

滁州市医疗保障局

关于征求《滁州市城镇职工医疗保险实施办法（试行）（征求意见稿）》意见的函

各县（市、区）人民政府、市财政局、市人力资源和社会保障局、市卫生健康委员会、市市场监督管理局、市税务局、市审计局、市第一人民医院、市第二人民医院、市中西医结合医院：

为贯彻落实《国务院办公厅关于全面推进生育保险和职工医疗保险合并实施的意见》和《安徽省医疗保障局 安徽省人力资源和社会保障厅 安徽省财政厅 安徽省卫生健康委员会 安徽省税务局 中国人民银行合肥支行关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的通知》，结合我市实际，我局将代政府草拟《滁州市城镇职工医疗保险实施办法（试行）》。现将《滁州市城镇职工医疗保险实施办法（试行）（征求意见稿）》送给你们，请结合本单位实际，提出修改意见，于11月19日下午上班前将本单位反馈意见书面材料加盖公章后反馈给我局，电子版同步发邮箱。若无意见也请反馈，否则视为认同。

联系人及电话：郑炜巍，3032706；邮箱：8453220@qq.com

附件：滁州市城镇职工医疗保险实施办法（试行）（征求意见稿）

滁州市医疗保障局

2019年11月15日

滁州市城镇职工医疗保险实施办法（试行）

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条（法律依据） 为了建立健全我市城镇职工医疗保险制度，规范城镇职工医疗保险关系，维护参保人员基本医疗保险权益，根据《中华人民共和国社会保险法》、《国务院办公厅关于全面推进生育保险和职工医疗保险合并实施的意见》和《安徽省医疗保障局 安徽省人力资源和社会保障厅 安徽省财政厅 安徽省卫生健康委员会 安徽省税务局 中国人民银行合肥支行关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的通知》等法律、法规和规章，结合我市实际，制定本办法。

第二条（制度范围） 本办法所称城镇职工医疗保险是指城镇职工基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、公务员补助、生育保险和大病保险。按照国家规定，生育保险与职工基本医疗保险合并实施。

第三条（原则目标） 城镇职工医疗保险坚持“以收定支，收支平衡，略有节余”的原则，坚持保障水平与经济社会发展水平相适应的原则，实现全覆盖、保基本、多层次、可持续的目标。

第四条（统一政策） 城镇职工医疗保险实行全市统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、

统一定点管理和统一基金管理。

第五条（部门职责） 医疗保障部门是基本医疗保险工作主管部门，负责制定统一的基本医疗保险政策并组织实施；人力资源和社会保障部门负责城镇职工医疗保险参保登记工作；税务部门负责城镇职工医疗保险费征收管理工作；财政部门负责医疗保险基金财政专户管理，落实基本医疗保险工作经费；卫生健康部门负责会同有关部门制定医疗机构管理服务配套政策，加强对医疗机构医疗服务行为和质量的监督检查；市场监管、审计等有关部门按照各自职责，协同做好城乡居民基本医疗保险工作；医疗保险经办机构负责基本医疗保险经办工作。

第二章 覆盖范围和基金征缴

第六条（参保对象） （国发[1998]44 号、皖政[1999]27 号等） 下列单位和人员应当在单位或者户籍所在地参加职工基本医疗保险：

（一）国家机关、事业单位、社会团体、企业、民办非企业单位、有雇工的个体工商户等用人单位及其职工；

（二）具有本市户籍、已参加职工养老保险男不满 60 周岁、女不满 50 周岁的城镇灵活就业人员；

（三）领取失业金的失业人员；

（四）其他按照规定应当参加职工基本医疗保险的人员。

第七条（参保登记） 用人单位及职工、灵活就业人员应当按照社会保险费征缴的有关规定办理参保登记、变更、注销及缴费基数申报等手续。

第八条（缴费规定） 用人单位及职工、灵活就业人员、失业人员按照下列规定缴纳职工基本医疗保险费（滁政办[2011]105号）：

（一）城镇职工基本医疗保险单位缴费费率，国家机关及事业单位按职工工资总额的 6.8%、企业及其他单位按 7%；个人缴费费率为本人工资收入的 2%，灵活就业人员（包括接续人员）以全省上年度城镇单位就业人员月平均工资（全口径，下同）的 60%作为当年度的缴费基数，按照 8.5%费率，按规定时间缴纳。

