

**关于印发《2021 年度青阳县城乡居民基本医疗保险实施方案》和《2021 年度青阳县城乡居民大病保险实施方案》的通知**

青医保办〔2021〕52 号

各乡镇人民政府，县直各单位：

现将《2021 年度青阳县城乡居民基本医疗保险实施方案》和《2021 年度青阳县城乡居民大病保险实施方案》印发给你们，请遵照执行。

青阳县医疗保障局

青阳县财政局

2021 年 5 月 20 日

# 2021 年度青阳县城乡居民基本医疗保险实施方案

根据《安徽省人民政府关于 2021 年实施 33 项民生工程的通知》（皖政〔2021〕24 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》（池政办〔2019〕15 号）及《池州市医疗保障局、财政局关于印发池州市城乡居民基本医疗保险和大病保险实施方案的通知》（池医保发〔2021〕6 号）等文件要求，为认真实施我县城乡居民基本医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）民生工程项目，特制定本实施方案。

## 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，深入贯彻落实党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，坚持保障基本、促进公平、稳健持续的原则，健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、可持续的城乡居民医保制度，完善公平适度的待遇保障机制，健全稳健可持续的筹资运行机制，稳步扩大制度覆盖范围，优化提升经办服务水平。

## 二、目标任务

完善统一的城乡居民医疗保障制度，推进实施市级统筹管理。城乡居民医保参保率达到 95%以上。落实城乡居民医保筹资政策，稳步提高筹资标准。新增筹资主要用于提高基本医疗保障水平，政策范围内住院费用支付比例达到 75%左右，逐步缩小与实际住院费用支付比例之间的差距。普通门诊政策范围内报销比例达到 50%以上，城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制落地惠民。深化医保支付方式改革。实施基金总额预算绩效管理，加强基金安全监管。

### 三、具体内容

#### （一）覆盖范围。

除应参加职工基本医疗保险以外的所有人员均为城乡居民医保参保对象。杜绝统筹区制度内重复参保现象发生，减少跨统筹地区跨制度重复参保现象发生，重复参保不享受重复报销。

#### （二）资金筹集。

1、**个人缴费。**城乡居民医保实行按年缴费制度，缴费标准按国家及省里有关规定执行。原则上在前一年底前完成缴费，鉴于农村外出务工人员春节集中返乡实际，筹资时间可延长到当年2月底。落实城乡低保户、特困供养人员、计生特扶对象、重度残疾和重点优抚对象等困难群体个人缴费补助政策；过渡期内逐步调整脱贫人口参保缴费资助政策，按规定分类资助参加城乡居民医保。新生儿实行“落地”参保（只缴纳个人应缴部分），原则上新生儿在出生后的3个月内完成缴费，自出生之日起享受当年城乡居民医保待遇。城乡居民原则上以家庭为单位在户籍地参加城乡居民医保，到户籍地乡镇（街道）、村（社区）办理参保登记，城乡居民因流动就业、就学等原因，可在就业、就学或经常居住地按规定参加城乡居民医保，做到应保尽保，避免重复参保。

2、**财政补助。**根据《安徽省人民政府办公厅关于印发〈安徽省医疗卫生领域财政事权和支出责任划分改革实施方案〉的通知》（皖政办〔2018〕55号）及城乡居民医保各级财政补助标准有关规定，各级财政补助标准为：中央财政补助60%、省财政补助30%，县财政承担10%。

3、**资金拨付。**县财政局将城乡居民医保财政补助资金纳入财政预算，及时、足额拨付到位。

### （三）保障待遇。

全面执行《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）》，城乡居民医保保障周期为当年1月1日至12月31日。

城乡居民医保待遇包括门诊待遇、普通住院待遇和其他医疗保障待遇。一个保险年度内，城乡居民医保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：

#### 1、门诊。

（1）**普通门诊。**实施普通门诊统筹制度，参保城乡居民在县域内二级及以下医疗机构（含乡镇卫生院、民营医院、村卫生室等）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，取消户内家庭成员统筹使用，单次报销限额为30元。

