

江门市人民政府办公室文件

江府办〔2017〕20号

江门市人民政府办公室关于印发江门市基本医疗保险城乡一体化改革方案的通知

各市、区人民政府，市政府各部门、各直属机构，中直、省直驻江门有关单位：

《江门市基本医疗保险城乡一体化改革方案》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。执行中遇到的问题，请径向市人力资源社会保障局反映。



江门市人民政府办公室

2017年5月11日

江门市基本医疗保险城乡一体化改革方案

为加快构建我市城乡一体化的基本医疗保险体系，实现城乡参保人公平享有基本医疗保险权益，根据省关于推进医疗保险城乡一体化工作的精神，结合我市实际，制定本改革方案。

一、改革目标

（一）目标任务。

1.深化城乡医疗保障改革，逐步整合职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡医保）制度，建立江门市基本医疗保险城乡一体化制度（以下简称医保城乡一体化），逐步实行覆盖范围、筹资标准、保障待遇、支付范围、基金管理、经办服务“六统一”，着力解决“看病难、看病贵”问题，确保参保人公平享有更高水平的基本医疗保障。

2.稳步提高待遇水平，到“十三五”期末职工和城乡居民住院政策范围内基金支付比例不低于 80%。

3.扩大医保城乡一体化覆盖面，逐步降低缴费费率，从 2019 年起用人单位缴费费率下调至 5.5%，减轻企业缴费负担，努力实现应保尽保。

（二）基本原则。我市医保城乡一体化改革基本原则是创新体制、促进公平；普惠适度、持续发展；互助共济、强化保障；统筹协调、有序推进。

二、改革内容

（一）实现城乡一体。按照“完善制度、分层保障”的原则，构建适合我市参保人基本医疗需求的多层次医保城乡一体化体系，参保人享受基本医疗保险和大病保险保障，确保原待遇不降低。

医保城乡一体化由基本医疗保险一档（以下简称一档）、基本医疗保险二档（以下简称二档）构成。一档包括住院统筹、特定病种门诊补助、普通门诊统筹、大病保险等待遇；二档待遇在一档待遇的基础上提高住院统筹、特定病种门诊补助和普通门诊统筹等待遇，并设置个人账户。

（二）明确覆盖范围。

1.一档参保范围对象：

（1）本市户籍的未就业城乡居民可以城乡居民身份参加一档；

（2）非本市户籍的本市各类全日制普通高等院校（含高职、民办高校、独立学院）本专科学学生和研究生（含港、澳、台、华侨学生）、中职技校（含民办中职技校）和中、小学接受全日制教育的学生，以及幼儿园、托儿所儿童可以城乡居民身份参加一档；

（3）在本市参加社会保险的异地务工人员的学龄前子女可以城乡居民身份参加一档；

（4）本市行政区域内所有企业、国家机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位和有雇工的个体工商户（含中央、省和其他外地驻我市单位，以下简称用人单位）及其所属全部员工（含有雇工的个体工商户业主，以下简称职工）应以职工身份参加一档，其达到法定退休年龄或退休的人员（以下简称职工退休人员）可以职

工身份参加一档；

(5) 在本市领取失业保险金期间的失业人员（以下简称失业人员）应以职工身份参加一档；

(6) 本市户籍的灵活就业人员（以下简称灵活就业人员）可以职工身份参加一档；

(7) 在本市注册登记的无雇工的个体工商户（以下简称无雇工的个体工商户）可以职工身份参加一档。

上述以城乡居民身份参加一档的人员以下统称城乡居民身份参保人。

2.以下范围对象以职工身份参加一档的，应参加二档：

(1) 用人单位、职工和职工退休人员；

(2) 失业人员；

(3) 灵活就业人员和无雇工的个体工商户。

上述以职工身份同时参加一档、二档的人员以下统称职工身份参保人。

（三）完善筹资政策。坚持多渠道筹资，合理确定用人单位缴费、个人缴费和财政补助的责任，完善筹资动态调整机制，建立与经济社会发展水平、各方承受能力相适应的筹资机制。

1.缴费主体。城乡居民身份参保人参加一档，实行个人缴费和政府财政补助相结合；本市户籍的特困供养人员、低保对象、建档立卡贫困人员以及低收入家庭的 60 周岁以上老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者等困难城乡居民（具体困难居民对象认定范

