

蚌埠市人民政府办公室 关于印发蚌埠市职工基本医疗保险 实施办法的通知

蚌政办秘〔2023〕2号

各县、区人民政府，市政府各部门、各直属单位：

《蚌埠市职工基本医疗保险实施办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真组织贯彻落实。

蚌埠市人民政府办公室

2023年1月5日

（此件公开发布）

蚌州市职工基本医疗保险实施办法

第一章 总则

第一条 为进一步健全我市职工基本医疗保险制度,维护参保人员医疗保障权益,促进职工医疗保障制度可持续发展,根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》和《安徽省人民政府办公厅关于印发安徽省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法的通知》(皖政办秘〔2021〕112号)等有关法律法规和政策规定,结合我市实际,制定本办法。

第二条 本办法所称的职工医疗保障待遇包括职工基本医疗保险(以下简称职工医保)、补充医疗保险、生育保险等。

本办法所称的合规费用,是指参保职工在医保定点医药机构(以下简称定点医药机构)发生的符合国家、省基本医疗保障药品,诊疗项目和医疗服务设施规定的纳入报销范围的医药费用。

本办法所称的起付标准,是指参保职工在定点医药机构发生的合规费用,按照本办法在职工医疗保障基金支付前,由个人自付的金额。

本办法所称的支付比例,是指参保职工在定点医药机构发生

的合规费用，按照本办法由职工医疗保障基金支付的比例。

本办法所称的支付限额，是指参保职工一个自然年度内在定点医药机构发生的合规费用，按照本办法由职工医疗保障基金支付的最高金额。

第三条 本市职工医保制度遵循下列原则：

（一）坚持以人民健康为中心，保障基本、应保尽保；

（二）坚持尽力而为、量力而行，筹资标准和保障能力与经济社会发展水平相适应；

（三）坚持以收定支、收支平衡、略有结余，确保基金安全可持续；

（四）坚持公平与效率相结合、权利与义务相对应，构建多层次医疗保障体系。

第四条 职工医保实行市级统筹、分级管理，全市统一筹资政策、统一保障待遇、统一协议管理、统一基金预算管理、统一经办服务和统一信息系统。

第五条 各县、区政府（市高新区管委会、市经开区管委会，下同）应将医疗保障事业发展纳入国民经济和社会发展规划，按规定做好职工医疗保障相关工作。

乡镇人民政府、街道办事处、社区以及有条件的村民委员会应当按照要求做好职工医保政策宣传引导、参保登记等业务经办

工作。

第六条 医疗保障行政部门负责职工医保政策的制定、组织实施以及统一管理工作。医保经办机构负责经办职工医保相关业务；医保基金监管专职机构负责对用人单位、参保人员、医保经办机构以及定点医药机构医保违法违规行为进行监督管理。

税务部门负责职工医保费征收管理工作。

财政部门负责职工医保基金财政专户管理及按规定拨付资金。

发展改革、公安、民政、人力资源社会保障、卫生健康、审计、市场监管、乡村振兴、数据资源等有关部门在各自职责范围内，负责职工医保相关工作。

第二章 参保登记和基金征缴

第七条 本市行政区域下列单位和人员应当参加职工医保：

- （一）党政机关、企事业单位（含驻蚌单位），社会团体，民办非企业，有雇工的个体工商户等各类用人单位及其职工；
- （二）用人单位依法聘用、招用的港澳台居民，以及依法招用的外国人；
- （三）领取失业保险金期间的失业人员；
- （四）国家、省规定的其他应当参加职工医保的人员。

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、新业态劳动者以及其他灵活就业人员（以下统称灵活就业人员），可以参加本市职工医保。

第八条 职工基本医疗保险费（以下简称基本医保费）由用人单位和职工个人按月共同缴纳，个人缴费部分由单位代扣代缴。

（一）缴费基数。

职工个人缴费基数按本人上年度月平均工资确定。当年新建用人单位的职工或用人单位新增的职工，其个人缴费基数按本人实际工资计算。职工个人缴费基数低于全省上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资（以下简称省平均工资）60%的，按60%计算；高于省平均工资300%的，按300%计算。

