十八条 建立健全市、乡（镇）、村三级公示制度。市级公示栏设在市医保办。乡（镇）公示栏设在乡镇政府和乡镇定点医疗机构。村（居）级公示栏设在村（居）委会和村（居）卫生室。公示栏必须附举报（咨询）电话。城乡居民医保接受社会广泛监督，市、乡（镇）经办机构负责向参保居民提供咨询服务，及时处理投诉和举报，做到件件有落实、有反馈。任何组织或者个人都有权建议、投诉、举报。

第三十九条 市医保办、乡镇派驻人员、村（居）协管员对住院补偿参保居民实行回访制度。市医保办要随机回访，乡镇派驻人员的回访率不低于10%。

第九章 评价指导和信息管理

第四十条 城乡居民医保组织及有关部门在城乡居民医保运行期间，要跟踪指导，及时通报情况，发现问题及时解决，确保城乡居民医保工作正常开展。

第四十一条 建立城乡居民医保基金支出预警机制，一旦出现超支危险，市医疗保障工作领导小组办公室要及时报告市财政、卫计委，结合实际调整补偿方案。

第四十二条 市医保办、定点医疗机构的业务管理工作要全面实行信息化，并按要求填报各种统计报表。

第四十三条 城乡居民医疗保险工作实行定期评价制度。市医保办、乡镇街道经办机构每年在年中和年末进行一次自评。适时举办农村合作医疗培训班，不定期地对乡镇城乡居民医保经办机构进行技术指导。

第十章 奖 惩

第四十四条 对在城乡居民医疗保险工作中成绩突出的单位和个人，由市政府予以表彰与奖励。

第四十五条 以下机构和人员违反医保有关规定，造成城乡居民医保基金流失等后果的，按照省卫生厅《新型农村合作医疗定点医疗机构违法违规行为查处办法》（皖卫农〔2011〕11号）等文件执行。涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

- （一）各乡镇人民政府、市政府有关职能部门及其工作人员；
- （二）城乡居民医保经办机构及其工作人员；
- （三）城乡居民医保定点医疗机构及其人员；
- （四）参保居民。

第十一章 附 则

第四十六条 本方案从2018年1月1日起执行。《界首市2017年城乡居民医疗保险统筹补偿实施方案》同时废止。

第四十七条 本方案由界首市医疗保障工作领导小组办公室负责解释。

附件 1

实行预警管理的省外医疗机构名单 (第一批)

序号	医院名称	序号	医院名称
1	上海长江医院	22	北京海华医院
2	上海健桥医院	23	北京前海股骨头医院
3	上海天伦医院	24	北京东方建都医院
4	上海万众医院	25	北京中联科中医医院
5	上海曹安医院	26	北京同济医院
6	上海明珠医院	27	北京京科肛泰医院
7	上海奉爱医院	28	北京军都医院
8	上海沪闵医院	29	北京方舟医院管理有限公司 方舟中医医院
9	上海中佑肛肠医院	30	北京军海医院
10	上海海滨医院	31	北京丰台华康中医医院
11	上海肛泰医院	32	北京北亚骨科医院
12	上海九龙男子医院	33	北京东大肛肠医院
13	上海西郊骨科医院	34	北京京科银康医院
14	上海九州医院	35	北京丰台永南医院
15	上海沪申五官科医院	36	北京京城国丹医院
16	上海南浦妇科医院	37	北京五洲女子医院
17	上海惠爱医院	38	北京华盛医院
18	上海城市女子医院	39	南京长江医院
19	上海新科医院	40	南京江宁新城医院
20	上海兴岛医院	41	南京肛泰医院
21	上海申诚医院	42	南京博大肾科医院