围由市人力资源社会保障局、市民政局、市残联另行制定公布)凭县级以上民政、残联出具的有关证明材料参加一档,其个人缴费部分由各市、区财政、城乡基本医疗救助金、残疾人就业保障基金按规定给予全额补助,个人免缴费。对计生优待户(农村独生子女户和纯生二女结扎户)的补助办法按各市、区原规定执行。如今后有新规定的,按新规定执行。

职工同时参加一档、二档分别由用人单位和个人共同缴费;失业人员同时参加一档、二档的费用从失业保险基金中支付;以职工身份参保的灵活就业人员和无雇工的个体工商户同时参加一档、二档费用由个人全额负担。

2.缴费标准。2017年1月1日至6月30日职工医保和城乡医保缴费标准按原规定(含职工医保过渡性医疗保险补偿费)执行,2017年7月1日起按以下办法执行:

(1)一档缴费标准。

城乡居民身份参保人缴费标准。建立与城乡居民可支配收入相挂钩的筹资机制。个人缴费标准按我市上上年度城乡居民人均可支配收入为缴费基数确定,缴费费率分三年时间达到1.6%,分别为:2018年1.2%、2019年1.4%,从2020年起为1.6%(2017年度个人缴费标准为每人每年200元)。国家和省规定的个人缴费高于我市规定的城乡居民个人缴费标准时,按国家和省规定执行;财政补助标准根据国家和省的规定执行。

职工缴费标准。按缴费基数乘以缴费费率计算月缴费金额,具

体标准如下：

缴费基数。参加一档的用人单位以应当参加医疗保险的职工的缴费工资之和为缴费基数、职工以本人工资为缴费基数。参保职工本人工资超过最低缴费基数 300%以上部分不计征；低于最低缴费基数的，按最低缴费基数计征。最低缴费基数分三年达到省、市公布的我市上上年度在岗职工月平均工资的 80%，分别为：2018 年 65%、2019 年 75%，从 2020 年起为 80%（2017 年最低缴费基数为 2906 元），具体标准根据改革推进情况和基金自求平衡状况经市政府批准执行。

缴费费率。一档的缴费费率为 3.5%，其中用人单位为 3.0%，职工个人为 0.5%。

失业人员、灵活就业人员和无雇工的个体工商户均统一按最低缴费基数的 3.5%缴纳。

（2）二档缴费标准。按缴费基数乘以缴费费率计算月缴费金额，具体标准如下：

缴费基数。缴费基数与以职工身份参加一档的缴费基数一致。

缴费费率。缴费费率按以下规定：

二档的缴费费率 2017 年下半年为 4.5%、2018 年为 4.3%，从 2019 年起为 4.0%，其中用人单位逐年降低缴费费率，2017 年下半年为 3.0%、2018 年为 2.8%，从 2019 年起为 2.5%，职工个人缴费费率统一为 1.5%。

失业人员、灵活就业人员和无雇工的个体工商户按对应年度的

最低缴费基数和缴费费率缴纳。

一档、二档的个人缴费标准、财政补助标准、最低缴费基数和缴费费率等具体标准由市人力资源社会保障局、市财政局、市地税局、市社保局根据基金收支情况提出调整意见，报市政府同意后公布执行。大病保险资金筹集按公布的《江门市基本医疗保险管理办法》规定执行。

3.缴费方式。以自然年度（每年1月1日至12月31日）为一个基本医疗保险年度。

城乡居民身份参保人每年12月31日前，分别向户籍、学校所在地或异地务工人员参保所在地指定的医保城乡一体化征收服务机构一次性缴纳下一年度全年的医疗保险费（具体缴费时间由市人力资源社会保障局另行制定公布），中途不退费，并享受缴费对应年度的待遇。新生儿从出生次月1日起，三个月内参加一档的，从其出生之日起享受待遇，但新生儿享受跨年待遇的，须同时缴纳两年的医疗保险费；三个月后参加一档的，从参保缴费成功次月1日起享受待遇。