用人单位缴费基数按本单位全部参保职工个人缴费基数之和确定。当年新建用人单位增加或者减少参保职工的，单位缴费基数应当按照实际工资额相应调整。

（二）缴费费率。

用人单位缴费费率按职工医保与生育保险的费率之和确定，党政机关、事业单位等不享受生育津贴的单位缴费费率为8.4%，其他用人单位缴费费率为8.8%；职工个人缴费费率为2%。

本办法实施前，以单建统筹基金模式参保的用人单位缴费费率仍为6.8%。

第九条 灵活就业人员采取单建统筹基金模式参保，由个人按月全额缴纳基本医保费。

（一）缴费基数。灵活就业人员缴费基数按省平均工资的60%确定。

（二）缴费费率。灵活就业人员缴费费率为6%。

失业人员在领取失业保险金期间，由失业保险基金按照灵活就业人员缴费标准缴纳基本医保费。

第十条 职工医保缴费费率可根据国家、省相关规定，以及全市基金运行情况适时调整。由市医保部门会同财政部门提出调整意见，报市人民政府批准后执行。

第十一条 用人单位及其职工个人应及时足额缴纳基本医保费，在其应缴纳的基本医保费到账后的次月起，开始享受医保待遇。

灵活就业人员首次在本市参加职工医保的，自缴费之月起连续足额缴费满6个月后，开始享受医保待遇。

第十二条 已在本市参加城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）的参保人员，在居民医保待遇享受期内参加职工医保的，应先中止原居民医保参保关系，再申请办理职工医保参保缴费手续；对职工医保待遇未生成的，可继续享受居民医保待遇，确保基本医疗保险待遇有序衔接。

第十三条 跨统筹地区流动的参保人员，不得重复参保和重复享受待遇，按规定办理基本医疗保险关系转移接续。

（一）职工医保制度内转移接续。职工医保参保人员跨统筹地区就业，转出地已中止参保，在转入地按规定参加职工医保的，应申请转移接续。

（二）职工医保和居民医保跨制度转移接续。职工医保参保人员跨统筹地区流动，转出地已中止参保，在转入地按规定参加居民医保的，可申请转移接续。居民医保参保人员跨统筹地区流动，转出地已中止参保，在转入地按规定参加职工医保的，可申请转移接续。

第十四条 用人单位或参保人员中断缴费的，可按规定办理接续参保手续，根据中断缴费时间，设置相应待遇等待期。

（一）制度内中断接续。

1. 用人单位中断缴费不超过2个月的，按照规定办理补缴到账后，参保人员连续享受职工医保待遇；中断缴费超过2个月（含）以上的，参保人员自用人单位足额补缴到账的次月起享受职工医保待遇。

2. 灵活就业人员（包含在领取失业保险金期间的失业人员）连续中断缴费3个月（含）以内的，自补齐中断期间的职工医保费当月起享受职工医保待遇；中断缴费超过3个月的，设置6个

月待遇等待期。

3. 在本市办理用人单位接续灵活就业人员参保的职工，在转移接续前中断缴费3个月（含）以内的，自补齐中断期间的职工医保费当月起享受职工医保待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受；中断缴费3个月以上的，设置6个月待遇等待期。

（二）跨制度中断接续。

参保人员已连续2年（含）以上参加基本医保的，因就业等个人状态变化在居民医保和职工医保间切换参保关系的，且中断缴费3个月（含）以内的，自补齐中断期间的职工医保费当月起享受职工医保待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。中断缴费3个月以上的，或者连续参加基本医保未满2年的，在用人单位参加职工医保的，自缴费次月起享受职工医保待遇；以灵活就业人员身份参加职工医保的，设置6个月待遇等待期。

第十五条 职工医保实行最低缴费年限。参保人员达到法定退休年龄时，累计缴费年限必须男性满30年、女性满25年，且实际缴费年限满15年。

累计缴费年限包括实际缴费年限和视同缴费年限。视同缴费年限是指2002年12月31日前符合国家规定计算的连续工龄或工作年限，以及军人在部队服役的年龄数。实际缴费年限是指2000年我市职工医保制度实施后，参保人员实际参保并缴纳基

