肆拾玖坊
陪人生贵人 喝肆拾玖坊
江湖一杯酒 天下皆朋友
加盟热线:杨先生 13772987777

安康市城乡居民基本医疗保险市级统筹办法实施细则(摘录)

(自2020年1月1日起执行)

根据《安康市城乡居民基本医疗保险市级统筹办法》,结合我市实际,制定本实施细则。

第一章　参保缴费

第一条 凡符合我市参保规定的城乡居民,参加城乡居民基本医疗保险(以下简称"城乡居民医保")时,提供本人户口簿或身份证、居住证到所在地参保登记缴费。

第二条 以下人员还需提供相关材料:

(一)新生儿参保需提供出生医学证明(或死亡证明),母亲未在本统筹区参保的还需提供参保(城镇职工医保或城乡居民医保)证明;

(二)残疾人员需提供《中华人民共和国残疾人证》;

第三条 城乡居民办理参保登记后,须在规定缴费期内足额缴纳医保费。

第四条 安康市境内各类全日制普通高等学校(含民办学校)、职业院校的学生,在缴费期内由所在学校统一组织,提供集体户口簿(卡)、学籍证明等相关资料,到所在地参保登记缴费。

第五条 城乡居民医保实行年度缴费制。集中缴费期原则为每年9月1日至12月31日,待遇享受期为缴费次年的1月1日至12月31日;大中专学生按学年度缴费,缴费期为每年9月1日至12月31日,待遇享受期为学制年度内9月1日至次年的8月31日。以上待遇享受期统称为"一个待遇年度"。

第六条 城乡居民基本医保个人缴费标准及各级财政补助标准按中、省规定标准执行。参保人员执行统一缴费标准。

第七条 医疗救助资金对特困人员(城市"三无"、农村"五保"、孤儿)参加城乡居民基本医保个人缴费部分实行全额资助,对最低生活保障对象和贫困重度残疾人给予定额资助,建档立卡贫困人口参保个人缴费实行省市县三级财政定额补贴。资助标准不重复享受。

贫困重度残疾人由县区残联向同级医保经办机构提供资助对象名单;农村建档立卡贫困人口由县区扶贫部门向同级医保经办机构提供资助对象名单;城乡低保对象和特困供养人员由县区民政部门向同级医保经办机构提供资助对象名单。

第二章　医保待遇

第八条 城乡居民参保人员医保待遇主要包括门诊待遇、门诊慢特病待遇、住院待遇。在一个待遇年度内发生的城乡居民医保基金支付范围的医疗费用,具体标准如下:

(一)门诊待遇

1.支付范围。取消城乡居民医保个人(家庭)账户,在本市一级协议定点医疗机构,镇、村(社区)定点医疗机构实施门诊统筹。支付范围为一般诊疗费、门诊治疗费、医技检查费、政策范围内药品费。一般诊疗费支付标准按照省级有关规定执行。

2.支付标准。参保人一个年度内发生的门诊医疗费用,在定点社区卫生服务中心、镇卫生院及本市一级协议定点医疗机构就诊的,基金支付50%;在村卫生室、社区卫生服务站就诊的,基金支付60%。年度基金支付限额为100元/人。

