

住院保障待遇

住院起付线及补偿比例

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。



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%。
注：参保人员达法定年龄时，未缴满15年的不享受退休职工医保待遇。

基本医保参保人员确需分疗程间断多次住院治疗的白血病、恶性肿瘤（放化疗、靶向治疗、免疫治疗）、脑瘫康复、慢性肾衰竭（尿毒症期）、精神障碍（重性）5类特殊慢性病患者同一年度内在同一医院多次住院治疗的，只收取年度内首次住院起付线。

保底补偿政策

住院和Ⅱ类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%，其中住院按次保底，Ⅱ类门诊特殊慢性病按年度总费用保底。

基本医保封顶线

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。最高支付限额由宣城市医疗保障机构与宣城市财政部门根据宣城市职工年平均工资水平适时调整。

转诊报销政策

参保人员按规定程序转诊，转往宣城市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，在宣城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。

特别提示

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。急诊急救的情形，依据参保患者首诊病历或其他相关证明材料认定。

咨询电话：0563-4037662(居民) 0563-4033853(职工)
投诉、举报电话：0563-4017220



安徽医保公共服务上线皖事通app，个人参保信息、缴费记录、消费记录、个人账户和就医记录等信息方便查！

异地居住人员报销政策

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，宣城市外住院个人先自付10%（其中恶性肿瘤、器官移植、肾透析个人自付比例为5%）后，再按宣城市内定点医疗机构报销政策执行。

特别提示

参保人员务工（经商）地、长期居住地，可以依据务工地、经商地、长期居住地提供的劳动合同、居住证或其它工作、生活相关材料认定。

大额医疗费用补助待遇

统筹基金实际支付金额年累计超过11万元封顶线时，享受大额医疗费用补助待遇。2022年职工大额医疗费用补助收费标准为：每人每年120元。

支付范围	11万元-35万元	35万元以上
报销比例	95%	80%
保底赔付	75%	

大额补充医保不设封顶线

生育保险待遇

生育保险待遇含生育医疗费、生育津贴，生育津贴按照职工所在用人单位上年度职工月平均工资计发。

用人单位按7.0%的费率缴纳职工基本医疗保险费，且于女职工产后连续缴费满6个月的，女职工可正常享受生育保险医疗待遇和生育津贴；女职工产后连续缴费不足6个月的，女职工可正常享受生育保险医疗待遇，按参保单位实际缴费月数计发生育津贴。

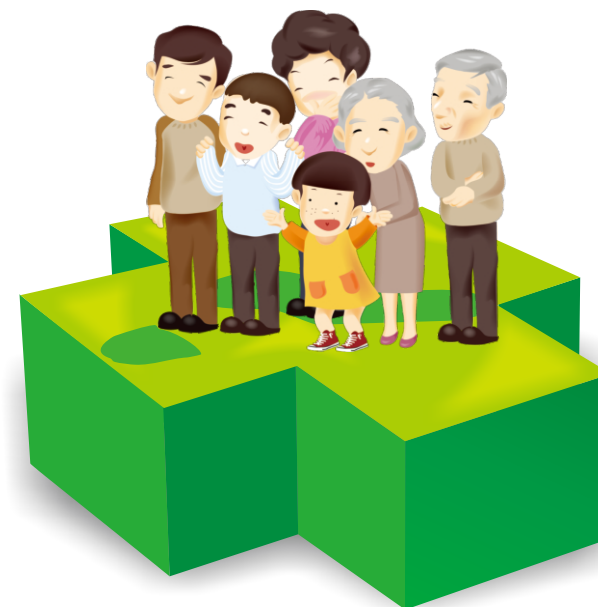
生育医疗费	生育津贴（按月计发）
顺产：1000元	3个月以下流产（宫外孕）：1个月
难产：1400元	3-7月流、引产：1.5个月
剖宫产：2400元	7个月以上流、引产：3个月
4个月以上流、引产：360元	顺产：5个月
4个月以下流产：105元	剖宫产：5.5个月
上（取）环：70元	多胞胎生育：增加0.5个月
女扎：185元	★国家机关、事业单位、灵活就业人员只享受生育医疗费待遇，不享受生育津贴；
男扎：180元	★宫外孕可享受职工医保住院报销；
产前检查：400元	★男职工未就业配偶、灵活就业人员享受的生育医疗费用待遇含产前检查定额补助。

CHS
中国医疗保障
CHINA HEALTHCARE SECURITY



职工基本医疗保险 和生育保险补偿

政策宣传



宣城市医疗保障局
宣城市民生办
二零二二年四月制

基金征缴

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。

缴费费率费基

✿ 2020年全口径城镇单位就业人员平均工资为**5975.14**元/月，2021年全省社会保险费个人月缴费基数上下限为**17925.42**元/月、**3429.11**元/月。