本医保费的年限，包括现役军人随迁的由部队提供医疗保障的随军未就业配偶的实际缴费年限。

参保人员跨制度从居民医保转入职工医保的，居民医保参保缴费时间不计入职工医保累计缴费年限。原城镇居民基本医疗保险相关政策，从城乡居民基本医疗保险制度整合后不再执行。

参保人员按国家规定办理退休（退职）手续同时办理参保状态变更，在变更为退休状态后，个人不再缴纳基本医保费，按照规定享受职工医保退休人员待遇。

参保人员办理退休手续时未达到最低缴费年限的，个人应按照规定申请当年灵活就业人员缴费标准一次性补足差额年限费用，有条件的单位可为其职工代缴补缴费用，补缴费用全部计入统筹基金。未一次性补足的，应当继续按在职灵活就业人员身份缴纳基本医保费并享受相应医保待遇，达到规定缴费年限并办理参保状态变更后再享受职工医保退休人员待遇。

第十六条 用人单位名称、地址、单位类型、法定代表人或负责人、开户银行账号等医保登记事项发生变更或者单位依法终止的，以及参保人员发生增减变动的，应当按照社会保险费征缴规定办理相关手续。

第十七条 用人单位发生分立、合并、兼并、转让等情况时，接收或继续经营者应当承担其单位职工的医疗保险责任，按时足

额缴纳基本医保费。

第三章 医保基金建立

第十八条 职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户两部分构成。统筹基金和个人账户分别进行管理、核算，不得相互挤占。

第十九条 用人单位缴纳的职工医保费全部计入统筹基金。统筹基金主要用于支付参保人员在普通门诊共济(以下简称门诊共济)，门诊慢性病、门诊特殊病(以下简称门诊慢特病)以及住院发生的合规费用。

第二十条 个人账户本金和利息归个人所有，按规定结转使用或继承。参保人员因就业状态变化跨统筹地区流动时，个人账户余额可随同参保关系转移。

(一)个人账户划入标准。单位在职职工个人账户，由个人缴纳的基本医保费计入，计入标准为本人缴费基数 2% 。灵活就业人员和单建统筹基金模式参保职工，参保状态为在职职工期间不设立个人账户。

退休职工个人账户由统筹基金按定额划入，具体划入标准按国家及省相关规定执行。

(二)个人账户支付范围。

1. 职工在定点医药机构发生的政策范围内自付费用；
2. 职工本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用；
3. 职工的配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费；
4. 职工个人参加大额医疗费用补助保险的个人缴费；
5. 符合国家、省规定的相关费用。

第四章 职工医保待遇

第二十一条 职工医保待遇包括门诊共济、门诊慢特病和住院待遇等。

第二十二条 参保人员一个自然年度内在定点医药机构普通门诊发生的合规费用，累计超过 800 元的部分，在职职工在一级、二级、三级定点医疗机构支付比例分别为 60%、55%、50%，退休人员相应提高 5 个百分点，年度统筹基金支付限额为 2000 元。

第二十三条 门诊慢特病实行病种准入和年度限额支付管理，设定起付标准和支付比例，统一执行《安徽省基本医疗保险门诊慢特病用药目录》。具体病种范围以及待遇标准详见附件

件 1。

第二十四条 参保人员在定点医疗机构住院发生的合规费用，起付标准以下的医疗费用由个人自付，起付标准以上的医疗费用由统筹基金按不同比例承担。

（一）起付标准。在一个自然年度内，参保人员首次在定点医疗机构住院治疗，基金的起付标准分别为：一级及以下（含乡镇卫生院、社区卫生服务中心，下同）400 元、二级 800 元、三级（市属）1200 元、三级（省属）1600 元。第二次及以后住院的起付标准按首次住院起付标准降低 100 元执行。