同时参加一档、二档的用人单位和职工、失业人员（失业人员由当地社会保险经办机构逐月托收并按时向地税部门支付）、灵活就业人员（在户籍所在地同时参加一档、二档）、无雇工的个体工商户（在工商营业执照上登记的经营场所所在地同时参加一档、二档）向属地地税部门逐月按一档和二档进行合并申报和缴费。用人单位和职工从缴费次月1日起享受待遇，失业人员从申请领取失业

保险金之日的当月 1 日起享受待遇，灵活就业人员、无雇工的个体工商户从缴费的 3 个月后（即第 4 个月 1 日起，下同）按规定享受待遇（个人账户根据缴费或补缴情况逐月划入，下同）。同时参加一档、二档的参保人从停止缴费次月 1 日起停止享受待遇。

以下特定城乡居民，可年度内中途参加一档，并按规定的全年缴费标准缴费，从参保缴费成功次月 1 日起享受待遇：

- （1）本市户籍和在本市参保异地务工人员的新生儿；
- （2）当年本市新入学或转学的非本市户籍在校生；
- （3）当年本市户籍就业转失业人员（含跨年按规定领取完失业保险金人员）；
- （4）当年本市户籍职工退休人员；
- （5）当年本市户籍退伍军人、刑释人员和户籍新迁入人员；
- （6）未参保的本市户籍困难城乡居民。

医保城乡一体化职工个人缴费部分由用人单位代扣代缴；城乡居民个人缴费部分从社会保障卡金融账户（或个人指定银行账户）扣缴。城乡居民应按缴费标准依时足额存入个人缴费账户，因个人存入金额不足等个人原因导致扣缴个人费用不成功的，不能享受相应待遇的责任由本人负责。

4. 累计缴费年限。2018 年 1 月 1 日前参加过我市职工医保或二档的参保人，达到法定退休年龄后可终身享受待遇的最低累计缴费年限（以下简称最低累计缴费年限）为 20 年；2018 年 1 月 1 日后（含 1 月 1 日）在我市首次参加二档的参保人，最低累计缴费年限

为 25 年。

符合国家和省规定的退役军人（是指符合《转发劳动和社会保障部、民政部、财政部关于进一步落实部分军队退役人员劳动保障政策的通知》（粤劳社发〔2007〕13号）中规定的人员）的视同缴费年限计算累计缴费年限。

只参加一档的参保人，不计算累计缴费年限。同时参加一、二档的参保人，计算累计缴费年限，其累计缴费年限达到最低累计缴费年限（符合关系转移条件的参保职工需同时在我市实际累计缴费年限满 10 年）并退休的，可终身享受待遇。同时参加过一档、二档（包括我市职工医保）或符合条件享受我市企业、机关事业单位养老保险待遇的参保人退休时，其累计缴费年限未达到最低累计缴费年限的，按以下办法缴费：

（1）参保人按办理一次性缴费手续时当年公布的一档、二档最低缴费基数和用人单位一档、二档合计缴费费率计算，一次性补足差额缴费年限的金额后，可按规定享受医疗保险待遇。一次性补足差额缴费确有困难的，也可由本人选择在我市职工基本养老保险个人账户中，按每年公布的一档、二档最低缴费基数和用人单位一档、二档合计缴费费率逐月代扣代缴，直至累计缴费年限达到规定的最低累计缴费年限。

（2）跨统筹地区就业的参保人按国家和省规定的办法缴费。

（四）提升待遇水平。2017 年 1 月 1 日至 6 月 30 日，参保人仍按原职工医保、城乡医保的规定享受住院统筹、普通门诊统筹、

特定病种门诊补助、大病保险待遇（其中个人账户待遇从 2017 年 1 月 1 日起调整），2017 年 7 月 1 日至 2017 年 12 月 31 日，一档城乡居民身份参保人住院基金支付比例二级定点医疗机构比原城乡医保提高 3 个百分点，即连续缴费不足 2 年（含 2 年）的提高至 73%，连续缴费满 2 年以上的提高至 78%，其他仍按原城乡待遇水平不变（含大病保险待遇）；一档、二档职工身份参保人待遇仍按原职工医保待遇水平不变（含大病保险待遇）。从 2018 年 1 月 1 日起，统一按以下标准享受一档、二档待遇：

