旌德县人民政府办公室
关于印发《旌德县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

政办〔2019〕47号

各镇人民政府、县直各单位、各定点医疗机构：

根据《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),我县制定了《旌德县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)》，现印发给你们，请遵照执行。

旌德县人民政府办公室

2019年7月29日

（此件公开发布）

旌德县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)

第一章　总则

第一条 根据《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)(以下简称《实施方案》)、《宣城市医保局关于印发<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细则(试行)>的通知》(宣医保〔2019〕20号)的规定，制定本《实施细则》。

第二章　基本医疗保险门诊保障待遇

第二条 在县域内协议定点的医疗卫生机构(含乡镇卫生院或社区卫生服务中心等)、一级及以下定点医疗机构(含村卫生室、社区卫生服务站、社区诊所等)发生的普通门诊医药费用纳入基本医保报销范围。

第三条 为满足国家谈判药品供应保障，确定2家符合条件的定点零售药店，提供国家谈判药品(凭二级及以上定点医疗机构外购处方)购买，按现行政策报销。

第四条 普通门诊政策范围内医药费用是指符合《安徽省基

本医疗保险药品目录》、《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》(以下简称“两个目录”)规定的纳入报销范围的医药费用。

普通门诊报销额度＝政策范围内医药费用×报销比例，在县域内定点医疗机构发生的普通门诊医药费用报销比例为55%，不设起付线。

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。年度封顶额150元/人/年。

第五条 不设城乡居民基本医保个人(家庭)账户，全面建立普通门诊统筹制度。以户为单位设定普通门诊统筹报销限额的，家庭成员间可统筹使用。

第六条 常见慢性病和特殊慢性病门诊政策范围内医药费用是指符合常见慢性病和特殊慢性病用药及诊疗目录规定的费用。《常见慢性病和特殊慢性病用药及诊疗目录》执行省规定（具体病种见附件1）。

常见慢性病门诊报销是指在一级或一级以上医疗机构发生的就诊医药费用，特殊慢性病门诊报销是指在二级或二级以上医疗机构发生的就诊医药费用。贫困人口及全科医生助手机器人运行期间的慢性病门诊报销政策，继续按(皖农合医〔2018〕38号)、（旌价〔2018〕17号）文件规定执行。

第七条 常见慢性病门诊报销额度＝(政策范围内医药费用－起付线)×报销比例。起付线200元/年，报销比例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疗费用报销比例为50％，报销限额:2500元/年，患两种及以上慢性病的，每增加一个病种，年最高报销限额增加500元,同一慢性病人年最高报销限额4500元。

第八条 符合省残联等4部门《关于对参加新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险的残疾人装配辅助器具给予补助的意见》(皖残联〔2009〕4号)规定的残疾人，凭定点装配机构辅助器具装配单及发票回参保地经办机构办理报销。报销比例调整为50％(不设起付线)，单次报销限额调整为:每具大腿假肢1700元，每具小腿假肢800元，每只助听器3500元。

第九条 建立大额门诊医药费用报销制度:一个参保年度内，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核算后达到3000元以上的，超出部分按30％予以报销，封顶额3000元/年。

第十条 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，患者凭门诊病历、处方和发票，办理报销。

第三章　基本医疗保险住院保障待遇

第十一条 普通住院政策范围内医药费用是指符合“两个目录”和“负面清单”(见附件)规定的纳入报销范围内的医药费用。

报销金额＝(政策范围内医药费用－起付线)×报销比例。年度累计报销金额不超过规定的封顶线。

院外检查。患者住院期间因该院缺乏相应检查设备需要到外院检查的，所发生的检查费用纳入当次住院总费用，一并按政策规定报销。

院前检查。参保患者在住院前三天内，与本次住院疾病相关的门诊检查费用计入当次住院总费用，一并按政策规定报销。

第十二条 住院起付线及报销比例。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，具体医疗机构名单由市医疗保障局确定后统一发布。

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 计算，最高不超过 1 万元），报销比例 60%。

第十三条 在省外医疗机构住院治疗，通过国家平台结算的，执行就医地医保目录，参保地待遇政策;非国家平台结算的，执行参保地医保目录和参保地待遇政策

第十四条 保底报销执行“负面清单”(见附件 2)制度。保底报销比例 45%(省内医疗机构 45 %，省外医疗机构 40 %)。普通住院保底报销金额 =(当次住院总费用−负面清单费用−起付线)×保底报销比例。

第十五条 参保城乡居民住院按次扣减起付线，但确需分疗程间断多次住院治疗的特殊慢性病、白血病、脑瘫康复等患者在同一医院多次住院治疗的，参保年度内只计一次起付线。

第十六条 城乡居民基本医疗保险年度封顶线为 25 万元。

第十七条 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 10 个百分点。

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。

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。

第十八条 医保按病种付费和支持中医药发展等政策，根据省、市医保局相关文件规定执行。

第十九条 根据病人就医习惯和需求，适时选择并确定毗邻的省外医疗机构签订医保服务协议，执行省内或市域内同类别医疗机构报销政策，报市医保局备案。

第二十条 对于城乡低保户、五保户、重点优抚对象、计划生育特殊困难家庭等困难群体，起付线和报销政策继续按(卫基层秘〔2017〕558号)、(皖卫办〔2014〕6号）文件规定执行。

第二十一条 参保人员捐赠器官或组织的住院医药费用享受普通住院报销待遇。

第二十二条 住院分娩（含剖宫产）享受定额补助，补助标准为800元/次，有并发症合并症住院的按普通政策执行，但不享受定额补助。

执行普通住院政策的分娩合并症或并发症，原则上是指妊娠期或分娩期发生的病情严重且费用较高的情形，轻微并发症或合并症仍执行定额补助政策。

第二十三条 明确有他方责任的意外伤害住院医药费用不报

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;无法确定他方责任的意外伤害住院政策内医药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;报销金额＝(当次住院医药费用－负面清单费用－起付线)x50％。