确需分疗程间断多次住院治疗的白血病、恶性肿瘤、脑瘫康复、慢性肾衰竭（尿毒症期）、精神障碍（重性）患者，一个自然年度内在同一家医院按疾病规范疗程多次住院治疗的，只收取年度内首次住院起付标准。

（二）支付限额。一个自然年度内，职工医保统筹基金支付限额为 6 万元。

（三）支付比例。一个自然年度内，参保人员在定点医疗机构住院发生的起付标准以上的合规费用，由统筹基金和个人分别按不同比例承担，其中个人负担的医疗费用年度分段按比例累加计算。具体比例见下表：

医疗 机构	基本医疗保险费用段统筹基金和个人分担比例（%）	
	起付标准—10000 元（含 10000 元）	10000 元以上



蚌埠市人民政府行政规范性文件

级别	在职		退休		在职		退休	
	统筹基金	个人	统筹基金	个人	统筹基金	个人	统筹基金	个人
三级 (省属)	85	15	88	12	90	10	92	8
三级 (市属)	85	15	88	12	90	10	92	8
二级	88	12	90	10	94	6	95	5
一级 及以下	93	7	95	5	98	2	98.5	1.5

第二十五条 统筹基金支付范围的医疗费用应当符合国家、省规定的药品目录、诊疗项目目录和医用耗材目录及支付标准。

参保人员发生属于基本医疗保险支付的“乙类”药品、部分支付类医疗服务项目，由个人按规定先行自付 10%—30%；使用进口人工器官、体内置换材料费用，由个人先行自付 40%，其余部分按规定纳入医保支付。

国家谈判药品、耗材的自付比例按国家及省相关规定执行。

第二十六条 市医保部门根据基金承受能力，对于上年度住院次均费用达到或接近全市上一级别医疗机构次均费用 80% 的医疗机构，执行上一级别医疗机构报销政策。实行年度动态管理，具体名单报省医保部门备案后统一发布。

职工医保统筹基金起付标准、支付比例和支付限额，根据医保基金运行情况适时调整。由市医保部门会同财政部门提出调整

意见，报市人民政府批准后执行。

第二十七条 门诊共济、门诊慢特病以及住院相关待遇标准，根据国家、省相关规定，实行动态管理。

第二十八条 用人单位及其职工中断或未足额缴纳基本医保费，医保经办机构自次月起中止向个人账户划拨资金，并暂停用人单位所有人员（含退休人员）职工医保待遇。用人单位及其职工个人补足欠费的，从次月起补记个人账户，缴费年限可连续计算。欠费期间参保人员发生的政策范围内住院和门诊特殊病医疗费用，职工医保基金按正常医保待遇 80%比例支付，其余部分由用人单位参照职工医保政策承担相应医疗费用；参保人员欠费期间发生的门诊共济、门诊慢性病费用，职工医保基金不予支付，属于用人单位原因的，由用人单位参照职工医保政策承担相应医疗费用。

第五章 补充医疗保险

第二十九条 建立大额医疗费用补助保险制度，待遇享受期与职工医保一致。一个自然年度内，参保人员发生职工医保统筹基金支付限额以上的合规费用（包括住院、门诊特殊病费用），由大额医疗费用补助保险按 90%比例支付，支付限额为 34 万元。

（一）筹资范围。本市职工医保全体参保人员（含退休人员），

均应参加职工大额医疗费用补助保险，按月足额缴费。

（二）筹资标准。大额医疗费用补助保险筹资标准按省平均工资的 0.35% 计算，其中单位缴纳 0.22%，个人缴纳 0.13%。灵活就业人员（含已办理退休状态变更人员）大额医疗费用补助保险由个人全额缴纳。

第三十条 建立公务员医疗补助制度。一个自然年度内，公务员个人在定点医药机构发生的合规费用（包括住院、门诊慢特病费用），在职工医保、大额医疗费用补助报销后，个人负担的费用由公务员医疗补助金按比例支付，设定年度起付标准和支付限额，具体报销办法由市医保部门另行制定。