3.在统筹区外发生的门诊医疗费不予支付。

(二)门诊慢特病待遇

1.支付标准。门诊慢特病基金支付不设起付线,按比例进行支付,年度封顶。

序号	病种	支付比例(%)	限额(万元)	备注
1	白血病	70	2	限药物检查费用
2	肝硬化(失代偿)	70	2	限药物检查费用
3	血友病	70	3	限药物
4	重度精神疾病	60	0.2	限药物
5	再生障碍性贫血	60	0.2	限药物
6	系统性红斑狼疮	60	0.2	限药物
7	白癜风	60	0.2	限药物
8	脑血管疾病后遗症(康复期)	60	0.1	限治疗费检查费药物费
9	类风湿性关节炎	60	0.1	限药物
10	慢性肺源性心脏病	60	0.1	限药物
11	慢性阻塞性肺疾病	60	0.1	限药物
12	肺结核	60	0.1	限治疗费检查费药物费
13	高血压病(二级以上)	60	0.1	限药物
14	糖尿病(并发症)	60	0.1	限药物
15	冠心病	60	0.1	限药物
16	癫痫	60	0.1	限药物
17	肾病综合症	60	0.1	限药物
18	甲状腺功能减退	60	0.1	限药物
19	帕金森病	60	0.1	限药物
20	甲状腺功能亢进	60	0.1	限药物
21	心肌病	60	0.1	限药物
22	大骨节病	60	0.047	
23	中重度氟骨症	60	0.063	
24	慢性克山病	60	0.15	

参保人同时申请两种或两种以上门诊慢特病时,只享受其中一种慢特病病种支付限额,就高不就低。

2.申报资料。门诊慢特病须本人申请,提供两年内的二级以上医院住院病历或门诊病历、阳性检查资料及报告单。

3.申报时间。符合门诊慢特病规定的参保人,随时向户籍所在地镇卫生院(社区服务中心)申报,镇卫生院(社区服务中心)完成初审后向县区医保经办机构按季度申报。

4.审核认定。县区医保经办机构收到申报资料后,组织相关专家按规定进行审核,10个工作日内完成审核认定。享受门诊慢特病待遇时间自审核认定之日起执行。门诊慢特病有效期为3年,期满后重新审核认定。

(三)高血压、糖尿病门诊专项保障

参加城乡居民医保,确诊为高血压、糖尿病,需要在门诊采取药物治疗的"两病"患者,通过普通门诊和门诊慢特病两种方式予以保障。已经通过门诊慢特病鉴定的,按照门诊慢特病政策支付。未达到门诊慢特病鉴定标准的,按照门诊"两病"专项政策执行,参保患者在镇、村(社区)定点医疗机构发生的政策范围内"两病"门诊药品费用,按50%比例支付,最高限额为300元。门诊慢特病支付剩余药费不再纳入"两病"门诊支付范围。

(四)门诊特殊治疗

肾透析、恶性肿瘤放化疗及规范靶向治疗、各类器官移植后术后抗排异治疗的门诊特殊治疗费用按70%比例支付。

(五)儿童苯丙酮尿症(含四氢生物蝶呤缺乏症)门诊待遇

1.支付对象:参加城乡居民医保,年龄在18周岁以下的苯丙酮尿症患儿,包括四氢生物蝶呤缺乏症患儿。

2.支付范围:苯丙酮尿症治疗性食品(不含或低苯丙氨酸成分的米、面、奶粉、蛋白粉等)、专用药品(盐酸沙丙蝶呤、L-多巴、5-羟色胺等)以及门诊检查费用(血苯丙氨酸、苯丙氨酸/酪氨酸、尿蝶呤谱、红细胞二氢蝶啶还原酶活性、血常规、肝肾功等)。

3.支付标准:

病种名称	限定年龄	医保基金支付范围	费用限额标准	医保基金支付比例
苯丙酮尿症(pku)	0-3周岁	门诊检查费用及治疗性食品药品费用	限额1.5万元/年	70%
	4-14周岁		限额1.7万元/年	
	15-18周岁		限额2万元/年	
四氢生物蝶呤缺乏症(bh4d)	0-3周岁	门诊检查费用及治疗性食品药品费用	限额1.6万元/年	70%
	4-14周岁		限额1.8万元/年	
	15-18周岁		限额2万元/年	

(六)住院待遇

参保人住院发生的政策范围内医疗费用,起付标准以上、基金支付限额以下部分,由城乡居民医保基金按规定支付。

1.支付标准

级别	定点医疗机构	起付标准(元)	支付比例(%)
统筹区内	一级医院	200	80
	二级医院	600	70
	三级医院	1000	60
统筹区外	一级医院	500	70
	二级医院	2000	60
	三级医院	3000	50