序号	医院名称	序号	医院名称
43	南京江宁博爱医院	64	杭州广仁医院
44	南京曙光医院	65	杭州同济医院
45	南京金陵中西医结合医院	66	杭州虹桥医院
46	南京新协和医院	67	宁波明州医院
47	苏州同济医院	68	湖州市五洲生殖医学医院
48	无锡虹桥医院	69	嘉善五洲中西医结合医院
49	南通市东方医院	70	山东阳谷风湿类风湿专科医院
50	高淳博爱医院	71	山东潍坊经济开发区人民医院
51	常州仁爱医院	72	济南中德骨科医院
52	盐城协和康复医院	73	青岛静康中医肾脏病医院
53	河北省石家庄肾病医院	74	菏泽玛丽医院
54	邢台市红十字脑瘫医院	75	广州市越秀区圣亚医院
55	石家庄大正中医蜂疗医院	76	深圳仁爱医院
56	石家庄汇康中医院	77	河南省驻马店春林医院
57	石家庄平安医院	78	漯河闫三毛股骨头医院
58	石家庄红十字无极智魁医院	79	甘肃省生殖保健院
59	石家庄真仁中医钩活术医院	80	西安碑林康杰医院
60	河北省无极县红十字血康医院	81	长沙长江医院
61	河北省邯郸市华康医院	82	乌鲁木齐西北女子医院有限公司
62	保定脉管炎医院	83	南宁肛泰中医肛肠医院
63	邯郸钱氏中医院	84	泉州华夏医院

附件 2

实行预警管理的省外医疗机构名单 (第二批)

序号	医院名称	序号	医院名称
1	北京肿瘤医院	34	杭州阿波罗男子医院
2	北京天伦医院	35	杭州萧山东方医院
3	北京北城中医医院	36	舟山新东方专科医院
4	北京黎明医院	37	金华华山医院
5	北京美迪中医皮肤病医院	38	金华艾克医院
6	北京新兴医院	39	宁波江东虹桥男科医院
7	北京军颐中医医院	40	绍兴瑞金医院
8	北京和谐康复医院	41	济南神康医院
9	北京生生医院	42	济南肛肠医院
10	北京城北龙城医院	43	济南天伦不孕不育医院
11	北京京城皮肤病医院	44	济南乳腺病医院
12	北京曙光医院	45	济南肾病医院
13	北京京科肝泰医院	46	济南股骨头医院
14	北京新景安太医疗技术服务 有限公司安太嘉园医院	47	淄博昌国医院
15	武警北京总队第三医院	48	山东潍坊伽马刀治疗研究中心
16	天津东丽华天医院	49	烟台仁济泌尿外科医院
17	南京同仁医院	50	威海国安医院
18	南京长海医院	51	郑州中医骨伤病医院
19	南京万厚中医肝病医院	52	河南省郸城保寅仁济医院
20	南京建国医院	53	沈丘县疾控中心
21	南京华肤医院	54	广州鸿业皮肤病专科医院
22	南京江宁五洲医院	55	漳州龙池医院
23	南京仁康医院有限公司	56	泉州市鲤城区开元医疗
24	南京军区空军机关医院	57	武汉中原医院
25	常熟仁和医院	58	武汉东方肝泰中西医结合医院
26	南通仁爱妇科门诊部	59	武汉黄埔中西医结合医院
27	上海复大医院	60	鄂州中医血管瘤专科医院
28	上海白玉兰妇科医院	61	陕西省老医协生殖医学医院
29	上海知音医院	62	西安华仁医院
30	上海虹桥医院	63	太原市东方医院有限公司
31	上海海淞医院	64	贵阳市大肛肠医院
32	上海阿波罗男子医院	65	中国人民武装警察部队上海市 总队医院
33	杭州江城骨科医院		

附件 3

实行预警管理的省外医疗机构名单 (第三批)