公务员医疗补助金以本单位上年度在职职工工资总额和退休人员退休金总额之和为基数，每月由单位按缴费基数 2% 缴纳，个人不缴纳。

列入市、县（区）财政预算的全额拨款、差额拨款事业单位可参照执行，所需资金按原渠道解决。

第三十一条 二等乙级以上革命伤残军人参加职工医保，由其所在单位按全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的 30% 缴纳基本医保费；所在单位无力参保和无工作单位的，由户籍所在地县区从优抚医疗补助资金中安排。其中总量的 30% 左右划入个人账户（具体标准详见附件 2），其余部分划入

财政专户。

第三十二条 逐步规范职工企业补充医疗保险制度。鼓励有条件的用人单位在参加职工医保的基础上,建立企业补充医疗保险,提高单位职工的社会医疗待遇水平。

第三十三条 积极引导商业保险机构进一步完善健康保险产品供给,将更多医保目录外合理医疗费用科学纳入健康保险保障范围,提高重特大疾病补充医疗保障水平。

第三十四条 医保经办机构可通过政府采购服务方式,依法委托商业保险机构承办补充医疗保险相关业务。

第三十五条 补充医疗保险制度的调整可根据国家、省政策规定,以及社会经济发展和医保基金运行情况,由市医保部门商财政部门适时调整。

第六章 异地就医

第三十六条 积极推进基本医保异地就医直接结算,提升医保信息化标准化支撑力度,规范经办服务管理。具体实施细则由市医保部门商财政部门按照省有关规定另行制定。

本办法所称的异地长期居住人员(以下简称长期异地人员),是指异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等在本市以外的地区居住、生活、工作6个月以上的人员。

本办法所称的临时外出就医人员(以下简称临时外出人员),是指异地转诊就医人员、因工作或旅游等原因异地急诊抢救人员、其他临时外出就医人员。

第三十七条 按照统一、精简、高效、便民的原则,为本市参保人员提供线上与线下一体的多渠道异地就医备案渠道。

(一)线上备案渠道,主要包括:国家医保服务平台 APP、“皖事通”APP、安徽省医疗保障局 APP、安徽医保公共服务小程序、安徽医保公共服务网上服务大厅、“蚌埠医保”微信公众号等,实现“网上办”“掌上办”。

(二)线下备案渠道,主要包括:参保地医保经办机构、具备转诊资格的定点医疗机构以及受委托的商业保险机构办事大厅等,方便群众现场办理。

第三十八条 异地就医结算分为住院待遇和门诊待遇。

(一)住院待遇。长期异地人员、临时外出人员应当按照规定办理异地就医备案手续。

长期异地人员按照规定办理异地就医备案手续的,在备案地住院治疗(包括门诊特殊病治疗)时,按照本市同级医疗机构住院结算标准执行;未办理备案手续的,在本市同级医疗机构住院结算标准基础上,支付比例降低 10%。

临时外出人员按照规定办理异地就医备案手续的,在备案地

住院治疗（包括门诊特殊病治疗）时，在本市同级医疗机构住院结算标准基础上，支付比例降低 10%；未办理备案手续的，支付比例降低 20%。其中，未办理备案手续的异地急诊抢救人员，支付比例降低 10%。

（二）门诊待遇。长期异地人员和临时外出人员在备案地发生的门诊共济、门诊慢性病待遇，按照本市门诊相关规定标准执行。

第三十九条 参保人员在备案地异地就医时（包括住院和门诊），应在就医地联网定点医药机构主动表明参保身份，出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证，直接刷卡（扫码）结算；未实现异地联网直接结算的，可携带医疗费用发票、医疗费用汇总清单、社会保障卡，以及住院病案复印件或门诊病历等资料到参保地医保经办机构申请报销。

参保人员在异地定点医药机构进行联网直接结算后，参保地医保经办机构不重复受理其报销申请。

第七章 职工生育保险

第四十条 职工医保参保人员同步纳入职工生育保险保障范围。职工生育保险和职工医保合并实施，职工个人、灵活就业人员不缴纳生育保险费。

第四十一条 职工生育保险参保人员可以享受下列待遇：

- (一) 生育津贴；
- (二) 生育医疗费用；
- (三) 计划生育手术医疗费用；
- (四) 产假期间生育并发症和计划生育手术当期并发症的医疗费用；
- (五) 国家和省、市规定的其他项目费用。

