

# 《宣城市基本医疗保险和生育保险市级统筹实施意见》政策解读

## 一、制定依据

（一）《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）

（二）《安徽省医疗保障局安徽省财政厅国家税务总局安徽省税务局安徽省扶贫开发工作办公室关于做好2020年城乡居民医疗保障工作的通知》（皖医保发〔2020〕15号）

## 二、主要内容

（一）主要目标：2021年1月1日起，开始实施政策制度、基金管理、协议管理、经办服务、信息系统“五统一”的基本医疗保险和生育保险市级统筹制度。

（二）基本原则：一是明晰职责权限。按照有关法律法规的规定，形成统一的政策制度和管理办法，推进医疗保障管理和服务规范化、标准化、法治化。

二是强化预算管理。基本医疗保险和生育保险基金由市级统一预算，统一组织实施，市、县（市、区）两级政府分别按规定落实财政补助、基金监管等责任，确保基金平稳运行。

三是注重待遇平稳衔接。统筹考虑各地政策差异，稳慎调整并统一待遇标准，确保参保人员待遇水平总体不降低，确保医保基金安全和制度运行平稳。

### （三）重点任务。

1. 统一政策制度。全市执行统一的基本医疗保险和生育保险参保范围、缴费标准、待遇政策、基本目录、就诊程序；

2. 统一基金管理。

（1）统一基金收支管理。从 2021 年起，全市基本医疗保险和生育保险基金各项收入全部归集到市级医保基金财政专户。全市基本医疗保险和生育保险基金各项支出由市级财政专户统一拨付。市医保中心根据年初核定的市直和各县（市、区）基金支出预算以及当期支出计划，报经市医保局审核后，统一向市财政局申报基金支出计划，市财政局复核后将所需资金从市级财政专户拨入市医保中心基金支出户，再从市医保中心基金支出户分别划拨到县（市、区）医保中心基金支出户。

（2）统一基金预算管理。市医保局及市医保中心会同市税务局，统筹编制基金预算。

（3）统一责任分担机制。按照责任分级负责、缺口合理分担的原则，市政府承担全市基本医疗保险和生育保险管理工作的主体责任，建立事权与财权相匹配、激励与约束相促进的市、县（市、区）两级政府基本医疗保险工作责任分担机制。具体分担办法由市财政局会同市医保局另行制定，报经市政府同意后实施。

（4）规范累计结余管理。市医保局委托第三方会计师事务所，对实施市级统筹前的各地基本医疗保险和生育保险

基金收支余情况进行审计。各地基本医疗保险和生育保险基金市级统筹前形成的基金缺口和相关债务，由各地负责弥补和清偿。各地 2020 年 12 月 31 日以前形成的基本医疗保险和生育保险基金累计结余，限期在 2021 年 4 月 30 日前按照审计确认数额全部归集上解至市级医保基金财政专户。

3. 统一协议管理。全市制定并执行统一的定点医药机构协议管理办法。执行统一的各类各级定点医药机构协议文本和考核办法。

4. 统一经办服务。全市制定并执行统一的基本医疗保险和生育保险参保登记等业务经办工作流程和服务规范。积极推进实现“一站式”“一窗式”“一件事”服务模式，健全市、县（市、区）、镇（街道）、村（社区）经办管理服务网络。

5. 统一信息系统。按照国家和省统一的医疗保障信息化建设意见和“智慧宣城”建设方案，高标准建设一体化智能医疗保障信息平台，构建统一、高效、共享、安全的市级医保信息系统。

（四）工作要求。实施意见自 2021 年 1 月 1 日起施行。本实施意见与之前我市有关文件规定不一致的，以本实施意见为准；如上级新出台或调整相关政策，按新的或调整后的政策执行。

# 《宣城市职工基本医疗保险和生育保险市级统筹实施办法(试行)》政策解读

## 一、基金征缴

(一) 参保范围。本市行政区域内的职工应当参加职工医保和生育保险。无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员(以下统称灵活就业人员),可以参加职工医保。