（2）**门诊慢性病。**①**I类门诊慢特病。**I类门诊慢特病医药费用报销年度起付线为150元，一级及以上医疗机构（含乡镇卫生院）发生的I类门诊慢特病医药费用超过起付线以上部分报销比例为60%。I类慢性病报销以支付限额（详见附件）最高的病种为基础，每增加一个病种增加500元，最高增加1000元。②**II类、III类门诊慢特病。**II类、III类门诊慢特病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。患有多种II类慢性病的，报销金额按病种年度支付限额全额（详见

附件) 累计; III类慢特病在基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额内, 不设置病种年度支付限额。

参保人员患有多种慢特病(不含III类) 年度支付限额为 I 类慢特病总支付限额与 II 类慢特病总支付限额累计。透析治疗的慢性肾衰竭(尿毒症期) 等按病种付费的慢性病门诊政策执行。

**(3) 大额普通门诊。**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。

**(4) “两病” 门诊。**高血压、糖尿病门诊(简称“两病” 门诊) 报销按照池州市医疗保障局《关于做好城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障工作的通知》(池医保发〔2019〕27 号) 执行, 不设起付线, 参保患者在定点医疗机构发生的“两病” 门诊政策范围内药品费用按 55%比例支付, 其中高血压年度封顶线为 350 元, 糖尿病为 400 元。

**(5) 罕见疾病门诊。**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。

**2、普通住院。**在医疗机构发生的符合 “两个目录” 和 “负面清单” 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%。

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执行。

④住院按病种付费政策按池州市医疗保障局《关于进一步做好基本医疗保险按病种分组付费工作的通知》（池医保秘〔2019〕35号）执行。

### 3、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级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。

4、**已脱贫人口待遇。**巩固拓展脱贫攻坚与乡村振兴有效衔接，逐步向基本医保、大病保险、医疗救助三重制度平稳过渡。在省市

贫困人口综合医保政策调整前，继续执行综合医保政策，政策调整后按新政策执行。

**（四）统筹层次。**落实城乡居民医保市级统筹管理，按照市级统筹管理模式和运行机制，执行在全市范围统一覆盖范围、筹资政策、保障待遇、目录管理、定点管理、基金管理，统一经办服务流程和医保信息系统。

**（五）服务管理。**

**1、优化经办管理服务。**实施医疗保障服务平台建设，建设统一、高效、安全的医保信息平台。优化参保缴费、就医管理、结算报销等规程，提升医保经办机构能力，统筹区内实行“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”，持续做好省内、跨省异地就医直接结算工作。

**2、改革医保支付方式。**实施按病种付费方式改革，推进医保基金总额预算、日间病房结算、精神病医院按床日付费等医保支付方式，进一步强化医疗机构主动控费，规范诊疗行为。

**（六）基金监管。**加强城乡居民医保基金收支运行分析，分析问题、摸排风险，制定应对措施。持续开展打击欺诈骗保，实行自查自纠和监督检查相结合，对定点医疗机构现场检查全覆盖，严肃查处定点医疗机构医保违法违规行为。完善医疗保障基金监管体系，健全综合监管机制。按照全市统一的医保定点协议要求，将异地就医管理纳入协议管理范围，落实就医地监管责任，规范医疗机构诊疗行为。

**四、工作要求**

**（一）加强组织领导。**城乡居民医保是一项政府基本民生工程，覆盖面广。各级各部门要高度重视城乡居民医保工作，从保障和改



善民生的角度，切实加强组织领导，强化协作配合，落实目标任务，以实际成效持续增强参保居民的获得感、幸福感和安全感。

**（二）强化协调联动。**城乡居民医保关乎到每个参保居民的医保权益，涉及保费征缴、待遇落实、基金安全等诸多方面，在县人民政府领导下，各乡镇人民、县直各有关部门要切实强化责任意识，加强协调配合，确保城乡居民医保制度持续健康发展。

**（三）注重宣传引导。**各乡镇各有关部门要通过网站、微信公众号、宣传栏等多渠道，利用乡镇（街道）、村（社区）、学校、医疗机构等主阵地，广泛宣传城乡居民医保政策，不断提高城乡居民医保政策知晓度。正面引导城乡居民连续稳定参保，稳步提高参保率，持续提高城乡居民医保满意度。