用人单位新增或减少参保人员的，单位及职工个人缴费基数按照个人实际工资额相应调整。新成立单位及职工缴费基数按照职工个人实际工资额确定。用人单位缴费基数不得低于单位全部参保职工当期个人缴费基数之和。

职工个人缴费基数低于全省上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资 60%的，按照 60%核定缴费基数；超过全省上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资 300%的，按照 300%核定缴费基数。

（二）失业人员在领取失业保险金期间，由失业保险基金按照灵活就业人员缴费标准缴纳职工基本医疗保险费；期满后可以继续按照灵活就业人员身份参加职工基本医疗保险。

（三）参保人员（含退休、退职人员）按月缴纳职工大额医疗费用补助，缴费标准为每人每月 10 元。

（四）城镇职工医疗保险补费按照申请当月的医疗保险费执行标准计算。

第九条（费率调整） 市医疗保障部门应当会同财政部门，根据本市经济社会发展和基本医疗保险基金运行情况及国家、省相关规定，适时提出调整基本医疗保险费率意见，报市人民政府批准后实施。

原单建统筹和超赡养率征缴政策不再执行。

第十条（享受时间） 参保人员按照下列规定享受基本医疗保险待遇：

（一）用人单位及职工履行缴费义务后，自缴费次月起享受职工基本医疗保险待遇；

（二）灵活就业人员首次参保的，连续足额缴费六个月后，享受职工基本医疗保险待遇。

（三）城镇职工中断缴费三个月以内的，自补齐中断的医疗保险费即可享受职工基本医疗保险待遇。中断缴费超过三个月的，补齐中断期间医疗保险费用的，医疗保险待遇自申请补费的次月起享受；没有补齐医疗保险费用的，连续缴费六个月后，享受职工基本医疗保险待遇。缴费年限只计算最后一次连续缴费的年限。

（四）因工作变动，医疗保险关系转移到我市的职工，用人单位及参保职工应及时接续职工基本医疗保险。比照本办法第八条、第十条规定，按照我市现行的标准补齐中断期

间的医疗保险费用，享受我市职工基本医疗保险待遇；

（五）参保人员因中断缴费无法享受医疗保险待遇的，因用人单位造成的，由用人单位承担；因个人原因造成的，由个人承担。

第十一条（缴费年限） 参保人员达到法定退休年龄和最低缴费缴费年限时，按每月 10 元缴纳职工大额医疗费用补助，享受退休人员医疗保险待遇。最低缴费年限是指满足以下标准：

（一）男职工满 30 年、女职工满 25 年（2000 年 9 月 30 日前国家承认的工龄和基本养老保险缴费年限视同为职工基本医疗保险缴费年限）。

（二）参保职工不论因何种原因提前退休，须一次性补齐至正常退休月份。

（三）灵活就业人员须同时满足实际缴费年限满 15 年以上。

提前退休和不足最低缴费年限的，一律以本人退休前月工资为基数。本人月工资低于上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资 60% 的，按 60% 计缴；高于上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资 300% 的，按 300% 计缴。补缴实际缴费 15 年的费率为 8.5%，其它为 6.5%。参保人员办理退休手续时，按政策规定缴纳一次性补缴最低缴费年限的费用后，纳入统筹基金，方可按退休人员标准缴费，享受退休人员医疗保险待遇。其中，因用人单位原因造成缴费年限不足的，由用人单位负责补齐；非用人单位原因造成缴费年限

不足的，由本人负责补齐。

第十二条（个人账户） 在职职工按本人缴费基数作为其个人账户的划入基数；退休人员按其退休费用作为个人账户划账基数。30 周岁及其以下划入 3%，31 周岁至 45 周岁划入 3.3%，46 周岁及其以上划入 3.6%；办理医疗保险退休手续后，按本人退休费划入 4%。