2. 参保人一个待遇年度内在二级以上定点医疗机构第二次住院起付标准降低30%,第三次住院起付标准降低50%,第四次住院及以上不设起付标准。其中:14周岁以下参保儿童和80周岁以上参保老人年度内第一次住院起付标准降低40%,第二次住院起付标准降低60%,第三次及以上不设起付标准。参保人员因恶性肿瘤放化疗、肾透析、精神疾病,一个待遇年度内在同一定点医疗机构住院的,只计算一次起付标准。

3. 参保人住院期间的门诊和外购药品费用,基金不予支付。参保人员除急诊急救外,在非定点医疗机构住院的医疗费用,基金不予支付。

第九条 住院期间,除不予支付的医用耗材外,医用耗材单价在3000元(含3000元)以下的,全额纳入支付范围;单价在3000元至8000元(含8000元)之间的,按60%纳入支付范围;单价8000元以上的按50%纳入支付范围。

第十条 住院期间,单项检查费用在400元(含400元)以上的,按60%纳入支付范围;血液及血液制品按60%纳入支付范围。

第十一条 住院期间,因医院不具备条件,为了明确诊断,由临床科室申请,医务科审核同意后,在其他定点医疗机构产生的检查费用纳入当次住院费用支付范围(不含与当次住院主要诊断无关的检查项目费用)。

第十二条 参保人在定点医疗机构住院前72小时所发生的门诊检查费用纳入当次住院费用支付范围(不含与当次住院主要诊断无关的检查项目费用)。

第十三条 院前急诊急救

(一)参保人因急诊急救72小时内转入住院后,急诊急救时所发生的政策范围内费用纳入当次住院费用支付。

(二)参保人因急诊急救72小时内转往其他定点医疗机构救治的,其政策范围内费用按转入医院、转出医院住院标准支付。

(三)参保人在定点医疗机构急诊急救过程中死亡的,产生的政策范围内费用,不设起付标准,按该院住院支付标准支付。

(四)参保人在同一定点医疗机构急诊急救超过72小时仍未转入住院所产生的费用不予支付,其费用由定点医疗机构承担。

第十四条 参保人一个待遇年度内发生的医疗费用,城乡居民医保基金累计最高支付限额为12万元。

第十五条 医疗服务设施(床位费)可纳入基金支付范围的最高标准确定为:三级32元/床·日,二级25元/床·日,一级(含社区卫生服务中心、镇卫生院)18元/床·日。

第十六条 脱贫攻坚期内,建档立卡贫困人员在各级各类定点医疗机构就诊,按城乡居民医保扶贫政策标准执行。

第十七条 退役军人退役当年没有享受城镇职工医保待遇的,可享受城乡居民医保待遇,当年不缴费,享受待遇时需提供退役证明。

第十八条 参保人因意外伤害所发生的医疗费用,由医保经办机构审核确认,属于医保基金支付的按规定支付。

安康市生育保险和职工基本医疗保险合并实施细则(摘录)

(自2020年1月1日起执行)

为了全面贯彻落实陕西省医保局、财政厅、人社厅、卫健委、税务局《关于印陕西省生育保险和职工基本医疗保险合并实施方案》(陕医保发〔2019〕11号)精神,遵循"保留险种、保障待遇、统一管理、降低成本"的总体思路,制定《安康市生育保险和职工基本医疗保险合并实施细则》(以下简称"实施细则")。

第一章 参保登记

第一条 合并实施后,本市行政区域内的国家机关、事业单位、社会团体、各类企业公司等单位(以下简称用人单位)在职职工在参加职工医疗保险的同时,应同步参加生育保险。灵活就业人员可自愿参加生育保险,困难企业人员不参加生育保险。非公有制企业人员参保的,按照"属地管理"原则由企业经营活动所在县(区)医保部门参保登记。