离休人员、六级以上伤残军人(原二等乙级以上革命伤残军人)以及关闭破产、改制国有和集体企业、事业单位符合国家原政策招录用的下岗退休职工,各地执行自有政策。

(二) 缴费费率费基。职工医保和生育保险合并实施后的职工医疗保险费由用人单位和职工按照规定共同缴纳,用人单位及其职工缴纳职工医疗保险费实行统一的缴费比例和缴费标准。国家机关、事业单位按 6.9%的费率缴纳职工医疗保险费,其他用人单位按 7.0%的费率缴纳职工医疗保险费。职工个人按 2%的费率缴纳职工医疗保险费。参保单位以上年度职工月平均工资为缴费基数。低于全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资 60%的,按 60%缴纳;高于全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资 300%的,按 300%缴纳。

灵活就业人员缴费基数为全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资 60%至 300%,由个人按照 8.5%的费率缴纳

职工医疗保险费，于每年 12 月 31 日前一次性缴纳下一年度职工医疗保险费。灵活就业人员被单位录用且参加职工医保的，可退还自单位缴费之月起至年底预缴的职工医疗保险费。失业人员在失业期间，按 8.5% 的费率缴纳职工医疗保险费，享受职工医保待遇。

（三）大额补充医疗保险。职工参加职工医保的同时，用人单位须为职工参加职工大额补充医疗保险，职工大额补充医疗保险资金原则上由用人单位按年缴纳。灵活就业人员参加职工医保的，须同时参加职工大额补充医疗保险。职工、灵活就业人员达到法定退休年龄时，职工大额补充医疗保险保费可按年缴纳，也可一次性缴纳 15 年后终身享受。职工大额补充医疗保险的保费原则上每年核定一次。

（四）登记缴费。用人单位应当自用工之日起三十日内，为其新增（恢复）职工向所属地医疗保险经办机构办理职工医保和生育保险申报登记，按月足额向税务部门缴纳职工医疗保险费。税务部门应当在规定的时间内，向医保经办机构提供征收情况。

（五）补缴年限。参加职工医保的个人，达到法定退休年龄时累计缴费达到 15 年的，退休后不再缴纳职工医疗保险费，按照规定享受职工医保待遇；未达到 15 年的，以退休时上月医保实际缴费基数 8.5% 比例补齐 15 年，最低缴费基数不得低于全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资，缴费后按照规定享受职工医保待遇。

（六）清偿标准。用人单位因破产、撤销、解散或其他原因终止的，应按规定清偿欠缴的职工医疗保险费。退休人员职工医疗保险费和大额补充医疗保险保费可一次性补足至规定年限。

## 二、医保待遇

（一）待遇享受期。用人单位按时足额缴纳职工医疗保险费后，参保人员自缴费当月起享受相应待遇。参保人员离职后，3个月内以灵活就业人员身份参加职工医保的，且缴费月份不间断，则不设待遇等待期；3个月后办理参保登记缴费的，按灵活就业人员参保处理。灵活就业人员连续缴纳职工医疗保险费满3个月后，方可享受职工医保待遇。

（二）个人账户。职工医保个人账户资金，由医保经办机构按月划拨。

（三）门诊慢性病。门诊慢性病分为门诊常见慢性病和门诊特殊慢性病。

（四）住院医疗待遇。参保人员在一个结算年度内发生合规医疗费用，起付标准以上、统筹基金最高支付限额以下的，由职工医保基金按比例支付。

1. 起付标准。第一次住院起付标准为：三级医院 700 元，二级医院 500 元，一级医院 300 元；第二次住院起付标准为：三级医院 500 元，二级医院 300 元，一级医院 200 元；第三次及以上住院起付标准为：三级医院 400 元，二级医院 200 元，一级医院 100 元。参保人员在市内住院治疗期间因病情

需要，由下级医院转至上级医院连续治疗的，起付标准采用补足差额的方式进行结算；上级医院转至下级医院连续治疗的，不再承担起付标准。

2. 报销比例：一级及以下医疗机构报销比例 96%；二级医疗机构报销比例 94%；三级医疗机构报销比例 92%；退休人员报销比例分别再提高 2%。

3. 支付限额。在一个自然年度内，职工医保统筹基金最高支付限额为 11 万元。最高支付限额由市医疗保障部门与市财政部门根据我市职工年平均工资水平适时调整。

4. 保底报销。住院及部分门诊特殊慢性病超过起付标准以上的医疗总费用（不含超标准的住院生活服务项目和服务设施费用）保底报销比例为 50%。

5. 统筹基金支付的乙类药品、高值耗材、部分支付类医疗服务项目，个人先自付比例为 5%，国家和省谈判药品按规定的个人先行自付比例执行。体内置放材料个人先行自付 15%。