1. 一档待遇。

（1）住院统筹待遇。

住院基金支付比例。住院基金支付比例分别为一级及以下定点医疗机构（含基层定点医疗机构和未定级定点医疗机构，下同）85%，二级定点医疗机构 80%，三级定点医疗机构 55%，非定点医疗机构 40%。

起付标准。起付标准分别为一级及以下定点医疗机构 500 元，二级定点医疗机构 600 元，三级定点医疗机构 900 元，非定点医疗机构 1500 元。在二、三级定点医疗机构住院的参保人向家庭病床定点医疗机构转诊并建立家庭病床的，不设起付标准。

年度最高支付限额。基金对一档参保人在基本医疗保险年度内累计最高支付限额为 20 万元。

同时参加一档和二档的职工退休人员在上述起付标准的基础上降低 100 元，在上述住院基金支付比例基础上提高 5 个百分点。

只参加一档的农村五保供养对象住院可以享受零起付标准，在一级及以下定点医疗机构住院，基金支付比例提高 10 个百分点。

符合计划生育政策且未参加生育保险的参保人（不含按规定应由单位参加生育保险但单位未参保缴费人员），孕产妇享受住院分娩医疗费用待遇，由基金按上述标准支付，基金支付费用低于 500 元的，按每人每次 500 元支付。

（2）特定病种门诊补助待遇。详见附表。

（3）普通门诊统筹待遇。参保人在选定的基层定点医疗机构普通门诊就医，基金支付比例为 70%，累计每人每年支付最高限额为 180 元。当年累计未达到最高支付限额，不能结转下年度使用。

（4）大病保险待遇。一档参保人在享受一档住院统筹待遇的基础上，按以下规定享受大病保险待遇，大病保险起赔标准原则上按我市上上年度城乡居民人均可支配收入确定（其中 2017 年维持 1 万元不变，从 2018 年起，大病保险起赔标准由市人力资源社会保障局公布确定）：

赔付比例。参保人超过起赔标准以上、12 万元（含 12 万元）以内的年度累计自付医疗费用（不含起付标准以内的费用，下同），由大病保险赔付 60%；建档立卡的贫困人员、最低生活保障对象超过起赔标准的 30%以上、12 万元（含 12 万元）以内的年度累计自付医疗费用，由大病保险赔付 70%；特困供养人员超过起赔标准的 20%以上、12 万元（含 12 万元）以内的年度累计自付医疗费用，由大病保险赔付 80%。参保人超过 12 万以上的年度累计自付医疗

费用，由大病保险赔付 70%；建档立卡的贫困人员、最低生活保障对象超过 12 万以上的年度累计自付医疗费用，由大病保险赔付 80%；特困供养人员超过 12 万以上的年度累计自付医疗费用，由大病保险赔付 90%。

年度最高支付限额。大病保险资金对参保人在基本医疗保险年度内累计最高赔付限额为 24 万元。建档立卡的贫困人员、最低生活保障对象和特困供养人员不设最高赔付限额。

在非定点医疗机构发生的费用，大病保险赔付比例在上述标准的基础上降低 10 个百分点。

2.二档待遇。为确保原职工医保参保人医疗保障待遇不降低，进一步为有医疗需求的人员提供更好的医疗保障，在享受一档待遇的基础上设置二档待遇，具体如下：

(1) 住院统筹待遇。

住院基金支付比例。在定点医疗机构住院的，享受一档待遇后个人年度累计自付范围内医疗费用（不含起付标准以内的费用，下同）在 5000 元（含 5000 元）以内的，基金支付比例为 50%；个人年度累计自付范围内医疗费用在 5000 元以上、20 万元（含 20 万元）以内的，基金支付比例为 85%；个人年度累计自付范围内医疗费用超过 20 万元以上的，基金支付比例为 90%。在非定点医疗机构住院的，基金支付比例在上述标准基础上降低 10 个百分点。