第二章 基金征缴

第二条 合并实施后,生育保险费并入职工基本医疗保险费征收,新的缴费费率按照生育保险和职工基本医疗保险的缴费比例之和确定,缴费基数与核定的职工基本医疗保险缴费基数保持一致,统一征缴。用人单位及其在职职工参加职工基本医疗保险,缴费费率为:财政全额供养机关事业单位、社会团体8.2%(其中个人缴费费率为2%),企业及其他单位8.6%(其中个人缴费费率为2%)灵活就业人员8.2%。根据中省政策和我市职工医保基金情况,按照收支平衡的原则,建立费率动态调整机制。

第三条 合并实施后,生育保险和职工基本医疗保险以"城镇职工基本医疗保险"科目原则上按年度实施征缴,集中登记缴费时间为每年元月1日到6月底,由税务部门按照相关规定进行"全责征缴"。

第三章 基金管理

第四条 将生育保险基金并入城镇职工医保基金专户管理后,不再单列生育保险基金收入,在职工基本医疗保险待遇支出中设置生育保险待遇支出项目,完善信息统计,及时全面准确反映生育待遇享受人员、基金运行、待遇支付等情况。合并实施后职工基本医疗保险基金严格执行社会保险基金财务制度,完善生育保险监测指标,确保基金安全运行;执行我市城镇职工基本医疗保险基金管理相关政策制度。

第五条 合并实施后建立市职工医保基金财政专户,实行收支两条线管理,专款专用,不得挤占挪用,不得用于平衡财政预算。由各县区财政部门每月底前将本县(区)职工医保基金统一上解市财政专户,市财政专户按时将职工医保基金划拨到市医疗保障局城镇职工医保基金专户。市医疗保险经办处、各县(区)医保部门根据年度计划和基金结存量,向市医保局申请基金用款,市医保局报市财政局同意后下拨。

第六条 建立市级风险调剂金制度。合并实施后,每年按照基金的5%提取并建立风险储备金制度,总量最高不得超基金的10%。管理按照城镇职工基本医疗保险风险储备金相关政策制度执行。

第四章 待遇保障

第七条 享受生育保险待遇的对象。

1.结婚、生育符合《婚姻法》《计划生育条例》等有关法规规定。

2.用人单位职工连续参加生育保险12个月以上的。

第八条 生育住院分娩、产前检查按人头方式结算,不享受城镇职工大病保险、大病救助和补充医疗保险待遇。具体结算标准如下:

类别		三级医院	二级医院	一级医院
住院分娩	阴式产	2500	2000	1500
	剖腹产	4500	4000	3500
产前检查			800	

第九条 怀孕流产医疗费支付标准。女职工符合计划生育政策怀孕4个月以上(含4个月)生育或引、流产的,按上述标准享受待遇,怀孕4个月以下的享受城镇职工医保待遇。非医学原因终止妊娠的不享受生育保险待遇。

第十条 生育医疗费用和生育津贴所需资金从职工基本医疗保险统筹基金中及时足额支付。参保女职工产假期间工资改为生育津贴,不重复享受。生育津贴支付期限按照《陕西省女职工劳动保护特别规定》的期限执行,职工医保基金按照职工所在用人单位本人月缴费基数标准进行支付。财政全额供养机关事业单位、社会团体在编在岗人员产假期间工资按照原渠道支付,不享受生育津贴。参保的灵活就业人员、连续参加生育保险不足12个月用人单位的参保人员、领取失业金期间并符合国家政策生育的失业人员,只享受生育医疗费和产前检查费,不享受生育津贴。

第十一条 女职工生育并发症产生的住院医疗费用,享受职工医疗保险相关政策待遇。

第十二条 对已参加职工生育保险且达到缴费期限单位中男职工未就业的配偶,其配偶只享受生育医疗费和产前检查费,不享受生育津贴。

第十三条 合并实施后,用人单位未参保的,女职工生育或引、流产费用的生育津贴,由用人单位按照女职工生育或引、流产前的工资标准支付工资,产生的医疗费用应报销部分由用人单位支付。