6. 院外费用：住院期间因病情需要到外院检查或院外购买国家和省谈判药品的，其合规费用纳入当次住院报销。

7. 院前费用：在本市内同一医院入院前 3 天内的或市域外同一医院入院前 7 天内的与本次住院相关的门诊检查费用，可纳入当次住院报销。

（五）转外就医。参保人员按规定程序转诊，转往市域外当地医保定点医疗机构住院治疗的，个人先自付 10%后，

再按三级医院比例报销（其中恶性肿瘤、器官移植、肾透析个人自付比例为 5%），起付标准为 700 元/次。未按规定程序转诊，在市外定点医疗机构住院治疗的，个人先自付 25%后，再按三级医院比例报销，起付标准为 700 元/次。

参保人员外出期间，因突发急、危、重病抢救需立即住院治疗，就近在非参保地医疗机构发生的急诊和住院医疗费用，凭急诊病历、诊断证明等材料，视同按规定程序转诊享受报销待遇。

（六）异地就医。异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员在参保地医保经办机构办理异地就医备案手续后，市域外住院个人先自付 10%（其中恶性肿瘤、器官移植、肾透析个人自付比例为 5%）后，再按我市定点医疗机构报销政策执行。

（七）生育保险待遇。生育保险待遇按照《安徽省职工生育保险暂行规定》《宣城市生育保险和职工基本医疗保险合并实施办法》等有关文件执行。

（八）大额补充医疗保险待遇。职工医保统筹基金最高支付限额以上的合规医疗费用，由大额补充医疗保险按照协议赔付。

（九）不予支付情形。下列医疗费用不纳入职工医保基金支付范围：

1. 应当从工伤保险基金中支付的；
2. 应当由第三人负担的；



3. 应当由公共卫生负担的；
4. 在境外就医的；
5. 国家和省规定不予支付的其他情形。

### 三、医保关系管理

（一）中断期间待遇规定。用人单位及其职工欠缴医疗保险费，自欠缴当月起暂停个人账户资金划拨；在 3 个月内，足额缴纳欠缴的职工医疗保险费并由用人单位缴纳滞纳金后，享受中断期间内的个人账户和统筹待遇。超过 3 个月缴纳欠缴的职工医疗保险费并由用人单位缴纳滞纳金后，补齐个人账户，自缴费之日起享受统筹待遇，欠缴期间的统筹待遇不予支付。

（二）医保关系转移接续。职工医保关系原则上应与养老保险关系相一致，驻宣部省属机关、企事业单位除外。职工医保关系变动时，用人单位或本人应及时到医疗保险经办机构按规定办理职工医保关系转移接续手续。

1. 参保人员转移职工医保关系的，个人账户结余资金随同转移，无法转移个人账户资金的一次性结算给本人。

2. 灵活就业人员在 3 个月（含 3 个月）内转移接续职工医保关系并补缴中断期间职工医疗保险费的，视作连续参保，缴费年限合并计算，享受相应待遇；中断医保关系 3 个月以上的，中断期间的职工医疗保险费不予补缴，原参保缴费年限累计计算，待遇按首次参保规定执行。

（三）医保关系终止。参保人员因死亡或其他原因致医

保关系终止，用人单位或其近亲属应及时到医疗保险经办机构办理注销手续。死亡人员个人账户计算至死亡当月，余额部分依法继承。

#### **四、医药服务管理和费用结算**

（一）协议管理。定点医药机构实行协议管理，市医疗保障部门负责拟定全市统一的各类各级定点医药机构准入条件、评估规则、协议文本和考核办法。

（二）目录管理。各级医保经办机构、定点医药机构应当严格执行国家和省基本医疗保险和生育保险药品目录、医疗服务项目目录等规定以及全市统一的支付标准。

（三）就医购药。参保人员应持医保电子凭证或社保卡或身份证至定点医药机构就医购药，医保待遇通过医保电子凭证或社保卡结算，属医保基金支付范围的，由各级医保经办机构与定点医药机构按规定结算。

（四）信息管理。以业务经办系统建设为核心，优化升级现有的软件系统，完成应用系统统一，实现职工医保与城乡居民基本医疗保险的统一经办与统筹管理。满足医疗保障业务经办、公共服务、监管分析、宏观决策及对外信息共享等业务的需要。