第四十二条 职工生育保险参保人员在生育医疗费发生之月前，用人单位或灵活就业人员个人连续按时足额缴纳职工医保（不含补缴）满6个月的，次月起享受生育医疗费用和计划生育医疗费用待遇。

职工生育保险参保人员在生育医疗费发生之月前，用人单位连续按时足额缴纳职工医保（不含补缴）满9个月的，次月起可以享受生育津贴待遇。

党政机关、事业单位的参保职工以及灵活就业人员不享受生育津贴待遇。

用人单位和灵活就业人员中断缴费期间，不享受生育保险待遇。

第四十三条 有下列情形之一的生育医疗费用，职工生育保险基金不予支付：

(一)各种治疗不孕(育)症或实施人工辅助生殖技术的(另有规定除外);

(二)因医疗事故发生的;

(三)涉及婴儿医疗、护理、保健等的;

(四)境外发生的;

(五)应由第三方负担的;

(六)违反国家、省、市相关规定发生的费用。

第四十四条 生育津贴以职工所在用人单位上年度职工月平均工资为标准,按照国家、省规定的产假天数计发。用人单位上年度参保不足12个月及当年新成立的,按上年度或当年实际缴费月数的职工月平均工资标准计发生育津贴。

第八章 职工意外伤害

第四十五条 本办法所称的意外伤害是指参保人员因非疾病的、突发的、不可预见的意外事故造成的身体伤害。

第四十六条 无他方责任的意外伤害参照正常疾病有关规定报销。明确有他方责任的意外伤害医药费用不予报销。

第四十七条 有下列情形之一的,不纳入职工医保基金支付范围:

(一) 打架斗殴、寻衅滋事、家庭暴力伤害、违反禁止燃放烟花爆竹规定等违法违规行为所致的；

(二) 自杀、自伤自残（精神病患者除外），毒品、管制药物（遵医嘱用药除外）、酒精影响所致的；

(三) 有隐瞒、欺诈行为的，包括提供虚假意外伤害时间、地点、原因、经过、虚假证明材料以及伪造意外伤害医疗文书等；

(四) 交通事故所致的；

(五) 应当从工伤保险基金支付的；

(六) 应当由第三人负担的；

(七) 在境外就医的；

(八) 国家、省规定不予支付的其他情形。

第九章 费用结算

第四十八条 医保经办机构根据“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，对定点医药机构按照“总量控制、定额预付、超支分担、结余奖励”办法进行结算。

第四十九条 参保人员在定点医药机构发生的门诊共济、门诊慢特病和住院费用，应由个人负担的部分，使用个人账户余额或现金直接与定点医药机构结算；应由医保基金支付的部分和个



人账户记账结算的费用，由定点医药机构按规定向属地医保经办机构申报结算。

第五十条 经办机构与定点医疗机构结算医疗费用，应结合医保基金收支预决算，实行总额控制管理的办法。对于定点医疗机构结算周期内未超过总额控制指标的医疗费用，经办机构应根据协议按时足额拨付。

第十章 服务协议管理

第五十一条 本市职工医保实行定点医药机构分类管理制度，按照公开透明、公平公正、有序竞争和统筹兼顾的原则开展定点医药机构的协议管理工作。定点医药机构依据其服务能力、技术水平、硬件设施、经营规模等情况承担不同类别的医疗保险服务业务。

第五十二条 医保行政部门应当根据区域医药卫生资源配置和参保人员医疗需求等因素，健全定点医药机构管理制度，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议解除等环节对医保经办机构、定点医药机构进行监督。