第十三条（公务员补助） 公务员补助按原政策执行。

第三章 医疗保险待遇

第十四条（支出范围） 城镇职工基本医疗保险基金支出包括基本医疗保险基金统筹支出和个人账户支出。

统筹基金支出包括基本医疗保险待遇支出、其他支出、转移支出、补助下级支出、上解上级支出。

城镇职工基本医疗保险待遇支出包括住院支出、门诊支出、生育医疗费用支出、生育津贴支出。

第十五条 参保人员在定点医疗机构（急诊急救除外）发生的政策范围内医药费用，纳入城镇职工基本医疗保险保障范围。政策范围内医药费用是指符合《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”）等有关规定的可纳入报销范围的医药费用。

城镇职工医保和大病保险实行负面清单制度，按项目报销、按保底报销、大病保险报销所列负面清单内容不纳入待遇保障范围（负面清单见附件 1）。

第十六条 住院医疗保险待遇

（一）封顶线与保底报销

1.一个保险年度内，城镇职工医疗保险基金可报销基数实行累计封顶（含普通慢性病门诊、特殊慢性病门诊、普通住院、按病种付费及大额医疗救助），封顶线 300000 元。

2.对普通住院发生的符合规定的医药费用实行保底报销，保底报销比例为 60%。保底报销实行负面清单制度（详见附件 1）。

（二）起付线与报销比例

市域内医疗机构起付线及报销比例如下表：

医疗机构	起付线	年度内基本医疗可报销基数 起付线以上至 9 万元（含）		年度内基本医疗可报销 基数 9-30 万元	
		报销比例		报销比例	
		在职	退休	在职	退休
一级医疗机构	300	90%	92%	90%	
二级医疗机构	500	88%	90%		
三级医疗机构	700	85%	88%		

市域外定点医疗机构起付线 700 元执行，报销比例按市域内同级别医疗机构和人员类别下降 10 个百分点，市域外非定点医疗机构起付线 1000 元，报销比例为 60%。

退休人员住院起付线按上述类别医疗机构起付线的70%执行。

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住院费用的80%及以上，市域内三级医疗机构比照省级医疗机构次均住院费用的80%及以上执行），执行上一级别医疗机构报销政策，市域内三级医疗机构执行市域外医疗机构报销政策。

第十七条 门诊医疗保险待遇

（一）普通慢性病。在慢性病定点医药机构就医的普通慢性病患者，政策范围内医药费用仅限于门诊治疗相应慢性病及其特征性并发症的检查、治疗、药品费用。设定年度起付线500元，报销比例为70%，按病种设定报销限额。参保人员患两种及以上慢性病的，每增加一种慢性病且所患病种为关联病种的，补助限额在原病种最高限额基础上增加2400元，非关联病种的，增加3000元。普通慢性病基本医疗年度支付封顶线为15000元。

（二）特殊慢性病。在慢性病定点医药机构就医的特殊慢性病患者，政策范围内医药费用仅限于门诊治疗相应慢性病及其特征性并发症的检查、治疗、药品费用。设定年度起付线500元，报销比例按当次就诊医疗机构普通住院比例报销，年度内计算一次起付线。

普通慢性病、特殊慢性病病种、限额及关联性详见附件2。

第十八条 生育待遇

参保人员连续缴纳城镇职工医疗保险 10 个月以上的(过渡期间以原生育保险累积缴费时间计算)，可享受生育待遇。按照企业费率参保缴费的用人单位女职工享受生育津贴，按照用人单位上年度职工月平均工资计发；机关、事业单位女职工不享受生育津贴，其产假期间工资福利由用人单位发放；灵活就业人员不享受生育津贴。

(一) 生育医疗待遇

实行定额支付，定额标准如下表：

生育类型	医院等级及定额费用	
生育顺产	三级	2000
	二级	1800
	一级	1500
生育剖宫产	三级	3200
	二级	2800
	一级	2500
多胎妊娠的生育医疗费，每增加 1 个胎儿增加 800 元。		
流产	300	
引产	1200	
上（取）环	150	
绝育术	800	
复通术	1200	