各定点医药机构应按医疗保险联网结算及实时控费的监管要求，建设规范的信息网络系统，配备与之相适应的信息管理软硬件，做好与医保信息系统对接工作，遵守信息技术及信息安全规定，按照协议要求及时上传医疗保险所需相

关信息。

（五）结算办法。医保经办机构与定点医疗机构实行总额控制下的点数付费为主，按病种、按床日等多元复合式付费办法结算医疗费用。

（六）经办服务。全市统一职工医保和生育保险经办服务。

1. 市医保中心作为市级经办管理服务机构，承担全市基金预决算编制、收支管理、运行监控等职责，并指导县（市、区）级经办机构做好基金账务处理、待遇审核等工作。依托医保信息平台，加强对全市医保业务经办监控。加大稽核力度，精准识别、及时处置基金运行异常和医保违规行为。

2. 各医药机构向行政区划所在地医保经办机构申请医保定点，所在地医保经办机构负责医药机构定点申请评估工作，符合条件的报市医保经办机构备案，由所在地医保经办机构与其签订协议，严格履行各自的权利和义务。市域范围内一地定点，市内共认，享受本地定点医药机构报销结算标准。

（七）结算年度。职工医保结算年度为每年1月1日至12月31日。

## **五、基金管理和监督**

（一）管理模式。全市职工医保和生育保险基金依据《社会保险基金财务制度》规定，按照“统一管理、分级征缴，统一使用、分级核算，统一监管、分级负责”的管理体制，

实行收支两条线和封闭运行管理。市医疗保障部门会同市财政部门负责职工医保和生育保险基金的管理和监督。县（市、区）医保和财政部门、市县两级医保经办机构负责基金的筹集与支付，会计核算与监督等工作。

（二）专户管理。财政专户和支出户按照《社会保险基金财务制度》等规定设立、使用和管理。市级职工医保基金财政专户中按市本级、县（市、区）设立子账户。市、县（市、区）医保经办机构设立职工医保基金支出户。

（三）收支管理。全市职工医保和生育保险基金严格按照《社会保险基金财务制度》规定，积极稳妥推进基金归集，落实基金预算收支管理要求。

（四）预算管理。全市统一编制职工医保和生育保险基金预算，提高基金预算的科学性和完整性，强化基金预算的严肃性和约束性。

（五）建立备用金制度。市财政部门根据各地上年度基金月平均支出水平，每年年初预拨县（市、区）2个月备用金，用于用款计划未批复时支付各项医保费用和划转资金，年终统一进行清算。

（六）监督管理。职工医保和生育保险基金的筹集、管理、使用应当接受人大、财政、审计等部门的监督。医疗保障部门应当建立健全有关投诉、检查、监督等考核管理制度，严肃查处违反职工医保管理规定、骗取医保基金的行为，追究相关人员的责任。卫生健康部门应切实加强对医疗机构的

监管，规范诊疗行为，督促指导医疗机构做好医疗服务。医保经办机构对参保人员在定点医药机构发生的医药费用应当加强检查和审核，严格执行医疗生育保险政策规定和履行医疗保险服务协议，对违规行为依照协议处理。

## **六、附则**

本办法自 2021 年 1 月 1 日起施行。《关于印发宣城市城镇职工基本医疗保险市级统筹实施办法的通知》（宣政办〔2011〕1 号）同时废止。本实施办法由市医疗保障、财政、税务部门共同负责解释。

# 《宣城市城乡居民基本医疗保险市级统筹 实施办法（试行）》政策解读

## 一、基金征缴

（一）参保范围。凡未参加职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”），且符合下列条件之一的人员，应当参加居民医保：一是本市户籍居民；二是本市常住人口，在原籍未参加基本医疗保险的人员和其未成年子女；三是各类在校学生；四是持永久居住证的外籍人员，随在本市工作外籍人员共同生活的未成年子女。

