

# 宣州区 2020 年度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）和《宣城市医疗保障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，结合我区实际，制定本细则。

## 第二章 实施范围和对象

第二条 凡属宣州区范围内未参加城镇职工医疗保险的城乡居民均可以户为单位参加城乡居民基本医疗保险，参保人可选择户籍地或居住地就近参保。

## 第三章 基金征缴与管理

第三条 城乡居民医保按年度缴费，缴费期为每年10月1日至12月31日，待遇享受期为缴费次年的1月1日至12月31日。所有参加城乡医保的城乡居民，按每人250元的标准以户为单位缴纳2020年度个人参保费用；以参保家庭户口簿上未参加其他基本医保的所有人口确定为一户，选择户口簿上部分成员参加视为参保无效。2020年度各级财政补助不少于520元/人。

第四条 实行新生儿“落地”参保政策。新生儿监护人可以为预期在参保年度出生的孩子提前交纳参保资金，也可以在新生儿出生后的3个月内完成缴费，完成参保缴费的新生儿自出生之日起享受当年城乡居民医保待遇。

第五条 当年度退役军人，自向宣州区退役军人事务局报道之日起一个月内办理宣州区城乡居民医保参保缴费手续，从退役之日起享受当年城乡居民医保待遇。

第六条 职工医保因故断缴人员，自中断保障起1个月内办理宣州区城乡居民医保参保缴费手续，从当次职工医保待遇中断之日起享受当年城乡居民医保待遇。

第七条 刑满释放人员，释放1个月内办理宣州区城乡居民医保参保缴费手续，从当次释放之日起享受当年城乡居民医保待遇。

第八条 逾期不再受理缴费参保。未在规定时间内办理参保缴费的人员，不予享受该缴费保障年度城乡居民医疗保险政策。

第九条 建档立卡贫困户、五保户、低保对象、孤儿、计划生育特别扶助对象、重点优抚对象、重度残疾人等特殊人群的个人参保费用缴纳，按相关政策规定执行。

第十条 参加宣州区城乡居民医疗保险同时参加职工医保，或在其他统筹地区同时参加城乡居民医保或职工医保的，医疗保险待遇不重复享受。

#### 第四章 门诊保障待遇

第十一条 普通门诊。报销额度=政策范围内医药费用×报销比例，在区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。普通门诊单次报销封顶额：一级以下定点医疗机构20元/次/日（含一般诊疗费）；一级定点医疗机构30元/次/日（含一般诊疗费）；二级定点医疗机构20元/次/日；年度封顶额150元/人/年，以家庭户为单位设定报销限额，家庭成员间可统筹使用。（宣城市中心医院级别为按三级医院设置，执行三级医院标准，根据省、市政策，2020年1月1日起不再开展普通门诊报销）

第十二条 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》规定的纳入报销范围的医药费用。

第十三条 慢性病门诊。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。省规定尚未出台的病种，按《宣州区城乡居民医保慢病用药与诊疗规范（暂行）》施行，待省规定出台后即时调整。

第十四条 慢性病办证流程。各乡镇（街道办事处）合管站负责收集城乡居民慢性病证申办材料，定期集中送至辖区医共体牵头单位医保科审核，医共体牵头单位负责及时安排专业人员依据《宣州区基本医疗保险慢性病办证诊断标准（试行）》审核申办材料，确定是否给予办理慢性病证。审核通过的由医共体牵头单位制证送至区城乡居民医疗保险服务中心加盖公章，并及时做好信息维护工作。各乡镇街道

办事处合管站到牵头单位取证后及时发放给参保居民。审核不通过的由医共体牵头单位退回申办材料并说明理由。从接受申办材料到取证一般不超过十五个工作日。为方便参保群众，参保患者也可持齐全的慢性病证办理材料直接到相关医共体牵头单位申报办证。

第十五条 慢性病报销政策按市方案执行。

（一）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，年最高限额增加500元，同一慢性病人年最高限额4500元。

（二）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一次起付线。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。

第十六条 常见慢性病门诊报销范围只限在一级或一级以上定点医疗机构就诊发生的门诊费用，特殊慢性病门诊报销范围只限在二级或二级以上定点医疗机构就诊发生的门诊费用。

第十七条 符合《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。报销比例为50%（不设起付线），单次报销限额为：每具大腿假肢1700元，每具小腿假肢800元，每只助听器3500元。

第十八条 大额门诊。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，个人在医疗机构门诊医药费用按负面清单规定核算后达到3000元以上的，超出部分按30%予以报销，封顶额3000元/年。报销时间：参保年度次年3月1日至3月31日的工作日；报销地点：宣州区城乡居民医疗保险服务中心。

第十九条 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蝶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，到宣州区城乡居民医疗保险服务中心办理报销。