生育时有并发症、合并症的，执行普通住院待遇政策，不再享受生育定额支付标准。

（二）生育津贴支出

生育津贴按照用人单位上年度职工月平均工资计发，计发月数如下表：

类 别	享受月数
正常分娩	3 个月
剖宫产	增加 0.5 个月
符合计划生育政策	增加 2 个月
多胞胎生育，每多 1 个婴儿	增加 0.5 个月
4 个月以下流产	1 个月
4 个月以上 7 个月以下引产	1.5 个月
7 个月以上引产	3 个月

第十九条 其他医疗保险待遇：

（一）大病保险：一个保险年度内，参保人员负担的合规医药费用累计超过大病保险起付线的部分，大病保险基金分费用段按比例报销。

1. 起付线。一个保险年度计 1 次起付线，大病保险起付线为 26286 元。

2. 报销比例。大病保险起付线以上 5 万元（含 5 万元）以内段，报销比例 60%；5—10 万元（含 10 万元）段，报销比例 65%；10—20 万元（含 20 万元）段，报销比例 75%；20 万元以上段，报销比例 80%。

3. 大病保险不设封顶线，大病保险合规医药费用实行负面清单制度。大病保险报销金额=（参保患者住院及特殊慢性病门诊年度累计医药费用—负面清单费用—基金支付金额—基本医保起付线—大病保险起付线）×分段报销比例。

（二）公务员补助：公务员待遇按原政策范围执行。

（三）特别规定

1.除急诊急救或属参保人员长期居住外地，未办理转诊手续在市域外就医的，报销比例再降低 10 个百分点。急诊急救的情形，依据参保患者首诊病历确定。

2.建立完善再生育扶助制度。对有再生育意愿的独生子女伤残死亡家庭人员，参加城镇职工基本医疗保险的，将其接受取环、输卵（精）管复通等计划生育手术及再生育服务的医疗费用纳入基本医疗保险支付范围，按基本医疗保险补偿规定报销。对确需实施辅助生殖技术的，由指定医疗机构提供相应技术服务，其基本项目的服务费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，统筹基金最高支付限额暂定为 2 万元。

（<安徽省人民政府办公厅关于进一步做好计划生育特殊困难家庭扶助工作的意见>皖政办〔2014〕16 号）

3.院外检查：住院期间需要到外院检查的，其合规费用纳入当次住院报销。

4.院前检查：入院前三天内与本次住院相关的门诊检查，纳入当次住院计算。

5.在省外医疗机构住院治疗，通过国家平台结算的，执行就医地医保目录，参保地待遇政策；非国家平台结算的，执行参保地医保目录和参保地待遇政策。

6.器官移植供体：捐赠器官或组织的参保人员住院医药费用享受普通住院报销待遇。

7.按病种付费管理：按照省、市相关政策执行，具体办法由市医保行政部门另行制定。

8.参保人员住院按次扣减起付线，但确需分疗程间断多次住院治疗的恶性肿瘤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。

9.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（原件）等材料申请报销，报销后总费用不得突破医疗费用总额。未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，须凭住院医药费用发票原件申请报销。

第二十条 下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外就医的。

第四章 医疗服务管理

第二十一条 城镇职工基本医疗保险执行《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》、《安徽省基本医疗保险慢性病用药目录》。

第二十二条 城镇职工基本医疗保险实行定点医疗机构协议管理。各级医保经办机构负责本地定点医疗机构的协议管理，建立协议定点医疗机构准入和退出机制，实行动态管理。市及各县（市）医保经办机构与定点医疗机构签订医疗服务协议书，明确双方权利义务和奖惩规定，并制定目标考核办法，每年对定点医疗机构进行考核。

第二十三条 协议定点医疗机构应严格执行基本医疗保险法律法规和各项政策规定，认真履行医疗服务协议，规范诊疗服务行为，严格执行出入院标准。

第二十四条 协议定点医疗机构要配合医疗保险经办机构建立和完善全市统一的城乡居民医保信息管理系统，完善系统终端服务功能，提高服务效能。

参保人员凭社会保障卡在协议定点医疗机构就医。除个人自付费用外，协议定点医疗机构先行垫付报销费用。参保居民在市外或因急诊在非协议定点医疗机构就医发生的住院医疗费用，先由个人垫付，持有关资料到参保地医疗保险经办机构办理报销手续。

