合肥市人民政府

合政秘〔2019〕88号

合肥市人民政府关于印发《合肥市城乡居民基本医疗保险和大病保险实施细则》的通知

各县（市）、区人民政府，市政府各部门，各直属机构：

《合肥市城乡居民基本医疗保险和大病保险实施细则》已经2019年12月27日市政府第48次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真遵照执行。



2019年12月31日

合肥市城乡居民基本医疗保险和大病保险实施细则

第一章　总　　则

第一条　为统一全市城乡居民医疗保险制度，保障参保人员基本医疗保险待遇和大病保险待遇，根据《中华人民共和国社会保险法》、《安徽省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）》（皖政办〔2019〕14号）、《安徽省统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施细则（试行）》（皖医保发〔2019〕11号）等相关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条　城乡居民基本医疗保险坚持“以收定支、收支平衡、略有节余”的原则，坚持政府补助与个人筹资相结合的原则，坚持保障水平与经济社会发展相适应的原则，实行统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一协议管理、统一基金管理。

第三条　本细则适用于合肥市行政区域内城乡居民基本医疗保险和大病保险监督管理工作。

第四条　各级人民政府应当将城乡居民基本医疗保险纳入国民经济和社会发展规划，逐步加大城乡居民基本医疗保险资金投入，为城乡居民基本医疗保险提供经费保障，并按照规定纳入

各级财政预算安排。

第五条 市医疗保障部门负责城乡居民基本医疗保险政策制定、组织实施和监督管理等工作。

医疗保障基金管理机构负责城乡居民基本医疗保险参保登记、就医管理、待遇支付和基金管理等经办工作。

教育部门负责在校学生参保组织工作。

财政部门负责落实城乡居民基本医疗保险财政补助资金，做好城乡居民基本医疗保险基金财政专户管理、预算安排和拨付等工作。

税务部门负责城乡居民个人医疗保险费征收管理工作。

民政部门负责特困供养人员、社会散居孤儿、低保对象、低收入家庭、因病致困家庭收入认定工作。

卫生健康部门负责计划生育特殊家庭认定及医疗行为监督管理工作。

扶贫部门负责建档立卡贫困人口身份认定工作。

发展改革、公安、审计、市场监管、残联等部门，按照各自工作职责，协同做好城乡居民基本医疗保险工作。

第六条 城乡居民基本医疗保险和大病保险筹资标准、保障待遇应当根据经济社会发展水平、居民收入水平、医疗服务水平和基金运行情况以及国家和省相关规定适时调整，由市医疗保障部门会同市财政部门提出意见，报市人民政府批准后实施。

第二章　参保缴费

第七条　本市范围内未参加职工基本医疗保险的下列人员，可以参加城乡居民基本医疗保险：

（一）本市户籍城乡居民；

（二）持有本市居住证，在原籍未参加基本医疗保险的人员和其未成年子女；

（三）各类在校学生；

（四）随在本市工作外籍专家共同生活的未成年子女。

第八条　每年9月1日至12月31日为城乡居民基本医疗保险集中参保缴费期。在集中参保缴费期内参保登记并足额缴费的，自次年1月1日至12月31日享受城乡居民医疗保险待遇。

新生入学当年在集中参保期缴纳下一年度城乡居民基本医疗保险费的，自入学之日起享受城乡居民医疗保险待遇。

第九条　下列人员可以补办城乡居民基本医疗保险参保缴费手续，按照规定享受城乡居民医疗保险待遇。其他未在集中参保期参加城乡居民基本医疗保险的人员不予补办参保手续。

（一）一周岁以内婴儿自出生之日起3个月内办理参保缴费的，自出生之日起享受城乡居民医疗保险待遇；超过3个月参保缴费的，自缴费之日起享受城乡居民医疗保险待遇。

（二）退役士兵、刑满释放人员办理参保缴费的，自缴费之

日起享受城乡居民医疗保险待遇。

（三）持有《精神障碍患者救助卡》的精神障碍患者办理参保缴费的，享受当年度城乡居民医疗保险待遇。

（四）参保人员在停止缴纳职工基本医疗保险1个月内接续参加城乡居民基本医疗保险的，自缴费之日起享受城乡居民医疗保险待遇。

（五）国家和省医疗保障部门规定的可以延长参保缴费期的人员，自缴费之日起享受城乡居民医疗保险待遇。

第十条 城乡居民由户籍地或居住地社区（村）居民委员会组织参保登记；各类在校学生由所在学校协助组织参保登记。新生儿在户籍所在地或监护人居住地街道（乡镇）办理参保缴费手续；其他符合补办参保规定的人员在市、县（市）医保经办机构办理参保缴费手续。

医疗救助重点救助对象个人缴费部分，由城乡医疗救助资金按照规定全额或定额补助。

第三章 基本医疗保险

第十一条 城乡居民基本医疗保险待遇包括住院待遇、门诊待遇和其他医疗保险待遇。一个年度内，城乡居民基本医疗保险基金累计最高支付30万元/人。

第十二条 住院待遇。参保人员在协议医疗机构住院发生的

政策范围内医疗费用，按照下列规定执行:

（一）普通住院。普通住院设置起付线，起付线以下费用由个人自付，起付线以上、基金支付限额以内的费用，由城乡居民基本医疗保险基金和个人按比例分担。

1.起付线和基金支付比例。参保居民在一级医院（含乡镇卫生院、社区卫生服务中心）、二级和县级医院、市三级医院、省属三级医院住院治疗的，起付线分别为200元、500元、700元、1000元，基金支付比例分别为90%、85%、80%、75%。

参保居民到市域外（不含省外）住院治疗的，上述类别医疗机构起付线增加1倍，基金支付比例降低5个百分点。

2.住院起付线减免。

（1）参保学生、18周岁及以下居民住院起付线减半。

（2）恶性肿瘤放化疗等需要分疗程间段多次住院的特殊疾病患者，在同一医疗机构住院的，一个参保年度内只设一次起付线。

（3）贫困人口在县域内乡镇卫生院及县级医院、市级医院、省级医院住院起付线分别为100元、300元、500元、1000元。

（4）实行双向转诊的，免除上转首次及下转第二次住院起付线。

3.保底报销待遇。普通住院发生的符合规定的医药费用（不含住院起付线）实行保底报销，报销比例为45%。

（二）按病种分组付费住院待遇。参保居民执行按病种分组

付费不设起付线，不限定药品目录和医疗服务项目目录。按病种（含按疾病相关分组）付费办法由市医疗保障部门会同市财政部门按照省相关规定另行制定。

（三）日间手术、放化疗待遇。日间手术、放化疗发生的医疗费用，纳入住院管理。

第十三条 门诊待遇按照以下规定执行：

（一）基层普通门诊。居民在参保地乡镇卫生院（社区卫生服务中心，下同）、一体化管理的村卫生室（社区卫生服务站）发生的普通门诊费用，医保基金按照 60%比例支付，单次最高支付限额分别为 50 元、20 元，年度基金累计最高支付 100 元/人。

贫困人口普通门诊年度基金累计最高支付 200 元/人，限额内实际报销比例为 70%。

（二）大额普通门诊。一个年度内，参保居民在二级及以上医疗机构普通门诊（不含慢性病门诊）发生的政策范围内医药费用，单次达到 200 元且年度累计超过 500 元的，超过部分医保基金按照 60%比例支付，年度基金累计最高支付 2000 元/人。

（三）大学生普通门诊。在校大学生普通门诊可以按照 50 元/人标准由学校包干使用，不再享受基层普通门诊和大额普通门诊待遇。

（四）慢性病门诊。参保居民患有我市规定的门诊慢性病病种，可以申请慢性病门诊待遇。具体办法由市医疗保障部门会同

市财政部门另行制定。

（五）高血压糖尿病门诊用药保障。参保居民高血压、糖尿病患者，需要门诊长期治疗但未达到门诊慢性病标准的，纳入高血压糖尿病门诊用药保障范围。具体办法由市医疗保障部门会同相关部门另行制定。

第十四条 其他医疗保险待遇。

（一）住院分娩补助。参保产妇住院分娩发生的生育医疗费用定额补助 1200 元。产妇在妊娠期或分娩期因并发症住院产生的医疗费用，按照同类别医院住院医疗保险待遇执行，不再享受分娩定额补助。

（二）残疾人辅助器具补助。残疾人装配辅助器具按照装配费用的 50%比例给予补助，补助周期为五年。下肢残疾人装配下肢假肢，每具大腿假肢最高补助 2000 元，每具小腿假肢最高补助 1000 元；7 周岁及以下听力障碍儿童配备助听器，每只最高补助 3500 元。

符合规定的残疾人，凭残疾人证复印件、辅助器具装配单及发票在参保地经办机构办理补助手续。

（三）捐赠器官或组织手术。参保居民捐赠器官或组织发生的政策范围内住院医疗费用（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），由医疗保险基金全额支付。

第十五条 参保居民在市外医疗机构住院治疗的，应当按照

《合肥市基本医疗保险异地就医管理办法》办理备案、转诊等相关手续。省外就医起付线按照当次住院总费用 20%计算（不足 2000 元的按照 2000 元计算，最高不超过 1 万元），报销比例为 60%；未办理转诊手续的报销比例为 50%。

第四章　大病保险

第十六条　参加城乡居民基本医疗保险的居民（含在校大学生）全部纳入大病保险保障范围，享受大病保险待遇时间与基本医疗保险待遇时间一致。

第十七条　参保人员发生的住院医疗费用及慢性病门诊医疗费用，在享受基本医疗保险待遇后，一个年度内个人负担的合规医疗费用（不含基本医疗保险起付线）累计超过大病保险起付线部分，由大病保险给予保障。

第十八条　城乡居民大病保险起付线为 1.5 万元，贫困人口在省内发生的医疗费用大病保险起付线为 0.75 万元。城乡居民大病保险不设封顶线。

第十九条　大病保险实行分段按比例支付，起付线以上（不含本数，下同）5 万元以下（含本数，下同）报销 60%、5 万元以上 10 万元以下报销 70%、10 万元以上 20 万元以下报销 75%、20 万元以上报销 85%。贫困人口大病保险分段支付比例分别提高 5 个百分点。