附件：青阳县城乡居民基本医疗保险慢特病病种支付限额一览表

附件：青阳县城城乡居民基本医疗保险慢特病病种支付限额一览表

序号	分类	病种名称		年度支付限额（元）
1	I 类	高血压	高血压	2000
	I 类		高血压伴并发症	3000
2	I 类	冠心病		3000
3	I 类	心功能不全		3000
4	I 类	慢性阻塞性肺疾病		3000
5	I 类	支气管哮喘		3000
6	I 类	肺动脉高压		3600
7	I 类	特发性肺纤维化		3000
8	II 类	溃疡性结肠炎		7000
9	II 类	克罗恩病		7000
10	I 类	肝硬化		3600
11	I 类	晚期血吸虫病		3000
12	I 类	自身免疫性肝病		4200
13	I 类	慢性肾脏病		5000
14	I 类	肾病综合征		7000
15	III类	慢性肾衰竭（尿毒症期）		参照住院
16	I 类	糖尿病	糖尿病	3000
	I 类		糖尿病胰岛素治疗	4200
17	I 类	甲状腺功能亢进症		2400
18	I 类	甲状腺功能减退症		2400
19	I 类	肢端肥大症		4000
20	I 类	脑卒中		3000
21	I 类	癫痫		3000
22	I 类	帕金森病		4200
23	I 类	阿尔茨海默病（老年痴呆）		4200
24	II 类	肝豆状核变性		8400
25	I 类	重症肌无力		3000
26	II 类	肌萎缩侧索硬化症		18000
27	II 类	多发性硬化		8400
28	I 类	青光眼		4200
29	II 类	黄斑性眼病		15000
30	I 类	银屑病		3000
31	I 类	白癜风		3000

32	II类	重度特应性皮炎		15000
33	I类	精神障碍		4000
34	I类	慢性乙型肝炎		3600
35	I类	慢性丙型肝炎	慢性丙型肝炎（非1b型）	4000
	I类		慢性丙型肝炎（1b型）	8600
36	I类	结核病	结核病	4000
	II类		耐药性结核病	8400
37	I类	艾滋病		4000
38	I类	类风湿性关节炎		3000
39	I类	强直性脊柱炎		3000
40	II类	系统性红斑狼疮		4200
41	I类	白塞氏病		3000
42	I类	系统性硬化症		3000
43	I类	干燥综合征		7000
44	I类	多发性肌炎		3000
45	I类	皮肤炎		3000
46	I类	结节性多动脉炎		3000
47	I类	ANCA相关血管炎		10000
48	III类	先天性免疫蛋白缺乏症		参照住院
49	I类	生长激素缺乏症		15000
50	I类	普拉德-威利综合征		15000
51	I类	脑瘫		15000
52	I类	尼曼匹克病		15000
53	II类	心脏瓣膜置换术后		4000
54	II类	血管支架植入术后		4000
55	II类	心脏冠脉搭桥术后		4000
56	III类	器官移植术后	器官移植术后抗排异治疗	参照住院
	III类		肾移植抗排异治疗	参照住院
	III类		肝移植抗排异治疗	参照住院
	III类		造血干细胞移植抗排异治疗	参照住院
57	II类	血友病		17000
58	I类	特发性血小板减少性紫癜		3000
59	II类	再生障碍性贫血		20000
60	III类	骨髓增生异常综合征		参照住院

61	Ⅲ类	骨髓增生性疾病		参照住院
62	Ⅲ类	白血病		参照住院
63	Ⅱ类	恶性肿瘤	恶性肿瘤门诊治疗	4200
	Ⅲ类		恶性肿瘤（放化疗）	参照住院
	Ⅲ类		恶性肿瘤治疗（靶向治疗）	参照住院