第二十五条 全面推进医保付费总额控制，并在付费总额控制下推进按病种、DRG 等复合式付费方式，有效控制医疗费用增长。

第五章 基金管理和监督

第二十六条 城镇职工医疗保险实行市级统筹、分账核算以及“统一基金管理、统一报销政策、分级管理核算、分级责任考核”的运行机制。

建立城镇职工医疗保险基金预算、决算制度以及财务会计制度、内部审计制度。

第二十七条 城镇职工医疗保险基金严格实行收支两条线管理，纳入财政专户，专款专用。任何单位、组织和个人不得挤占、挪用。

第二十八条 城镇职工医疗保险基金按照社会保险基金优惠利率计算利息收入。

第二十九条 医疗保险经办机构应当建立健全内部管理制度，加强医疗保险基金收支管理，主动接受医保、财政、审计等部门的监督检查。

第三十条 各级医保、财政、审计部门按照各自职责，对城镇职工医疗保险基金的收支、管理等情况依法进行监督检查。

第六章 经办管理和信息化建设

第三十一条 加强医疗保险经办机构能力建设，市医保经办机构牵头制定全市统一的管理制度、工作标准、经办流程和业务规范，做好市内和异地就医联网结算工作。

第三十二条 医疗保险经办机构、医保部门开展工作所需经费、信息管理系统建设和运行维护费用，由市、县财政予以保障，不得从医疗保险基金中提取。

第七章 附 则

第三十三条 城镇职工医疗保险筹资标准、待遇保障水平，由财政部门会同相关单位根据国家、省有关政策规定和本市经济社会发展、居民收入、医疗服务水平、基金收支运行等情况作相应调整。

第三十四条 本实施办法由市医保行政部门负责解释。

第三十五条 本实施办法自 2020 年 1 月 1 日起试行，与本办法不一致的，以本办法为准。

附件：1.城镇职工基本医保和大病保险负面清单

2.城镇职工基本医疗慢性病病种及限额清单

附件 1:

城镇职工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
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 2:

城镇职工基本医疗慢性病病种及限额清单

序号	普通慢性病			特殊慢性病
	病种名称	年度限额	关联性	病种名称
1	高血压（Ⅱ、Ⅲ级）	8000	G1	恶性肿瘤（放化疗）
2	慢性心功能不全	8000	G1	骨髓增生异常综合症
3	冠心病	8000	G1	系统性红斑狼疮
4	脑出血及脑梗死（恢复期）	8000	G1	血管支架植入术后
5	慢性肾功能不全（含慢性肾炎、肾病综合征）	12000	G1	血友病
6	慢性阻塞性肺疾病（肺心病）	12000	G2	再生障碍性贫血
7	支气管哮喘	8000	G2	精神障碍（重性）
8	干燥综合症	8000	G3	运动神经元病
9	强直性脊柱炎	8000	G3	良性家族性天疱疮
10	间质性肺炎	8000	G3	自身免疫性溶血
11	糖尿病	8000		系统性淀粉样变性
12	结核病	6000		噬血细胞综合症
13	甲状腺功能减退	6000		肺泡蛋白沉积症
14	甲状腺功能亢进	6000		心脏瓣膜置换术后
15	溃疡性结肠炎和克罗恩病	6000		肝豆状核变性
16	风湿（类风湿）性关节炎	6000		心脏冠脉搭桥术后（抗排异治疗）
17	慢性活动性肝炎	12000		心脏起搏器置入术后（抗排异治疗）
18	帕金森病	6000		慢性肾衰竭（尿毒症期）
19	重症肌无力	6000		器官移植术后（抗排异治疗）
20	特发性血小板减少性紫癜	6000		肝硬化（失代偿期）
21	硬皮病	6000		
22	晚期血吸虫病	6000		
23	银屑病	6000		
24	白癜风	6000		
25	艾滋病机会性感染	6000		
26	白塞氏病	6000		
27	肌萎缩	6000		
28	弥漫性结缔组织病	6000		
29	精神障碍（非重性）	6000		

注:G1 组、G2 组、G3 组，同组间的病种为关联性病种。