

宣城市人民政府办公室文件

宣政办〔2019〕7号

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

各县市区人民政府，市政府各部门、各直属机构：

经市政府常务会议研究同意，现将《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）》印发给你们，请认真组织实施。



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）

为统一全市城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇，根据《安徽省人民政府办公厅关于印发安徽省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》（皖政办〔2019〕14号）、《安徽省医疗保障局关于印发〈安徽省统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施细则（试行）〉的通知》（皖医保发〔2019〕11号）精神，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，全面贯彻落实党的十九大和十九届二中、三中全会精神，深入贯彻落实习近平总书记视察安徽重要讲话精神，坚持兜底线、织密网、建机制，整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度，完善统一的城乡居民基本医疗保险和大病保险制度，推动实现保障更加公平、管理更加规范、医疗资源利用更加高效。

二、基本原则

（一）以收定支，收支平衡。坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则，因地制宜，适度保障，合理确定待遇标准。

（二）有序衔接，平稳过渡。统筹衔接基本医保、大病保险、医疗救助等制度，妥善处理既有保障政策，实现平稳过渡。

（三）保障基本，提升质量。坚持以保基本为主，完善门诊、住院、大病保险保障政策，持续提升城乡居民医疗保障质量。

三、保障待遇

参保人员在定点医疗机构（急诊急救除外）发生的政策范围内医药费用，按以下规定执行：

（一）门诊

1. 普通门诊。在参保县(市、区)域内一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；普通门诊报销可向二级定点医疗机构延伸，报销限额 20 元/次/日；年度报销限额 150 元/人/年，以家庭户为单位统筹使用。

2. 常见慢性病门诊。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，年度内按就诊最高类别医疗机构计算 1 次起付线。省外医疗机构发生的特殊慢性病门诊医药费用，参照市外省属三级医院普通住院标准执行报销，起付线设定为 2000 元。

4. 其他门诊。

(1) 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城乡居民医疗保险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。

(2) 参加城乡居民基本医保的 18 周岁以下苯丙酮尿症及四氢生物喋呤缺乏症的罕见病患者, 在省内省级或市级妇幼健康服务机构门诊就诊, 其医药及专用食品费用纳入基本医保报销范围, 不设起付线, 按 65% 的比例报销, 年度累计报销限额为 2 万元。

(二) 普通住院

1. 起付线与报销比例。

一级及以下医疗机构起付线 200 元, 报销比例 85%;

二级和县级医疗机构起付线 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%。

对于上年度次均费用达到上一级别医疗机构 80% 及以上的市内医疗机构, 将执行上一级别医疗机构报销政策; 具体医疗机构名单将由市医疗保障局确定并报省医保局备案后统一发布。

到市域外(不含省外)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%。

2. 封顶线与保底报销

（1）一个保险年度内，基本医疗保险基金报销额度实行累计封顶（含分娩住院、意外伤害住院、特殊慢性病门诊及按病种付费等），封顶线 25 万元。

（2）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%。

3. 特别规定

（1）除急诊急救或属参保人员务工（经商）地、长期居住地外，未办理转诊手续在市域外就医的，报销比例（含保底比例）再降低 10 个百分点。

（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）医保按病种付费和支持中医药发展等政策另行规定。

（三）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；有并发症或合并症住院的按普通住院政策执行，但不再享受定额补助。

（四）意外伤害住院

明确有他方责任的意外伤害住院医药费用不予报销；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。

（五）大病保险。

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，2019 年度宣城市大病保险起付线为 1.5 万元。

2. 报销比例。

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%。

3. 封顶线。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。

四、有关要求

（一）统一城乡居民基本医疗保险保障待遇低于原有标准的，原政策可暂保持不变，执行到2019年12月31日，从2020年1

月1日起再执行本方案。建档立卡贫困人口综合医疗保障待遇按中央和省有关文件执行，跨省异地就医联网直接结算按照国家有关规定执行。

（二）市医保局应根据本实施方案制定实施细则。

（三）本实施方案自2019年7月1日起施行。

附件：安徽省城乡居民医疗保险三级（省属）医院及宣城市城乡居民医疗保险慢性病病种范围

附件

安徽省城乡居民医疗保险三级（省属）医院及 宣城市城乡居民医疗保险慢性病病种范围

一、三级（省属）医院

中国科技大学附属第一医院（安徽省立医院），安徽医科大学第一附属医院，蚌埠医学院第一附属医院，皖南医学院弋矶山医院，安徽医科大学第二附属医院，安徽中医药大学第一附属医院，安徽中医药大学第二附属医院（安徽省针灸医院），中国人民解放军联勤保障部队第九〇一医院、武警安徽省总队医院，安徽省儿童医院，安徽省胸科医院，安徽省第二人民医院，蚌埠医学院第二附属医院，安徽医科大学第四附属医院、安徽医科大学附属巢湖医院，皖南医学院第二附属医院，安徽医科大学附属阜阳医院，安徽省中西医结合医院（安徽中医药大学第一附属医院西区），安徽医科大学附属口腔医院（安徽省口腔医院，视同省属三级医院管理）。

二、常见慢性病病种范围

常见慢性病病种范围：高血压（Ⅱ、Ⅲ级）、慢性心功能不全、冠心病、脑出血及脑梗死（恢复期）、慢性阻塞性肺疾病、溃疡性结肠炎和克罗恩病、糖尿病、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、癫痫、帕金森病、风湿（类风湿）性关节炎、重症肌无

力、结核病、特发性血小板减少性紫癜、硬皮病、晚期血吸虫病、银屑病、白癜风、艾滋病机会性感染、白塞氏病、强直性脊柱炎、肌萎缩、支气管哮喘、精神障碍（非重性）、肾病综合征、弥漫性结缔组织病、脑性瘫痪（小于7岁）、腰椎间盘突出、高尿酸血症、视网膜黄斑变性、溶血性贫血、前列腺增生、慢性萎缩性胃炎、慢性骨髓炎、脑垂体瘤、慢性胰腺炎。

三、特殊慢性病病种范围

特殊慢性病病种范围：再生障碍性贫血、白血病、血友病、精神障碍（重性）、恶性肿瘤（放化疗）、慢性肾衰竭（尿毒症期）、器官移植术后（抗排异治疗）、心脏瓣膜置换术后、血管支架植入术后、肝硬化（失代偿期）、肝豆状核变性、系统性红斑狼疮、淋巴瘤、骨髓瘤、骨髓增生异常综合征、心脏冠脉搭桥术后（抗排异治疗）、心脏起搏器置入术后（抗排异治疗）、慢性活动性肝炎、慢性肾炎。

四、本方案所称“市域”指设区的市行政区划范围。

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市监委，市中院，市检察院，宣城军分区。

各民主党派市委，市工商联，各人民团体，中央、省驻宣各单位。

宣城市人民政府办公室

2019年6月29日印发