✿ 职工医疗保险费由用人单位和职工按照规定共同缴纳，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。

✿ 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，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。于每年12月31日前一次性缴纳下一年度职工医疗保险费。

✿ 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。

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，**一、**原则上以退休时上月医保实际缴费基数的8.5%比例一次性补齐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，享受职工医保**退休人员待遇**；**二、**一次性缴齐15年确实有困难的，参保人员可申请按全省最新公布全口径城镇单位就业人员平均工资60%至300%为基数，按8.5%分年度连续缴纳，享受**在职参保职工医保待遇**。

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。

门诊保障待遇

个人账户资金支付范围

参保职工不同年龄以本人缴费工资为基数，45周岁及45周岁以下，按**3.1%**计入个人帐户；45周岁以上，按**3.4%**计入个人帐户。**退休人员**的个人帐户，以本人上年度经人社部门核准的养老金（退休金）为基数，按**3.6%**计入个人帐户。

在定点医疗机构发生的、属于个人承担的医疗费用；在定点医疗机构预防接种疫苗费用及体检费用；在定点零售药店购买药品、中药饮片以及国药准字B字号药品的费用；在定点零售药店购买医疗保健器械(血糖检测仪、血压计、体温计、听诊器、颈椎牵引器、褥疮防治气垫等)的费用。

参保人员不得使用个人账户资金支付营养保健品、化妆品、生活用品等费用。

门诊常见慢性病

门诊常见慢性病分为I类、Ⅱ类和Ⅲ类门诊常见慢性病，一个结算年度内个人**先自付800元**后，剩余部分根据规定按**85%报销**，I类门诊常见慢性病单个病种报销限额为**9000元/年**，Ⅱ类门诊常见慢性病单个病种报销限额为**4000元/年**，Ⅲ类门诊常见慢性病单个病种报销限额为**3000元/年**，患两种及以上慢性病的，每增加一个病种，年最高限额实行累计增加。

I类门诊常见慢性病（9种）

序号	病 种	序号	病 种
1	脑卒中	6	慢性肾脏病
2	脑瘫	7	肺动脉高压
3	肾病综合症	8	阿尔茨海默病(老年痴呆)
4	自身免疫性肝病	9	先天性免疫蛋白缺乏症
5	黄斑性眼病		

Ⅱ类门诊常见慢性病（14种）

序号	病 种	序号	病 种
1	高血压	8	帕金森综合症
2	心功能不全	9	类风湿性关节炎
3	冠心病	10	重症肌无力
4	慢性阻塞性肺疾病	11	结核病
5	糖尿病	12	强直性脊柱炎
6	甲状腺功能亢进症	13	支气管哮喘
7	甲状腺功能减退症	14	癫痫

Ⅲ类门诊常见慢性病（19种）

序号	病 种	序号	病 种
1	溃疡性结肠炎	11	干燥综合症
2	克罗恩病	12	结节性多动脉炎
3	特发性血小板减少性紫癜	13	白塞氏病
4	系统性硬化症	14	特发性肺纤维化
5	晚期血吸虫病	15	肢端肥大症
6	银屑病	16	多发性硬化
7	白癜风	17	青光眼
8	艾滋病	18	重度特应性皮炎
9	多发性肌炎	19	ANCA相关血管炎
10	皮炎炎		

门诊特殊慢性病

门诊特殊慢性病分为I类门诊特殊慢性病和Ⅱ类门诊特殊慢性病。一个结算年度内个人**先自付800元**后，I类门诊特殊慢性病按**85%报销**，单个病种报销限额为**9000元/年**，患两种及以上I类慢性病的，每增加一个病种，年最高限额实行累计增加；Ⅱ类门诊特殊慢性病按**90%报销**，报销不设限额。

I类门诊特殊慢性病（8种）

序号	病 种	序号	病 种
1	血管支架植入术后	5	慢性丙型肝炎
2	肝硬化	6	心脏瓣膜置换术后
3	系统性红斑狼疮	7	肝豆状核变性
4	慢性乙型肝炎	8	心脏冠脉搭桥术后

Ⅱ类门诊特殊慢性病（13种）

序号	病 种	序号	病 种	序号	病 种
1	再生障碍性贫血	6	骨髓增生性疾病	11	生长激素缺乏症
2	血友病	7	慢性肾衰竭（尿毒症期）	12	尼罗匹克病
3	精神障碍	8	器官移植术后	13	普拉德-威利综合症
4	恶性肿瘤	9	肌萎缩侧索硬化症		
5	白血病	10	骨髓增生异常综合症		

取消纸质慢性病就诊证，申请人携带半年内申请病种相关材料到市内二级以上医疗机构（宁国市人民医院、宁国市中医院、宁国健民医院、宁国骨科医院）进行认定，由定点医疗机构医保科受理、组织专家鉴定。经认定符合条件的参保人员，**自申请认定**通过起享受门诊慢特病保障待遇。