医保基金监管专职机构负责对医保经办机构以及定点医药机构医保服务协议履约情况进行监督管理，对违规违法问题按规

定处理。

第五十三条 医保经办机构负责确定定点医药机构名单，及时向社会公布。建立健全内部各项规章制度，做好医保经办服务工作，定期向社会公开医保基金的运行情况，接受社会监督。与定点医药机构建立集体谈判协商机制，明确医保基金预算金额、待遇审核、基金拨付、违反服务协议的行为及其责任等，通过协商签订服务协议。定期开展医保服务绩效考核工作。

第五十四条 定点医药机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医疗服务。建立健全医保服务和医保基金使用内部管理制度，履行医保协议，坚持因病施治，合理诊疗、合理收费，严格执行医保支付政策、价格标准，优先使用医保目录范围内的和集中采购的药品、耗材，控制医疗费用不合理增长，降低参保人员负担，提高医保基金使用效率。

第五十五条 积极推进支付方式改革，完善医保差异化支付政策，健全普通门诊统筹制度，支持基层首诊、双向转诊、急慢分诊，鼓励开展“互联网+”医疗、家庭医生签约服务，推动分级诊疗制度落实，有效利用医疗资源。

第十一章 基金监督管理

第五十六条 职工医疗保险基金实行市级统筹和预决算管理，纳入财政专户，实行收支两条线管理，专款专用。任何单位和个人不得挤占、挪用，也不得用于平衡财政预算。国家、省另有规定的，从其规定。

第五十七条 职工医疗保险基金执行国家统一社会保险基金预决算制度、财务会计制度和审计制度。

第五十八条 职工医疗保险基金的银行计息办法按国家、省、市有关规定执行，利息并入基本医疗保险基金。

当年筹集的个人账户基金，按活期存款利息计息；上年结转的基金本息，按3个月期整存整取银行存款利率计息。

第五十九条 医疗保障、税务、财政、审计、卫生健康、市场监管、公安等部门应当加强分工协作、相互配合，对医保基金收支管理、医疗行为、医疗市场等实施协同监管。建立健全医保大数据智能监管平台和巡查检查制度。探索引入第三方监管机制，强化社会监督，保障医保基金安全。

第六十条 医保经办机构、医保基金监管专职机构的事业经费由同级财政预算解决，不得从基金中提取。

第六十一条 用人单位、定点医药机构、医保经办机构、相关工作人员及参保人员发生的医保违规行为，按照《中华人民共

和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《安徽省医疗保障基金监督管理办法》等法律法规和规章执行。

第十二章 附则

第六十二条 本办法自 2023 年 1 月 1 日起执行。原《蚌州市人民政府办公室关于印发蚌州市完善城镇职工基本医疗保险制度实施办法的通知》（蚌政办〔2007〕107 号）废止，其他与本文件不一致的内容以本文件为准。

第六十三条 本办法相关配套文件由市医保部门另行制定。本办法实施过程中的有关具体问题，由市医保部门负责解释。

- 附件：1. 蚌州市职工医保门诊慢特病待遇标准
2. 二等乙级以上革命伤残军人个人账户计入标准



附件 1

蚌埠市职工医保门诊慢特病待遇标准

序号	类别	病种名称	细分名称 (参考)	起付 标准 (元)	报销限额 (元)	报销 比例
1	门诊 慢性 病	高血压	高血压	1200	2000	65%
			高血压伴并发症	1200	2000	65%
2		冠心病		1200	2000	65%
3		心功能不全		1200	2000	65%
4		慢性阻塞性肺疾病		1200	2000	65%
5		支气管哮喘		1200	3000	65%
6		溃疡性结肠炎		1200	2000	65%
7		克罗恩病		1200	2000	65%
8		晚期血吸虫病		1200	2000	65%
9		慢性肾脏病		1200	3000	65%
10		肾病综合征		1200	3000	65%
11		糖尿病	糖尿病	1200	4000	65%
		糖尿病胰岛素治疗	1200	4000	65%	
12		甲状腺功能亢进症		1200	2000	65%
13	甲状腺功能减退症		1200	2000	65%	
14	脑卒中		1200	3000	65%	