（二）征缴标准。居民医保基金实行政府补助和个人缴费相结合，全市统一征缴标准。

建立居民医保征缴标准动态调整机制，合理划分政府与个人的征缴责任。具体征缴标准由市医疗保障、财政等部门按规定公布执行。

（三）登记缴费。居民医保实行年度缴费，集中登记。集中缴费期原则上为每年的9月至12月。缴费方式采取线上和线下缴费相结合，线上缴费模式通过医保微信公众号、皖事通APP、银行客户端等渠道自主缴费；线下缴费模式采取政府统一组织，多方协作配合，集中征收或委托村（社区）等集中代收。各类全日制高等学校中的全日制本专科生、研究生（以下简称“大学生”）以学校为单位参加居民医保。

已参加职工医保或在市域外参加基本医疗保险的人员，

不得重复参加我市居民医保。

下列人员可在医保经办机构补办居民医保参保缴费手续，按照规定享受居民医保待遇。

1. 新生儿实行“落地”参保，自出生之日起3个月内凭户口本办理参保缴费的，缴纳个人参保费用，自出生之日起享受当年居民医保待遇；超过3个月参保缴费的，按当年筹资总额参保缴费，自缴费之日起享受当年居民医保待遇。

2. 退役士兵应自报到之日起1个月内申请参加居民医保，并按规定缴纳个人参保费用，自报到之日起享受居民医保待遇。自报到之日起超过1个月申请参加居民医保，按当年筹资总额参保缴费，自报到之日起享受居民医保待遇。

3. 当年度大学毕业生、刑满释放人员、参加职工医保因劳动关系终止或其他原因中止医疗保险关系的人员，应自毕业户口迁入、刑满释放、劳动关系终止之日起3个月内申请参加居民医保，并按当年筹资总额参保缴费，自缴费之日起享受居民医保待遇。

## **二、医保待遇**

（一）待遇享受。参保人员按时缴费的，于次年1月1日至12月31日享受医保待遇。

参保人员在待遇享受期内实现就业并参加职工医保或因其他原因终止居民医保关系的，自享受职工医保待遇之日或终止居民医保关系之日起不再享受居民医保待遇，已缴纳的居民医保费不予退还。

（二）门诊医疗待遇。参保人员在定点医疗机构发生的门诊政策范围内医药费用，按以下规定执行：

1. 普通门诊。在参保县(市、区)域内二级及以下定点医疗机构发生的普通门诊医药费用报销比例为 55%，普通门诊单次报销限额（含一般诊疗费）：一级以下定点医疗机构 20 元/次/日，一级定点医疗机构 30 元/次/日，二级定点医疗机构 20 元/次/日。年度报销限额 150 元/人/年。

2. 常见慢性病门诊。常见慢性病省内医疗机构发生的常见慢性病门诊医药费用报销比例为 60%；省外一级及以上医疗机构发生的常见慢性病门诊医药费用报销比例为 50%。一个年度设起付线为 200 元，年报销限额：2500 元/年，患两种及以上慢性病的，每增加一个病种，年报销限额增加 500 元，每人年最高报销限额 4500 元。

3. 特殊慢性病门诊。省内医疗机构发生的特殊慢性病门诊医药费用按当次就诊医疗机构普通住院政策报销。省外医疗机构发生的特殊慢性病门诊医药费用，起付线设定为 2000 元/年，报销比例 65%，保底报销比例 45%。年度内按就诊最高类别医疗机构计算 1 次起付线。

4. 建立全市大额门诊医药费用报销制度：一个年度内，所患疾病不属宣城市居民医保慢性病规定病种范围的患者，个人在医疗机构发生的合规门诊医药费用达到 3000 元以上的，超出部分按 30%予以报销，报销限额 3000 元/年。

5. 居民医保参保人员未达到门诊常见慢性病鉴定标



准，经具备能力的定点医疗机构诊断，明确患有高血压、糖尿病确需采取药物治疗的患者，享受高血压糖尿病门诊用药保障政策。

（三）住院医疗待遇。参保人员在一个结算年度内发生的合规医疗费用，起付标准以上、统筹基金最高支付限额以下的，由居民医保基金按比例支付。

1. 起付线与报销比例。市域内一级及以下医疗机构起付线 200 元，报销比例 85%；二级医疗机构起付线 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%。参保人员在市内住院治疗期间因病情需要，由下级医院转至上级医院连续治疗的，起付标准采用补足差额的方式进行结算；上级医院转至下级医院连续治疗的，不再承担起付标准。