年度最高支付限额。基金对二档参保人在基本医疗保险年度内累计最高支付限额为 20 万元。

(2) 特定病种门诊补助待遇。详见附表。

(3) 普通门诊统筹待遇。二档参保人在选定一家基层定点医疗机构的基础上,可再选择 1 家非基层定点医疗机构作为其普通门诊就医的定点医疗机构(简称其他选定医疗机构)。参加二档的参保人增加门诊选点后,经基层选定医疗机构转诊后 30 日内在其他选定医疗机构就医的,基金支付比例为 60%;未经转诊直接到其他选定医疗机构就医的,基金支付比例为 50%;最高支付限额按基层选定医疗机构和其他选定医疗机构两个限额分别享受待遇,基层选定医疗机构和其他选定医疗机构每人每月累计最高支付限额为 35 元(基层选定医疗机构年度最高支付限额共 600 元,其中一档最高支付限额为 180 元,先使用完一档最高支付限额后二档最高支付限额为 420 元,以月度限额计算每月为 35 元)和 40 元(其他选定医疗机构年度最高支付限额 480 元),当月累计未达到最高支付限额,可结转下月使用,但不能跨年度使用。

(4) 个人账户待遇。

在职年龄段参保人划入办法。2017 年 1 月 1 日起,在职年龄段参保人按我市职工医保 2016 年 12 月实际划账标准和对应的个人实际缴费基数计算划账金额划入个人账户。其中,2016 年 12 月有个人账户划账记录的职工医保参保人,按 2016 年 12 月实际个人账户划账金额进行划入;2016 年 12 月无个人账户划账记录,以参保人历史个人账户最高划账金额与 2016 年 12 月对应年龄段个人账户最低划入金额进行比较,按就高的划账金额进行划入。

2017年1月1日起,首次参加我市职工医保或二档的,按2016年12月对应年龄段个人账户最低划账金额划入个人账户。

2016年12月个人账户对应在职年龄段最低划入金额分别为:35周岁以下(含35周岁)为60.20元;35周岁以上至45周岁(含45周岁)为72.24元;45周岁以上至退休为84.28元。

与上述划账金额对应的实际缴费基数比较,参保人个人实际缴费基数有提高的,仍按上述划账金额标准划入个人账户;有降低的,按降低后实际缴费基数和2016年12月职工医保对应年龄段实际划账标准重新计算的划账金额划入个人账户。当参保人个人缴费部分(一档的0.5%和二档的1.5%部分)实际缴费金额高于划账金额时,按个人缴费部分实际缴费金额划入个人账户。

退休参保人划入办法。享受个人账户待遇的参保职工退休人员,不作调整,仍按原职工医保办法划入个人账户。

2018年1月1日前参加过我市职工医保或二档且享受个人账户待遇的参保人,退休后可按规定享受个人账户待遇。2018年1月1日后(含1月1日)在我市首次参加二档(2018年1月1日前从未参加过我市职工医保或二档)的参保人,退休后不享受个人账户待遇。

3.建立住院统筹转诊、备案报批制度。对按规定转诊的住院参保人可以连续计算起付标准。以职工身份参保的异地安置退休人员和单位派驻市外(不含赴港、澳、台地区及出国)工作的参保人基金支付比例和起付标准按我市同等医疗机构级别执行。市外异地就

医人员未按规定办理或超时办理报销、转诊、申请备案报批手续的，发生的住院医疗费用政策范围内基金支付比例降低为上述标准的50%。

4.建立最高支付限额与连续缴费时间挂钩机制。

只参加一档的参保人连续缴费1年（含第12个月）以内的，对应享受待遇期间其一档住院统筹待遇（含大病保险待遇，下同）的累计最高支付限额分别降低为原标准的50%；连续缴费1年以上、2年（含第24个月）以内的，对应享受待遇期间其一档住院统筹待遇的累计最高支付限额分别降低为原标准的70%；连续缴费2年以上的，其一档的累计最高支付限额按规定全额享受。

