

临夏回族自治州人民政府办公室关于印发 临夏州城乡居民基本医疗保险州级 统筹实施方案的通知

临州办发〔2018〕75号 2018年9月4日

各县(市)人民政府,州政府有关部门,有关单位:

《临夏州城乡居民基本医疗保险州级统筹实施方案》已经州政府同意,现印发给你们,请结合各自实际,认真贯彻执行。

临夏州城乡居民基本医疗保险 州级统筹实施方案

为深入贯彻落实省委、省政府精准扶贫决策部署,全面执行健康扶贫各项政策,健全完善城乡居民基本医疗保险制度,提高医疗保障水平。根据《中华人民共和国社会保险法》、甘肃省人民政府办公厅《关于完善甘肃省城乡居民基本医疗保障政策的通知》(甘政办发〔2018〕73号)和《临夏州整合城乡居民基本医疗保险制度实施方案》(临州府发〔2017〕36号)精神,结合我州实际,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,深入贯彻党的十九大精神,不断深化医药卫生体制改革,坚持以人为本、城乡统

筹,以建立统一规范的城乡居民医疗保障制度为目标,进一步深化支付方式改革,不断扩大覆盖范围,科学调整待遇水平,全面提升服务能力,确保城乡居民人人享有基本医疗保障服务。

二、基本原则

(一)坚持筹资标准、保障能力与经济社会发展水平相适应。

(二)坚持个人缴费与政府补助相结合,基本保障与责任分担相结合。

(三)坚持强化州、县(市)两级分级管理责任,实行州级统,分级管理的原则。

(四)坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则。

(五)坚持统筹协调,实施住院统筹、门诊统筹、门诊慢性特殊疾病报销、大病保险和特殊人群医疗救助兜底保障相结合的原则。

三、目标任务

坚持“政策统一、管理规范、基金共济、运行稳健”的工作思路,建立科学规范、运转协调、高效便捷、保障有力的城乡居民基本医疗

保障制度,实现城乡居民医保统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一协议管理、统一基金监管、统一经办规程、统一信息系统的“八统一”管理。

四、统筹政策

(一)统一覆盖范围

城乡居民医保制度覆盖范围为全州范围内不属于职工医疗保险参保范围的农村居民,城镇非从业居民(含大中专学生、中小學生、学龄儿童、婴幼儿)和国家、省上规定的其他人员均可参加城乡居民医保。农民工和灵活就业人员依法参加职工基本医疗保险,有困难的可按照相关规定参加城乡居民医保。

(二)统一筹资政策

城乡居民医疗保险基金采取个人缴费和财政补助相结合的方式筹集。鼓励集体、单位或其它社会经济组织对个人缴费给予扶持或资助。完善筹资动态调整机制,根据国家要求、经济发展水平、居民收入状况、医疗消费需求等情况,实行动态调整。

1. 筹资标准。2018年城乡居民年人均筹资标准为670元,其中各级财政补助490元,个人缴费180元(学生100元)。每年的人均筹资标准按国家、省上的规定执行。

2. 缴费方式及时间。城乡居民参保缴费原则上以家庭为单位,学生以学校为单位参保缴费。参保人员按年度一次性缴纳全年医疗保险费,登记缴费期为每年的7月1日-12月31日,次年1月1日-12月31日享受规定的城乡居民医保待遇。新生儿应在出生6个月内由监护人持户口簿等相关资料办理参保手续,缴纳出生当年的医疗保险费后,从出生之日起享受当年城乡居民基本医保待遇。

3. 资金划分。2018年在人均筹资标准中,

将75元划入大病保险补偿资金(10元用于执行建档立卡贫困人口“10元85%”政策),110元划入门诊统筹报销资金(其中80元作为普通门诊补偿资金,30元作为门诊慢性特殊疾病报销资金),剩余部分划入住院统筹报销资金。