2. 封顶线。一个保险年度内，居民医保基金报销额度实行累计封顶，封顶线 25 万元。

3. 保底报销。对普通住院发生的符合规定的医药费用实行保底报销，报销比例省内医疗机构 45%，省外医疗机构 40%。

4. 分娩住院。住院分娩（含剖宫产）可享受定额补助，补助标准为 800 元/次；妊娠期或分娩期发生的病情严重且费用较高的情形按普通住院政策执行，不再享受定额补助。

5. 意外伤害住院。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；无法确定有无他方责任的意外伤

害住院，符合规定的住院费用起付线以上部分按 50%予以报销，单次（是指具备完整的一次出入院过程）封顶额 2 万元，不设保底线。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以上政府相关部门出具的情节证据。

#### 6. 其他规定。

（1）特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童住院，不设起付线。低保对象、重点优抚对象、重度残疾人（一、二级）住院，免除参保年度内首次住院起付线。

（2）参保人员到市确定的毗邻省外医疗机构住院，可参照省内或市域内同类别医疗机构报销政策执行。

（3）院外费用：住院期间因病情需要到外院检查或院外购买国家和省谈判药品的，其合规费用纳入当次住院报销。

（4）院前费用：在本市内同一医院入院前 3 天内的或市域外同一医院入院前 7 天内的与本次住院相关的门诊检查费用，可纳入当次住院报销。

（5）统筹基金支付的乙类药品、高值耗材、部分支付类医疗服务项目和体内置放材料，个人先自付比例为 30%，国家和省谈判药品按规定的个人先行自付比例执行。

（四）转外就医。参保人员按规定程序转诊，到市外省内住院治疗的，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%。除急诊急救或属参保人员务工（经商）地、长期居住地外，未按规定转诊，在市外定点医疗机构住院治疗的，报销比例（含保底比例）再降低 10 个百分点。

（五）大学生待遇。大学生在入学当年学籍地如发生医疗费用，或寒暑假、实习期间在外地定点医疗机构住院发生医疗费用，按照我市相应政策报销，报销比例不受转外就医调减比例规定限制。

（六）城乡居民大病保险待遇。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，起付线统一至上年度本市城乡居民人均可支配收入的一半。特困人员、低保对象等困难人员省内起付线执行相关文件规定。

2. 报销比例。普通居民大病保险起付线以上 5 万元以内段，报销比例 60%；5-10 万元段，报销比例 65%；10-20 万元段，报销比例 75%；20 万元以上段，报销比例 80%。特困人员、低保对象、建档立卡贫困人口省内发生的大病保险享受起付线以上 5 万元以内段，报销比例为 65%；5-10 万元段，报销比例为 70%；10-20 万元段，报销比例为 80%；20 万元以上段，报销比例为 90%。

3. 封顶线。普通居民省内医疗机构大病保险封顶线 30

万元/年，省外医疗机构大病保险封顶线 20 万元/年，不叠加计算；一个保险年度内，大病保险合规可报费用同时含省内、省外医疗机构医药费用的，执行省内医疗机构封顶政策。特困人员、低保对象、建档立卡贫困人口全面取消省内大病保险封顶线。

（七）不予支付情形。下列医疗费用不纳入居民医保基金支付范围：

1. 应当从工伤保险基金中支付的；
2. 应当由第三人负担的；
3. 应当由公共卫生负担的；
4. 在境外就医的；
5. 国家和省规定不予支付的其他情形。

### **三、医药服务管理和费用结算**

（一）协议管理。定点医药机构实行协议管理，市医疗保障部门负责拟定全市统一的各类各级定点医药机构准入条件、评估规则、协议文本和考核办法。

（二）目录管理。各级医保经办机构、定点医药机构应当严格执行国家和省基本医疗保险药品目录、医疗服务项目目录等规定以及全市统一的支付标准。

（三）就医购药。参保人员应持医保电子凭证或社保卡至定点医药机构就医购药，医保待遇通过医保电子凭证或社保卡或身份证结算，属医保基金支付范围的，由各级医保经办机构与定点医药机构按规定结算。

（四）信息管理。以业务经办系统建设为核心，优化升级现有的软件系统，完成应用系统统一，实现职工医保与居民医保的统一经办与统筹管理。满足医疗保障业务经办、公共服务、监管分析、宏观决策及对外信息共享等业务的需要。