同时参加一档、二档的参保人，连续缴费1年（含第12个月）以内的，对应享受待遇期间其一档、二档住院统筹待遇的累计最高支付限额分别降低为原标准的50%；连续缴费1年以上、2年（含第24个月）以内的，对应享受待遇期间其一档、二档住院统筹待遇的累计最高支付限额分别降低为原标准的70%；连续缴费2年以上的，其一档、二档住院统筹待遇的累计最高支付限额按规定全额享受。

同时参加一档、二档的参保人，连续欠费3个月（含第3个月）以内补缴欠费或一次性缴费（含补缴欠费）的，计入连续缴费时间，欠费期间发生的待遇（含大病保险待遇），由基金按上述标准予以支付。连续欠费3个月以上的，视为中断，补缴欠费后，连续缴费月数从重新缴费当月起计算，欠费期间发生的待遇（含大病保险待

遇，不含个人账户待遇），基金不予支付；用人单位、职工和失业人员参保的，从重新缴费的次月 1 日起按规定享受待遇；灵活就业人员和无雇工的个体工商户参保的，视为中断，并从重新缴费当月起第 4 个月 1 日起重新享受待遇。

参保人在职工身份与城乡居民身份之间互转身份连续参保的，可计算一档连续缴费时间（其中重复参加一档缴费的时间不重复计算连续缴费时间）。

（五）强化基金管理。

1.基金管理。建立基本医疗保险基金（含一档和二档，以下简称医保基金），按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，统一筹集、统一管理。基金纳入财政专户，并按城乡居民身份参保人（即按年缴费、享受城乡居民财政补助的参保人）、职工身份参保人（即按月缴费、通过地税部门征缴的参保人）及参保人所在行政区域进行分账核算。

2.统筹层次。以地级市为统筹单位，统一组织并实施基金预决算。医保基金实行统一管理、分账核算、基金收缴和待遇给付分级负责、基金缺口分级负担的市级统筹管理模式。

3.基金调控。保持基金适度结余，健全医保基金运行预警和动态调控机制。筹资水平和待遇水平可根据国家、省有关规定，结合我市经济社会发展、医疗消费水平和基金结存情况（当基金累计结余低于 6 个月支付能力时），由市人力资源社会保障局、市财政局、市社会保险基金管理局提出调整方案，报市政府批准后公布实施，

增收节支，防范基金风险，确保基金安全平稳运行。

（六）统一经办服务。统一经办管理办法、经办规程、服务流程和定点管理协议，构建一体化服务管理体系，具体经办规程、服务流程和定点管理协议由市社会保险基金管理局统一制订颁布实施。完善社会保险经办机构与定点医药机构的协议管理，建立健全考核评价机制和动态准入、退出机制，非公立医疗机构与公立医疗机构实行同等政策。

三、管理服务

（一）制度衔接。

1.原职工医保享受个人账户待遇参保人从 2017 年 1 月 1 日起统一按本改革方案规定的标准划入个人账户金额。困难企业职工退休人员按原政策规定不设个人账户待遇。

2.截至 2017 年 6 月 30 日，原已经终身享受职工医保待遇的参保人，可按规定终身享受一档、二档相应待遇。

3.原职工医保的累计缴费年限并入医保城乡一体化累计缴费年限，原城乡医保的缴费年限不计算累计缴费年限。

4.原职工医保的缴费时间和原城乡医保的缴费时间计算为连续缴费时间。

（二）完善信息管理。市社会保险基金管理局、市卫生计生局、市网信统筹局负责按本方案规定，进一步完善医保城乡一体化信息系统，实现医疗保险直接结算，做到“一单式”清算。市人力资源社会保障局负责完善社会保障卡“一卡通”信息管理系统，实现参保人

持卡参保缴费、就医购药、自助查询等。

（三）完善服务监管。

1.实施付费总额控制。通过全面推进基本医疗保险付费方式改革，建立健全基金管理的激励和约束机制，强化基金预算及安全监管理度，进一步加强我市医保基金使用管理，促进分级诊疗政策体系不断完善，确保基金安全可持续运行，实现基金“收支平衡，略有结余”的目标。