因见义勇为或执行救灾救援等公益任务而负住院，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。

第四章　大病保险保障待遇

第二十四条 大病保险合规费用实行“负面清单”(见附件 2)制度。

第二十五条 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。

大病保险起付线为 1.5 万元，一个保险年度计 1 次起付线。

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%。

大病保险报销金额=(参保患者住院及特殊慢性病门诊年度累计医药费用-负面清单费用-基本医保已报销金额-基本医保起付线-大病保险起付线)×分段报销比例。

第二十六条 大病保险封顶线:省内医疗机构30万元/年，省外医疗机构20万元/年，不叠加计算。一个保险年度内，大病保险合规可报销费用中既含省内医疗机构医药费用，又含省外医疗机构医药费用的，执行省内医疗机构封顶线政策即30万元/年。

第五章　附则

第二十七条 建档立卡贫困人口医保报销政策继续按照《安徽省人民政府关于健康脱贫工程的实施意见》(皖政〔2016〕68号)及国家医保局、财政部《关于做好2019年城乡居民基本医疗保障工作的通知》(医保发〔2019〕30号)等有关文件执行。

第二十八条 住院按病种付费政策暂按《关于进一步推进省级新农合按病种付费工作的通知》(卫办秘「2018)451号)执行;透析治疗的肾功能不全等按病种付费的特殊慢性病门诊继续执行现行政策。

第二十九条 自行购买商业医疗保险的参保患者在非即时结报的定点医疗机构住院，可凭住院医药费用发票原件或加盖商保公司公章的复印件和保险公司结报单据（加盖公章）等材料申请报销。

第三十条 异地务工人员已在我县参保，同时又参加异地基本医疗保险的参保居民，在非即时结报的定点医疗机构就诊，可凭住院医药费用发票复印件、医保部门结报单据（加盖公章）等材料，可申请医药费用未报销部分45%的补偿。

第三十一条 本《实施细则》自2019年7月1日起施行。2019年已执行的城乡居民基本医疗保险待遇高于本实施细则标准的，原待遇暂时保持不变，执行到2019年12月31日，从2020年1月1日起执行全市统一标准和本细则。未尽事宜，另行补充规定。

第三十二条 具体条款由县医疗保障局负责解释。

附件 1

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、Ⅱ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、骨隨增生异常综合征、心脏冠脉搭桥术后(抗排异治疗)、心脏起博器置入术后(抗排异治疗)、慢性活动性肝炎、慢性肾炎。

四、本方案所称“市域”指宣城市行政区划范围。

附件 2

宣城市城乡居民基本医保和大病保险负面清单

序号	项目费用	按项目报销	按保底报销	大病保险报销
1	应当从工伤保险基金中支付的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
2	应当由第三方负担的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
3	应当由公共卫生负担的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
4	在境外就医的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
5	《药品目录》单味不予支付的中药饮片及药材费	不纳入	不纳入	不纳入
6	《医疗服务项目目录》外自立医疗服务项	不纳入	不纳入	不纳入
7	特需病房(病区)发生的住院医药费用，特需医疗项目费用	不纳入	不纳入	不纳入
8	非协议医疗机构(急诊急救除外)、非医疗机构发生的医药费用(另有规定除外)	不纳入	不纳入	不纳入
9	医疗机构发生的非医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
10	各类器官、组织移植的器官源或组织源费用，以及串换为其他项目的费用	不纳入	不纳入	不纳入
11	享受定额补助的住院分娩(含手术产)当次住院医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
12	各种各类非功能性整容或矫形手术、美容、健美、减肥、增胖、增高等非疾病治疗类原因，产生的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入

13	预防保健、健康体检、医疗咨询、医疗鉴定等发生的费用	不纳入	不纳入	不纳入
14	气功疗法、音乐疗法、保健性营养疗法等辅助性 治疗项目费用	不纳入	不纳入	不纳入
15	眼镜、义眼、义齿、义肢、助听器等辅助康复器具(另有规定的除外)等费用	不纳入	不纳入	不纳入
16	各种家用或自用检查、检测、治疗仪等器械费用	不纳入	不纳入	不纳入
17	各种不育(孕)症(另有规定的除外)	不纳入	不纳入	不纳入
18	性功能障碍引发的住院医药费用(另有规定的除外)	不纳入	不纳入	不纳入
19	临床实验类诊疗项目费用	不纳入	不纳入	不纳入
20	物价政策规定不可单独收费的一次性材料等费用	不纳入	不纳入	不纳入
21	《药品目录》复方不予支付的中药饮片及药材费用	不纳入		
22	《药品目录》乙类药品个人先行支付费用	不纳入		
23	《药品目录》丙类(目录外)药品费用	不纳入		
24	《医疗服务项目目录》部分支付类项目中个人先行支付费用	不纳入		
25	限制临床应用医疗技术(造血干细胞移植技术等除外)，不纳入政策范围内费用	不纳入		
26	医疗服务项目收费合理超出，我省基本医保最高支付标准(省属三级公立医院最高收费标准)部分的费用	不纳入		
27	《医疗服务项目目录》不予支付类项目	不纳入		
28	部分支付类医用材料中个人先行支付费用	不纳入		
29	不予支付类医用材料	不纳入		

30	国家、省、市医保行政部门规定的其他不予支付的 项目或费用	不纳入	不纳入	不纳入