州、县(市)财政部门要将城乡居民医保政府补助纳入年度预算安排,并确保及时、足额拨付到位。逐步建立个人缴费标准与城乡居民人均可支配收入相衔接的机制,在提高政府补助标准的同时,适当提高个人缴费比重。对低保对象、特困供养人员、孤儿、建档立卡贫困人口参加城乡居民医保的个人缴费部分,由县(市)民政部门给与全额和定额资助。

(三)统一保障待遇

参保城乡居民在定点医疗机构发生的符合政策规定的医疗费用,在起付标准以上、最高支付限额以下的部分按规定享受基本医疗保险待遇。一个结算年度内,支付符合政策规定的住院费用,基金累计最高支付限额为8万元。门诊慢性特殊疾病年累计最高支付限额为6万元。国家和省、州规定的专项补助项目先执行补助政策,剩余部分纳入统筹基金支付范围。

1. 住院报销

(1)住院起付线:乡(镇)、县(市)、州、省四级定点医疗机构住院报销起付线分别为:150元、500元、800元、3000元。

(2)住院报销比例:乡(镇)、县(市)、州、省四级医疗机构报销比例分别不低于85%、75%、65%、60%。

(3)跨省异地就医报销:按照省医改办、省人社厅、省卫生计生委、省财政厅关于印发《甘肃省城乡居民基本医疗保险跨省异地就医直接结算方案(实行)》(甘医改办发〔2018〕

11 号)通知要求办理。

(4)年累计住院最高限额:城乡参保患者年内多次住院年度内累计报销金额最高为 80000 元。

(5)大病保险:城乡居民医疗费用经基本医保报销后剩余合规费用年内累计在 5000 元以上的纳入大病医疗保险,由大病保险经办机构根据相关规定报销;农村建档立卡贫困人口、城乡低保、特困供养人员大病保险报销起付线降为 2000 元。

(6)分级诊疗病种报销:住院病人严格执行分级诊疗制度,医疗费用实行单病种定额报销,参保患者按规定支付自负费用。应坚持逐级转诊的就诊原则,不得越级诊疗。对未办理转诊手续,越级诊疗患者相应降低报销比例。在省级和州级定点医疗机构医疗费用分别按全州分级诊疗病种的 35%和 60%报销。孕产妇、5 岁以下儿童、65 岁以上老年人,在省级和州级定点医疗机构医疗费用分别全州按分级诊疗病种的 40%和 65%报销。

(7)50 种重大疾病报销:重大疾病不设起付线,每个病种设定最高支付限额,符合规定费用在相应病种最高支付限额内的,统筹基金报销比例为 70%。具体报销办法、报销标准及规定按照省医改办《关于统筹开展基本医保重大疾病患者住院费用即时结报业务的通知》(甘医改办发[2017]21 号)文件执行。

(8)一般诊疗费报销:按照省发改委、省财政厅、省人社厅、省卫生计生委相关通知,各基层医疗卫生机构继续执行“一般诊疗费”收费标准和医保支付政策。

2.门诊统筹

(1)普通门诊。城乡居民普通门诊报销实行门诊统筹管理办法,人均统筹定额为 80 元/

年(乡级单次封顶线为 40 元,村级单次封顶线 30 元),报销比例为 70%,家庭成员之间不得调剂使用,年底余额不结转到个人名下,转入统筹基金。

(2)门诊慢性特殊疾病。参保人员患有需要长期或终身在门诊治疗的门诊慢性特殊疾病,享受基本医疗保险待遇。一个结算年度内,门诊慢性特殊疾病实行定额管理,不设起付线,政策范围内费用的报销比例为 70%,累计不超过相应病种的最高支付限额。具体按照省医改办、省卫生计生委、省人社厅《关于印发甘肃省城乡居民基本医疗保险门诊慢性特殊疾病病种的通知》(甘医改办发[2017]8 号)文件执行。