# 2021 年度青阳县城乡居民大病保险实施方案

根据《安徽省人民政府关于 2021 年实施 33 项民生工程的通知》（皖政〔2021〕24 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》（池政办〔2019〕15 号）及《池州市医疗保障局、财政局关于印发池州市城乡居民基本医疗保险和大病保险实施方案的通知》（池医保发〔2021〕6 号）等相关文件精神，为认真实施我县城乡居民大病保险（以下简称“大病保险”）民生工程项目，特制定本实施方案。

## 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，深入贯彻落实党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，坚持以人为本、保障大病，政府主导、专业承办，政策联动、持续发展，完善统一的城乡居民大病保险制度，充分发挥市场机制作用，切实防范人民群众因病致贫、因病返贫。

## 二、目标任务

持续推进城乡居民大病保险制度与城乡居民基本医保制度合理有效衔接。大病保险制度覆盖全体参保居民，稳步提高大病保险筹资水平、保障待遇，确保不低于上年度实际标准，通过实施大病保险，参保居民家庭灾难性医疗支出显著减少。实行商业保险机构承办大病保险业务，实行大病保险“一站式”即时结算。

## 三、覆盖范围

大病保险制度覆盖城乡居民医保所有参保人员。新生儿按规定办理“落地”参保手续后，自出生之日起享受大病保险待遇。

## 四、资金筹集

（一）筹资标准。城乡居民大病保险筹资标准每人 80 元。

（二）资金来源。大病保险所需资金从城乡居民基本医保基金结余中划转，结余不足或没有结余的，从当年基本医保统筹基金中列支。

（三）统筹层次。推进大病保险市级统筹管理模式和机制。

## 五、保障内容

（一）保障范围。大病保险的保障范围与城乡居民基本医保制度相衔接。一个保险年度内，参保居民发生的住院医疗费用及纳入统筹基金支付范围的 I 类、II 类、III 类门诊慢特病医疗费用，经基本医疗保险报销后，个人累计负担超过大病保险起付标准的合规医疗费用，由大病保险补充报销。

（二）保障待遇。大病保险待遇按《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》（池政办〔2019〕15 号）规定执行。普通居民起付线为 1.2 万元；城乡低保户、特困供养人员，起付线降低 50%，支付比例提高 5 个百分点；已脱贫人口在省市政策未调整期间，继续执行现行政策。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。取消城乡低保户、特困供养人员、已脱贫人口（政策调整期间）大病保险封顶线。

## 六、管理服务

（一）继续由商业保险机构承办。大病保险业务委托商业保险机构承办，合理确定商业保险机构盈利率，商业保险机构因承办大

病保险出现超过合同约定的结余需向基本医保基金返还。建立大病保险风险分担机制，对因政策性调整、突发重大公共卫生事件等导致的大病保险基金亏损，由基本医保基金和商业保险机构分摊，分摊比例在合同中约定；非政策性亏损，由商业保险机构承担。

**（二）严格监督管理。**县城乡居民医保中心要通过日常检查、抽查、复审、投诉受理等多种方式，对承办大病保险的商业保险机构进行监督，督促商业保险机构按合同要求履行服务。督促商业保险承办机构依法依规、及时合理向医疗机构支付医疗费用，对违法违规违约行为及时处理。

**（三）提升服务水平。**商业保险机构要配合建立与完善大病保险结算支付管理信息系统，与基本医保、医疗救助等实现同医疗机构管理信息系统的对接，实现大病保险与基本医疗保险在定点医疗机构“一站式”直接结算。商业保险机构维护好大病人员信息安全，做好大病保险报销基础台帐等基础性工作。

## **七、工作要求**

**（一）加强组织领导。**大病保险制度是健全多层次医疗保障体系、减轻参保人员高额医疗费用负担的有效举措，各级各部门要高度重视，加强领导，明确职责，精心组织，狠抓落实，确保稳健实施。

**（二）加强部门协调。**大病保险工作环节多、政策性强、涉及面广，县财政、医保、卫生健康等部门要加强与承办商业保险机构的协调配合，形成工作合力，共同做好大病保险工作。

**（三）做好舆论引导。**各级各部门要通过新闻媒体，多渠道、多层次、多角度广泛宣传大病保险政策，合理引导群众预期，为大病保险制度顺利实施营造良好的社会环境。