各定点医疗机构应按医疗保险联网结算及实时控费的监管要求，建设规范的医院信息网络系统，配备与之相适应的信息管理软硬件，做好与医保信息系统对接工作，遵守信息技术及信息安全规定，按照协议要求及时上传医疗保险所需相关信息。

（五）结算办法。医保经办机构与定点医疗机构实行总额控制下的按点数付费为主，按病种、床日等多元复合式付费办法结算医疗费用。

（六）经办服务。全市统一居民医保经办服务。

1. 市医保中心作为市级经办管理服务机构，承担全市基金预决算编制、收支管理、运行监控等职责，并指导县（市、区）经办机构做好基金账务处理、待遇审核等工作。依托医保信息平台，加强对全市医保业务经办监控。加大稽核力度，精准识别、及时处置基金运行异常和医保违规行为。

2. 各医药机构向行政区划所在地医保经办机构申请医保定点，所在地医保经办机构负责医药机构定点申请评估工作，符合条件的报市医保经办机构备案，由所在地医保经办机构与其签订协议，严格履行各自的权利和义务。一地定点，市内共认，享受本地定点医疗机构报销结算标准。

（七）结算年度。居民医保结算年度为每年 1 月 1 日至 12 月 31 日。

#### **四、基金管理和监督**

（一）管理模式。全市居民医保基金依据《社会保险基金财务制度》规定，按照“统一管理、分级征缴，统一使用、分级核算，统一监管、分级负责”的管理体制，实行收支两条线和封闭运行管理。市医疗保障部门会同市财政部门负责居民医保基金的管理和监督。县（市、区）医保和财政部门、市县两级医保经办机构负责基金的筹集与支付，会计核算与监督等工作。

（二）专户管理。财政专户和支出户按照《社会保险基金财务制度》等规定设立、使用和管理。市级在现有的居民医保基金财政专户中按市本级、县（市、区）下设子账户。市、县（市、区）医保经办机构设立居民医保基金支出户。

（三）基金收缴。按照基本医疗保险全覆盖原则，市、县（市、区）要按照规定的缴费标准，统筹做好保险费征缴工作，确保在规定时限内征缴入库，任何单位或个人不得截留、滞留、挪用和擅自减免。中央、省级、市级和各县（市、区）居民医保财政补助资金，由财政部门按规定时间直接划入市级居民医保基金财政专户。城乡居民个人参保缴费，由医保经办机构按原途径收缴、转入市级国库，市级国库再划转至相应财政专户。

（四）基金归集。各地 2020 年 12 月 31 日以前形成的

居民医保基金累计结余，限期在 2021 年 4 月 30 日前按照审计确认数额全部归集上解至市级居民医保基金财政专户。对县（市、区）2020 年 7 月 1 日之前已与金融机构签订合作协议以及通过转存定期或购买国债等方式储存结余的基金，协议期满后按已有协议约定及时收回本息，并全额上解至市级居民医保财政专户管理。各地 2020 年 12 月 31 日形成的居民医保基金缺口和相关债务，由各地负责弥补和清偿。

（五）基金使用。自 2021 年 1 月 1 日起，全市居民医保基金各项支出由市级居民医保财政专户统一拨付。

（六）预算管理。全市统一编制居民医保基金预算，提高基金预算的科学性和完整性，强化基金预算的严肃性和约束性。

（七）建立备用金制度。市财政部门根据各地上年度基金月平均支出水平，每年年初预拨县（市、区）2 个月备用金，用于用款计划未批复时支付各项医保费用和划转资金，年终统一进行清算。

（八）监督管理。居民医保基金的筹集、管理、使用应当接受人大、财政、审计等部门的监督。医疗保障部门应当建立健全有关投诉、检查、监督等考核管理制度，严肃查处违反居民医保管理规定、骗取医保基金的行为，追究相关人员的责任。卫生健康部门应切实加强对医疗机构的监管，规范诊疗行为，督促指导医疗机构做好医疗服务工作。医保经办机构对参保人员在定点医疗机构发生的医药费用应当加

强检查和审核，严格执行居民医保政策规定和履行医疗保险服务协议，对违规行为依照协议处理。

## **五、附则**

本办法自 2021 年 1 月 1 日起施行。《宣城市人民政府办公室关于印发宣城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》（宣政办〔2019〕7 号）同时废止。本办法由市医疗保障、财政、税务部门共同负责解释。