第五章　就医服务

第二十条　城乡居民就医按照《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》、《安徽省城乡居民基本医保和大病保险负面清单》、《安徽省基本医疗保险慢性病门诊用药目录》等相关规定执行。

第二十一条　城乡居民基本医疗保险按照规定实行医药机构协议管理，建立健全协议医疗机构准入退出机制，实行动态管理。协议医药机构应当严格执行城乡居民基本医疗保险政策，认真履行医疗保险服务协议，规范诊疗行为，严格掌握疾病入院指征和住院标准，因病施治，合理用药。医药机构协议管理办法由市医疗保障部门会同市财政、市卫生健康部门另行制定。

第二十二条　协议医药机构应当按照城乡居民基本医疗保险信息系统建设规范要求，完善医药机构信息系统，与医保信息系统实现对接并实时传输诊疗信息、费用信息、医疗保险智能监控信息。

第二十三条　参保居民持社会保障卡（或二代身份证、其他有效身份证件）在协议医疗机构就医产生的医疗费用，基金支付部分由医保经办机构与协议医疗机构结算，个人自付部分由个人在医疗机构即时结算。

第二十四条　推进基层首诊、分级诊疗、双向转诊，引导参保人员合理就诊，规范就医。不通过县级医院转诊或不符合转诊

条件（非重大疾病或疑难杂症）在市级、省级医院住院治疗的，起付线增加1倍、基金支付比例分别降低5个、10个百分点（急诊抢救除外）。

鼓励参保人员与家庭医生签订医疗服务协议，医保基金根据服务内容给予适当补贴。具体办法由市医疗保障部门会同市财政、市卫生健康部门另行制定。

急诊急救病人、70岁以上老年人、0-3岁婴幼儿在全市范围内可以按照“就近就医”原则选择定点医疗机构诊治。

第六章　基金管理

第二十五条　城乡居民基本医疗保险基金遵循以收定支、收支平衡、略有结余的原则，确保应当支付费用及时足额拨付，提高基金使用效率。建立城乡居民基本医疗保险基金结余动态监测机制，建立健全基金运行风险预警机制，防范基金风险。

城乡居民基本医疗保险基金实行市级统收统支、分级核算管理，具体考核补亏办法由市医疗保障部门会同市财政部门另行制定。

第二十六条　城乡居民基本医疗保险基金由居民个人缴费、政府配套补助资金、基金利息收入和其他收入组成。城乡居民基本医疗保险基金纳入财政专户管理、专款专用，任何单位和个人不得挤占、挪用。

坚持城乡居民基本医疗保险基金收支运行情况信息公开制度，建立健全基金预决算制度、财务会计制度，加强基金收支管理，强化基金内部审计和外部监督。

第二十七条 城乡居民基本医疗保险基金实行总额控制下的按病种、按人头、按床日、按项目等多种付费方式相结合的复合式支付方式，有效控制医疗费用增长。

第七章 经办管理

第二十八条 建立全市统一的医疗保障信息系统，实现市、县（市）、乡镇（街道）、村（社区）实时联网，满足城乡居民基本医疗保险信息发布、参保缴费、看病报销、统计分析、投诉举报、监督管理、智能审核监控、费用审核拨付和一站式结算等管理和服务需要。建立城乡居民基本医疗保险移动支付缴费系统，方便居民参保缴费。

第二十九条 市医疗保障部门制定全市统一的城乡居民基本医疗保险管理制度、经办流程、工作标准和业务规范，推进经办标准化建设，提升服务质量和水平。

第三十条 城乡居民基本医疗保险和大病保险按照相关规定，可以委托商业保险机构经办或承办。商业保险机构按照“收支平衡、保本微利、自负盈亏”原则承办居民大病保险，医疗保障基金管理机构与商业保险机构签订服务协议，实行合同管理。

商业保险机构经办考核管理办法由市医疗保障部门另行制定。

第八章　附　　则

第三十一条　住院政策范围内医药费用指符合“两个目录”和“负面清单”规定纳入报销范围的医药费用。城乡居民大病保险合规医药费用指符合“负面清单”规定的医药费用。

第三十二条　本办法由市医疗保障部门负责解释。

第三十三条　本办法自 2020 年 1 月 1 日起施行，有效期 1 年。

安徽省城乡居民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	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
6	《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
7	《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
8	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
9	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
10	医疗机构发生的非医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
11	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
12	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
13	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

序号	项目费用	按项目报销	按保底报销	大病保险报销
14	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
15	气功疗法、音乐疗法、保健性营养疗法等辅助性治疗项目费用	不纳入	不纳入	不纳入
16	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
17	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
18	各种不育（孕）症（另有规定的除外）	不纳入	不纳入	不纳入
19	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
20	临床实验类诊疗项目费用	不纳入	不纳入	不纳入
21	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
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	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

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院、检察院，合肥警备区，各人民团体，各民主党派。