安康市城乡居民大病保险实施方案(摘录)

(自2020年1月1日起执行)

为了减轻城乡居民大病医疗费用,维护人民群众健康权,建立统一、多层次的城乡居民大病保障体系。根据《国务院办公厅关于全面实施城乡居民大病保险的意见》(国办发〔2015〕57号)、《国家医保局财政部关于做好2019年城乡居民基本医疗保障工作的通知》(医保发〔2019〕30号)、《陕西省医保局关于进一步整合完善城乡居民基本医疗保险制度的通知》(陕医保发〔2019〕7号)和《安康市人民政府关于印发安康市城乡居民基本医疗保险市级统筹办法的通知》(安政发[2019]24号)精神,结合我市实际,制定本实施方案。

一、基本原则

(一)以人为本、保障大病。建立完善城乡居民大病保险制度,不断提高大病保障水平和服务可及性,着力维护人民群众健康权益,切实避免参保居民因病致贫、因病返贫。

(二)市级统筹、统一制度。统一参保范围、统一缴费标准、统一待遇水平、统一管理办法、统一选定承办机构。加强基本医保、大病保险、医疗救助等制度的衔接,发挥协同互补作用,形成保障合力。

(三)政府主导、专业承办。强化政府在制定政策、组织协调、监督管理等方面职责的同时,采取商业保险机构承办大病保险的方式,发挥市场作用和商业保险机构专业优势,提高大病保险运行效率、服务水平和质量。

(四)稳步推进、持续实施。坚持大病保险保障水平与经济社会发展、医疗消费水平和社会负担能力等相适应。强化社会互助共济,形成政府、个人和保险机构共同分担大病风险的机制,实现大病保险稳健运行和可持续发展。

(五)收支平衡,保本微利。大病保险实行专账管理、独立核算,当年基金收支基本平衡,合理测算筹资标准及保障水平,稳妥起步,规范运行,保障资金安全,保险机构保本微利。

二、保障待遇

(一)享受对象和范围。城乡居民大病保险的保障对象为参加本市城乡居民基本医疗保险的人员。大病保险保障时间按照自然年度进行,每一年度的享受待遇期原则上为当年1月1日至12月31日,中专学生为当年的9月1日至次年的8月31日。

(二)筹资机制。1、筹资标准。结合我市筹资能力、大病医疗费用和基本医疗支付水平等因素,2020年城乡居民大病保险筹资标准为参保人员每人每年60元。根据中省要求和我市经济发展水平、医疗保险筹资能力、患大病发生高额医疗费用的情况、基本医疗保险支付水平以及大病保险保障水平等因素,适时调整城乡居民大病保险的筹资标准。2、资金来源。从城乡居民基本医疗保险基金中划转一定比例或额度作为大病保险资金,参保城乡居民个人不缴费。

(三)支付标准。参保人住院治疗医疗费用经过城乡居民基本医疗报销后,应由个人自付的政策范围内医疗费用个人年度单次或累计达到起付线以上部分,由大病保险基金实行分段按比例累加支付。城乡居民大病保险基金支付起付线标准为1万元。

支付标准为:1万元(不含)至5万元(含)支付60%,5万元(不含)至10万元(含)支付70%,10万元(不含)以上支付80%,封顶线为30万元。

建档立卡贫困人口支付标准提高5个百分点,即:0.5万元(不含)至5万元(含)支付65%,5万元(不含)至10万元(含)支付75%,10万元(不含)以上支付80%(最高不超过80%),不设封顶线。

参保人一个年度内多次住院,只负担一次大病保险起付线,大病保险报销后剩余部分,年度内报销时不再累计计算。参保人跨年度住院的,按出院时间所在年度的大病保险政策规定支付。

(四)支付范围。大病保险基金支付的医疗费用,严格按照中省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医用耗材目录和医疗服务设施范围目录执行。设置的起付线标准和其他中、省、市明确规定不由医保基金支付的医疗费用不纳入大病保险基金支付范围。