蚌埠市人民政府行政规范性文件

序号	类别	病种名称	细分名称 (参考)	起付 标准 (元)	报销限额 (元)	报销 比例
15		癫痫		1200	2000	65%
16		帕金森病		1200	4000	65%
17	门诊 慢性 病	阿尔茨海默病（老年痴呆）		1200	2000	65%
18		重症肌无力		1200	3000	65%
19		肌萎缩侧索硬化症		1200	2000	65%
20		银屑病	银屑病	1200	2000	65%
21		白癜风		1200	2000	65%
22		慢性乙型肝炎		1200	4000	65%
23		慢性丙型肝炎	慢性丙型肝炎 (非 1b 型)	1200	4000	65%
			慢性丙型肝炎 (1b 型)	1200	4000	65%
24		结核病	结核病	1200	2000	65%
			耐药性结核病	1200	2000	65%
25		艾滋病		1200	2000	65%
26		类风湿性关节炎		1200	2000	65%
27		白塞氏病		1200	2000	65%
28		系统性硬化症		1200	3000	65%
29		干燥综合征		1200	3000	65%
30		多发性肌炎		1200	3000	65%
31	皮炎		1200	3000	65%	
32	结节性多动脉炎		1200	3000	65%	



蚌州市人民政府行政规范性文件

序号	类别	病种名称	细分名称 (参考)	起付 标准 (元)	报销限额 (元)	报销 比例
33		脑瘫		1200	2000	65%
34		特发性血小板减少性紫癜		1200	4000	65%
35		强直性脊柱炎		1200	2000	65%
36		青光眼		1200	2000	65%
37	门诊 特殊 病	肺动脉高压		1200	与住院限额 合并计算	选定 医院 住院 报销 比例
38		特发性肺纤维化				
39		肝硬化				
40		自身免疫性肝病				
41		慢性肾衰竭（尿毒症期）				
42		肢端肥大症		1200		
43		肝豆状核变性				
44		多发性硬化				
45		黄斑性眼病				
46		重度特应性皮炎				
47		精神障碍				
48		系统性红斑狼疮				
49		ANCA 相关血管炎				
50		先天性免疫蛋白缺乏症				
51		生长激素缺乏症				



蚌埠市人民政府行政规范性文件

序号	类别	病种名称	细分名称 (参考)	起付 标准 (元)	报销限额 (元)	报销 比例
52		普拉德-威利综合征				
53		尼曼匹克病				
54		心脏瓣膜置换术后				
55		血管支架植入术后				
56		心脏冠脉搭桥术后				
57	门诊 特殊 病	器官移植术后	器官移植术后 抗排异治疗	1200	与住院限额 合并计算	选定 医院 住院 报销 比例
58			肾移植抗排异治疗			
			肝移植抗排异治疗			
			造血干细胞移植 抗排异治疗			
		血友病	血友病			
血友病重型						
59		再生障碍性贫血				
60		骨髓增生异常综合征				
61	骨髓增生性疾病					
62	白血病					
63	恶性肿瘤	恶性肿瘤 门诊治疗	1200			
		恶性肿瘤 (放化疗)				
		恶性肿瘤治疗 (靶向治疗)				



蚌埠市人民政府行政规范性文件

序号	类别	病种名称	细分名称 (参考)	起付 标准 (元)	报销限额 (元)	报销 比例
64		法布雷病			256000	
65		甲状腺素蛋白淀粉样 变性心肌病			164000	
66		亨廷顿舞蹈症			32000	
67		视神经脊髓炎			32000	
68		脊髓延髓肌萎缩症 (肯尼迪病)			32000	
69		遗传性血管性水肿			24000	
70		进行性肌营养不良症			7000	

附件 2

二等乙级以上革命伤残军人个人账户 计入标准

划拨比例 年龄	伤残等级	一等	二甲	二乙
	35 周岁以下 (含 35 周岁)	7.5%	6.9%	6.3%
36—45 周岁 (含 45 周岁)	8.1%	7.5%	6.9%	
46 周岁以上	8.7%	8.1%	7.5%	
退休 (职)	9.7%	9.1%	8.5%	