序号	医院名称	序号	医院名称
1	北京德胜门中医院	22	北京燕竹医院
2	北京丰台长峰医院	23	北京永安中医医院
3	北京丰台广济医院	24	福州肛泰肛肠医院
4	北京丰台建都医院	25	广东三九脑科医院
5	北京国丹皮肤病医院	26	广州市东大肛肠医院
6	北京国济中医医院	27	淮安博爱医院
7	北京华博医院	28	邯郸市白癜风研究所
8	北京华医中西医结合皮肤病医院	29	杭州红房子妇产医院
9	北京汇仁中医医院	30	杭州京都医院
10	北京建国医院	31	杭州玛莉亚妇产医院
11	北京金童中医医院	32	河北省承德市中医院
12	北京军海肝康医院	33	河北省红十字基金会石家庄 中西医结合医院
13	北京联科中医肾病医院	34	黑龙江虹桥医院
14	北京年轮中医骨科医院	35	济南军大医院
15	北京三博脑科医院	36	济南中医肝病医院
16	北京市大兴区京军医院	37	江阴九龙医院
17	北京万博脑康中医医院	38	晋江(龙湖)兴龙医院
18	北京五洲妇儿医院	39	九江新世纪医院
19	北京西直河仁安医院	40	昆明曙光医院
20	北京新世纪儿童医院	41	昆山虹桥医院
21	北京燕都医院	42	乐清复大门诊部

序号	医院名称	序号	医院名称
43	南昌博士男科医院	63	苏州颐康护理院
44	南京仁恒医院	64	太原中山生殖医学医院
45	宁波(江北)博爱肛肠医院	65	天津欧亚肛肠医院
46	宁波海曙欧亚男科医院	66	武汉博仕肛肠医院
47	泉州丰泽爱民医院	67	武汉名仕泌尿专科医院
48	泉州丰泽长庚耳鼻喉专科医院	68	武警北京市总队医院
49	山东省滨州华海白癜风医院	69	武警浦东医院
50	山东省红十字会介入医院	70	新泰洪强医院
51	上海伽玛医院	71	运城建国肝肾病专科医院
52	上海宏康医院	72	运城夏敏银屑病专科医院
53	上海江城皮肤病医院	73	镇江市中西医结合肾病医院
54	上海江东医院	74	镇江市中西医结合肾脏病研究所
55	上海蓝十字脑科医院	75	郑州市管城中医院
56	上海伊人妇科医院	76	郑州天伦医院
57	上海中大肿瘤医院	77	中国人民解放军七三一七 部队医院
58	上海中潭医院	78	中国人民解放军第四五五医院
59	石家庄长城中西医结合医院	79	中国人民解放军第八五医院
60	石家庄燕赵医院	80	中国人民武装警察部队北京市 总队第二医院
61	苏州九龙医院	81	中新(国际)股骨头科研部
62	苏州东吴中西医结合医院		

附件 1	单位名称	序号	单位名称	序号
	荆门市疾病预防控制中心	13	荆门市疾病预防控制中心	13
	荆门市疾病预防控制中心	14	荆门市疾病预防控制中心	14
	荆门市疾病预防控制中心	15	荆门市疾病预防控制中心	15
	荆门市疾病预防控制中心	16	荆门市疾病预防控制中心	16
	荆门市疾病预防控制中心	17	荆门市疾病预防控制中心	17
	荆门市疾病预防控制中心	18	荆门市疾病预防控制中心	18
	荆门市疾病预防控制中心	19	荆门市疾病预防控制中心	19
	荆门市疾病预防控制中心	20	荆门市疾病预防控制中心	20
	荆门市疾病预防控制中心	21	荆门市疾病预防控制中心	21
	荆门市疾病预防控制中心	22	荆门市疾病预防控制中心	22
	荆门市疾病预防控制中心	23	荆门市疾病预防控制中心	23
	荆门市疾病预防控制中心	24	荆门市疾病预防控制中心	24
	荆门市疾病预防控制中心	25	荆门市疾病预防控制中心	25
	荆门市疾病预防控制中心	26	荆门市疾病预防控制中心	26
	荆门市疾病预防控制中心	27	荆门市疾病预防控制中心	27
	荆门市疾病预防控制中心	28	荆门市疾病预防控制中心	28
	荆门市疾病预防控制中心	29	荆门市疾病预防控制中心	29
	荆门市疾病预防控制中心	30	荆门市疾病预防控制中心	30
	荆门市疾病预防控制中心	31	荆门市疾病预防控制中心	31