2.健全多层次医疗保障体系。通过引入市场机制，建立我市城乡一体化大病保险制度，在基本医疗保障的基础上，对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障，并做好与原大病保险制度的衔接，加强监管服务，有效提高重特大疾病保障水平。探索通过政府购买服务等方式，加强医保基金监管，提升基本医疗保障能力和质量。

（四）扩大参保覆盖面。各级税务部门要落实职工身份参保人参加基本医疗保险的征收职责，对用人单位和职工进行医疗保险费缴费项目的核定和缴费登记，并按照核定的数额征收医疗保险费，及时缴入医疗保险基金财政专户，做好征收督查、管理等工作。各级人力资源和社会保障部门要加大劳动监察执法和宣传教育力度，确保用人单位和职工依法参保。各市、区要落实城乡居民参保责任，将参保工作目标任务分解下达各镇（街），建立层级考核目标责任制，充分发挥街道、社区、居委会、村委会等基层组织的作用，做好城乡居民参保缴费的宣传发动和组织实施工作。

四、组织保障措施

(一) 加强组织领导。各市、区政府对医保城乡一体化制度的实施负总责，牵头统筹协调发展改革、教育、民政、财政、人力资源和社会保障、卫生计生、地税、残联、保监等部门加强基金征收、支出预算和监督管理，将医保城乡一体化财政补助资金纳入财政预算安排，落实基金累计结余赤字时的兜底责任，并参照市直做法，建立完善相关工作机制。协同健全“三医联动”机制，推进公立医院改革，推进医疗服务价格调整，完善分级诊疗和双向转诊制度，严格控制医药费用不合理增长。

(二) 加强人财保障。各级财政部门按照社会保险基金预算编制要求，会同人力资源社会保障部门（社会保险经办机构）、税务部门负责编制医保基金预算，加强对医保基金预算执行监督。及时安排支出，确保补助资金按时足额拨付到位。市、县两级政府在当地医保基金累计结余出现支付不足时，按市政府有关规定当年给予财政补贴，确保待遇发放。各市、区要结合工作情况，增加医疗保险政策制定及经办管理方面的人员，提高人员的专业素质，做好医疗保险基金管理工作。

(三) 加强宣传引导。市和各市、区人力资源社会保障部门要制定宣传工作方案，充分利用各种媒体，定期开展主题宣传、户外咨询、广场论坛等医疗保险服务主题活动，加强政策解读和宣传引导，认真总结典型做法和先进经验，营造良好舆论氛围。

(四) 工作进度安排。

1.各市、区按本改革方案规定缴费和支付待遇（含大病保险待遇）。各级社会保险经办机构做好个人账户划入金额临时调整的多退少补工作（2017年7月起）。

2.市人力资源社会保障局会同市财政局、市卫生计生局、市社保局等部门制定全市统一的基本医疗保险管理办法、结算办法等医保城乡一体化配套文件（2017年7月底前）。

3.市社保局制定经办规程、服务流程和定点管理协议（2017年7月底前）。

4.通过竞争性采购确定一家商业保险机构承保，并确定大病保险保费标准（2017年8月底前）。

5.各级财政部门做好医保城乡一体化改革财政预算安排（2017年12月底前）。

6.市社保局、市卫生计生局、市网信统筹局调整和完善医保城乡一体化市级统筹信息系统，所需资金纳入市信息化建设经费；各定点医疗机构按规定向属地社会保险经办机构报送相关指标数据，并做好医院信息系统的升级和改造，确保医保实时结算（2017年12月底前）。