3.特殊人群补偿

(1)特困供养人员,农村低保一、二类保障对象,持有一级、二级残疾证的残疾人,享受抚恤定补的各类优抚对象(1-6 级残疾军人除外),两女结扎户,独生子女领证户等六类人员,普通疾病住院报销比例在统一报销标准基础上提高 10%。

(2)建档立卡贫困人口住院报销实行零起付线,门诊、住院报销比例在全州统一报销标准基础上提高 10%。对建档立卡贫困人口合规医疗费用经基本医保报销后,达不到大病保险条件,实际报销比低于 85%的部分;或者经基本医保和大病保险报销后,达不到医疗救助条件,实际报销比例低于 85%的部分执行“10 元 85%”报销政策。对建档立卡贫困人口个人自付合规费用经基本医保、大病保险报销后,个人自付合规费用年累计超过 3000 元以上的部分,由民政部门通过民政救助兜底解决。

严格执行脱贫不脱政策规定,已脱贫的

建档立卡贫困人口继续享受城乡居民相关医疗待遇。

(3)宫颈癌、乳腺癌参保患者的住院费用报销比例提高5%。农村孕产妇住院分娩报销按省卫计委、省财政厅、省人社厅《关于做好农村孕产妇住院分娩报销工作的通知》(甘卫发〔2018〕135号)文件要求,纳入城乡居民基本医保支付范围。

(4)将20项国家基本医疗保障康复项目及新增部分医疗康复项目,按照省人社厅、省卫生计生委、省残联等单位《关于转发<人力资源和社会保障部、卫生和计划生育委员会、民政部、财政部和中国残联关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保险支付范围的通知>的通知》(甘人社通〔2016〕200号)执行。

(5)中医药补偿。对各级定点医疗机构开展针灸、刮痧、推拿、拔火罐等中医适宜技术以及使用中药饮片所产生的合规门诊、住院费用,实行全额报销。

(6)意外伤害人员。在生产生活中发生意外伤害且无他方责任和无他方赔偿的,其住院费用纳入统筹基金支付范围。

(7)家庭医生签约对象服务费。家庭医生签约服务团队与建档立卡贫困人口签订的初级包和中级包服务费医保统筹基金分别承担25元和50元。具体按照省卫计委、省财政厅、省人社厅等部门下发的《甘肃省建档立卡贫困人口因病致穷返贫户“一人一策”健康帮扶指导方案》要求执行。

(8)其他人群。对危害严重的传染病和其他特殊疾病,按照国家和省上规定,适时调整相应的城乡居民医保待遇。

(9)优惠政策叠加。多种优惠政策叠加时,按就高不就低的原则只享受最高一种。

(四)统一医保目录

全州城乡居民医疗保险统一执行《甘肃省城乡居民基本医疗保险药品目录》和《甘肃省城乡居民基本医疗保险诊疗项目》,对目录外药品和诊疗项目及超标准收费、分解收费、自立项目收费等不合规费用,统筹基金不予支付。

(五)统一定点管理

按照省医改办、省卫生计生委、省人社厅《关于印发<甘肃省城乡居民基本医疗保险定点医疗机构协议管理办法>的通知》(甘医改办发〔2017〕7号)规定,做好定点医疗机构协议管理工作。

(六)统一基金管理

城乡居民医保基金严格执行《社会保障基金财务制度》,实行“收支两条线”管理。基金收入统一纳入社会保障基金财政专户管理,各县(市)医保经办机构设立统一的支出专户,用于基金的支出核算。建立风险调剂金制度,各县(市)按当年筹资基金总额的3%提取,累计达到15%不再提取。风险金统一上解州级财政专户,由州上统一调剂使用。

(七)统一经办规程

建立全州统一的参保登记、资金筹集、定点医疗机构管理、就医管理、费用审核结算、基金财务管理、监督稽核内控、统计分析、档案管理和信息系统管理等各项业务经办规程,着力提升城乡居民医疗保险经办服务管理水平。

(八)统一信息系统

建立全州统一的城乡居民医疗保险信息系统,不断完善异地就医直接结算功能,对定点医疗机构实行全程实时监管。搭建与大病保险、医疗救助等信息系统的对接平台,实现

基本医保、大病保险、医疗救助的“一站式”即时结算。

五、组织保障

(一)加强领导。开展城乡居民基本医疗保险州级统筹是一项重大民生工程，事关人民群众切身利益。各级政府要将州级统筹工作纳入政府及相关部门的年度工作目标考核体系，强化工作措施，精心组织实施，确保州级统筹工作稳妥有序开展。

(二)明确职责。各县(市)政府是城乡居民医保制度建设的责任主体，要统筹做好本县(市)城乡居民医保工作。各乡镇(街道办事处)、村委会(社区)负责本辖区内参保人员个人基础资料审查、参保登记、缴费、信息采集、社保卡发放等有关工作。州医改办会同相关部门制定全州城乡居民医保相关政策制度，加强对城乡居民医保工作的督导考核。人社部门负责城乡居民医保业务经办、参保登记、基金筹集、协议管理，加强对医保经办机构、定点医疗机构基金监管。强化信息化建设和省内外异地就医联网即时结报，推动总额预付、“先诊疗、后付费”“一站式”结报工作的落实，2018年底实现医保基金的州级统筹。卫生计生部门负责医疗机构资格准入，加强医疗服务行为的监管。财政部门负责城乡居民医保基金的财务监管，负责按国家、甘肃省有关规定落实政府补助资金的预算和拨付，划拨基本医保医疗费结算资金。民政部门负责医疗救助相关政策的制定，按照规定对城乡低保、特困供养、建档立卡贫困人口等救助对象给予参保资助，并将符合条件的城乡居民纳入医疗救助范围，做好与基本医保信息系统的对接。发改(物价)部门负责医保诊疗项目价格和服务设施收费标准的制定及监督管

理，合理控制医疗服务价格水平。教育部门协助做好学生参保宣传动员工作，做好在校学生参保登记和参保金代收代缴工作。食品药品监管部门负责医保定点医疗机构药品的监督管理，确保药品安全。审计部门负责医保基金的审计监督工作。残联负责残疾人口身份的确认工作。扶贫部门负责建档立卡贫困人口身份的确认工作。大病保险经办机构负责在政务中心和定点医疗机构设立报销窗口，配备工作人员，做好与基本医保和民政救助的衔接，确保“10元85%”政策执行到位。州电信公司要全力做好乡镇卫生院和村卫生室“金保专网”接入和网络运行维护工作。

(三)提升能力。各县(市)要加强经办队伍建设，每个乡镇(街道)配备1-2名医保经办工作人员。州、县(市)要采取多种方式，加强业务培训，不断提升经办人员的服务效能。将城乡居民基本医疗保险工作经费按实际参保人数每人每年1-2元的标准纳入财政预算，由县(市)财政解决，保障城乡居民基本医疗保险业务经办、人员培训等方面的工作需要。全面推进以总额控制为基础的按病种付费、按人头付费、按床日付费、按疾病诊断相关分组(DRGs)付费等复合型付费方式改革，提高基本医疗保险基金使用和保障效率，减轻医保基金支出压力，推动医保制度持续健康发展。

(四)强化监管。各级医保经办部门要建立健全各项规章制度，完善和细化业务经办流程，确保经办规范、管理科学、服务到位。坚持医疗保险运行定期分析和监测预警制度，充分利用医保信息管理系统，及时防范和化解基金运行风险。严格执行医疗保险基金定期审计制度，切实加强基金监管，提高基金的安全性和使用效益。

六、其他事项

本方案自 2018 年 10 月 1 日起执行。州上原下发的《临夏州城镇居民基本医疗保险工作实施方案》(临州府办〔2014〕128 号)和州医改办、州卫生计生委、州人社局、州财政局下发的《临夏州城乡居民基本医疗保险支付方式改革实施方案（试行）》(临州医改办发〔2017〕17 号)同时废止。