7.市卫生计生局按照“三医联动”要求，制定公立医院改革方案，控制公立医院不合理医疗费用增长，促进分级诊疗(2017年12月底前)。

附表：江门市基本医疗保险城乡一体化改革方案特定病种门诊
补助范围和待遇标准

附表

江门市基本医疗保险城乡一体化改革方案 特定病种门诊补助范围和待遇标准

序号	特定病种类别	特定病种范围	一档		二档	
			基金累计支付限额	基金支付比例	基金累计支付限额	基金支付比例
1	一类	重性精神疾病	按住院费用结算方式由基金按规定支付，不设起付标准。		在一档的基础上，按住院费用结算方式由基金按规定支付。	
2		恶性肿瘤(放疗、化疗期间)				
3		慢性肾功能不全(需透析)				
4		器官移植抗排异				
5		造血干细胞移植后(移植物抗宿主病及感染的治疗)				
6	二类	慢性丙型肝炎(限聚乙二醇干扰素治疗)	1500元/月		900元/月	
7		重型β地中海贫血				
8		血友病				
9	三类	慢性肾功能不全(不需透析)	240元/月	1、本市一级及以下定点医疗机构基金支付比例为60%。 2、其他定点医疗机构基金支付比例为50%。 3、非定点医疗机构基金支付比例为30%。	960元/月	
10		恶性肿瘤(非放疗化疗期间)				
11		小儿脑性瘫痪(含0-3岁精神运动发育迟缓儿)				
12		艾滋病				
13	四类	冠心病	180元/月		100元/月	在一档待遇支付的基础上，剩余范围内医疗费用，基金支付比例60%。
14		糖尿病				
15		高血压Ⅱ期以上				
16		精神病(重性精神疾病除外)				
17		癫痫				
18		帕金森病				
19		肝硬化				
20		类风湿关节炎				
21		肺结核活动期间				
22		再生障碍性贫血				
23		慢性病毒性肝炎(乙型、丙型，活动期，聚乙二醇干扰素治疗慢性丙型肝炎除外)				
24		脑血管疾病后遗症(脑栓塞脑出血和脑梗塞等疾病引起的后遗症)				
25		珠蛋白生成障碍(地中海贫血或海洋性贫血，重型β地中海贫血除外)				
26		系统性红斑狼疮				
27		慢性阻塞性肺气肿				
28		儿童孤独症				

说明：

1.上表“基金累计支付限额”是指特定病种门诊医疗费用月度实际基金支付累计额。

- 2.一档或二档患有两个或两个以上特定病种的，取较高病种月支付限额并增加 60 元。
- 3.当月累计最高支付限额，均不能结转下月使用。
- 4.农村五保供养对象特定门诊医疗费用基金支付比例提高 10 个百分点（基金支付比例最高不超过 100%，若超过 100%的按 100%计算）。
- 5.其中“小儿脑性瘫痪（含 0-3 岁精神运动发育迟缓儿）”和“儿童孤独症”仅限城乡居民身份参保人。
- 6.其中“肺结核”须在我市肺结核专科防治门诊定点医疗机构就诊，基金才予以支付；重性精神疾病指精神分裂症、分裂情感性障碍、持久的妄想性障碍（偏执性精神病）、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍和精神发育迟滞伴发精神障碍等 6 种重性精神疾病；精神病（重性精神疾病除外）须在精神专科门诊定点医疗机构或定点综合医院精神专科就诊，基金才予以支付；重性精神疾病在精神专科门诊定点医疗机构或定点综合医院精神专科以及经批准的非定点医疗机构就诊的，基金才予以支付。
- 7.慢性丙型肝炎（限聚乙二醇干扰素治疗）参保人只能选择本市符合条件的定点医疗机构进行门诊就诊。我市基本医疗保险慢性丙型肝炎（限聚乙二醇干扰素治疗）定点医疗机构有江门市五邑中医院、江门市中心医院、江门市人民医院、开平市中心医院和恩平市人民医院。
- 8.禽流感疑似病例参保患者使用奥司他韦（属基本医疗保险药品目录乙类药,按药品费用 90%纳入基本医疗保险基金支付范围），定点医疗机构需单独开处方和收费，奥司他韦药品费用基金最高支付限额标准为每人每月 2000 元，基金支付比例为 80%，二档在一档基础上每人每月增加 400 元。

公开方式：主动公开

江门市人民政府办公室秘书科

2017年5月17日印发