第二十条 高血压、糖尿病门诊用药保障机制。保障对象为宣州区城乡居民医保服务对象中，患高血压、糖尿病未达到慢性病办证标准，但确需长期药物治疗的患者。其信息认证与门诊用药报销政策按《宣州区高血压糖尿病门诊用药实施细则（试行）》规定执行；报销不设起付线，一个自然年度内在户籍地或居住地乡镇卫生院、社区卫生服务中心就诊发生的“两病”门诊用药政策内可报费用，按55%比例结报。高血压病种限额450元/人/年，糖尿病病种限额550元/

人/年，“两病”限额含普通门诊支付限额。

## 第五章 住院保障待遇

第二十一条 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”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宣城市规定的封顶线。

第二十二条 住院报销比例及年度封顶线按市方案执行。

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%

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%。

城乡居民基本医疗保险年度累计报销封顶线为25万元。

第二十三条 安徽省立医院（中国科技大学附属第一医院），安徽医科大学第一、二附属医院，皖南医学院第一、二附属医院，芜湖市第一、二、五人民医院等省内直报定点医院，可不开具转诊直接就诊报销，起付线及报销标准执行市《实施方案》规定。

第二十四条 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。

第二十五条 保底报销执行省定“负面清单”制度。保底报销比例：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。

第二十六条 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、脑瘫康复患者多次住院治疗的，参保年度内按就诊最高级别医疗机构标准只计一次起付线。该类人员在乡镇级医疗机构中住院须每次计算起付线。

第二十七条 急诊急救认定。依据参保患者当次首诊病历或其他相关证明材料确认。

第二十八条 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、营业执照、居住证、房产证或其它工作、生活相关材料认定。

第二十九条 第二十七条、二十八条以外的城乡居民异地就医转诊，需由具备转诊资质的定点医疗机构通过转诊综合监管平台进行转诊申报并确定结算方式，由宣州区城乡居民医保服务中心审核确认。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。

第三十条 宣州区城乡参保居民中，经认定的特困人员（城市三无人员、孤儿与五保户）住院报销，不设起付线；

重点优抚对象及低保对象住院报销，仅免除参保年度内首次住院起付线。

第三十一条 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。

第三十二条 《安徽省基本医疗保险药品目录》规定的乙类药品、《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》规定的部分支付的医疗服务项目、除不可报销材料费以外的材料费均按70%的比例纳入可补偿费用。

第三十三条 分娩住院报销。住院分娩（含剖宫产）享受定额补助，补助标准为800元/次。执行普通住院政策的分娩合并症或并发症标准，按《关于宣州区城乡基本医疗保险保障待遇分娩住院相关规定的通知》（宣区医保〔2019〕34号）执行。

第三十四条 继续执行乡镇级及省外同病同价政策、中医药适宜技术和优势病种支付方式。

第三十五条 意外伤害。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2万元，不设保底线； $\text{报销金额} = (\text{当次住院医药费用} - \text{负面清单费用} - \text{起付线}) \times 50\%$ 。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级以上政府相关部门出具的情节证据。

第三十六条 交通事故、医疗事故、因自然灾害等不可抗拒因素造成的危、急、重病人抢救治疗、有责任的各种意外伤害（如：自杀，自残，自伤，刀枪伤，搏斗伤，酗酒，吸毒，在工厂（场）、工地作业，外出获取报酬的务工等负伤，狗（猫）咬抓伤等）以及因违法犯罪导致的意外伤害，发生的医疗费用不予报销。

第三十七条 意外伤害住院不实行即时结报。

第三十八条 参保城乡居民跨年度住院产生的医疗费用以出院日期所在年度为报销结算年度，享受该年度城乡居民医疗保险政策。意外伤害报销受理时限为出院之日（以发票为准）起1年内，其他疾病报销受理时限为出院之日起至次年12月31日，逾期不再办理。

第三十九条 参保城乡居民就诊发生符合规定的医药费用报销，须按要求如实提供报销所需材料。不能提供报销所需基本材料的，不予报销；伪造、提供虚假材料欺诈骗保的，坚决予以查处并纳入个人诚信系统；涉嫌犯罪的，移交司法机关依法处理。

## 第六章 大病保险保障待遇

第四十条 大病保险合规费用实行省、市“负面清单”制度。2020年大病保险人均筹资标准为65元。

第四十一条 大病保险设年度起付线为1.5万元。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。分段报销比例设置为：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%。

第四十二条 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。

## 第七章 附则

第四十三条 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。

第四十四条 按病种付费政策暂按原宣州区新型农村合作医疗按病种付费政策执行，待全市按病种付费方案出台后根据政策进一步调整。

第四十五条 城市医联体和紧密型县域医共体政策方案另文下发。

第四十六条 本《实施细则》执行时间为2020年1月1日至2020年12月31日。未尽事宜，另行补充规定，具体由宣州区医疗保障局负责解释。

附件1：安徽省城乡医疗保险和大病保险负面清单

2：宣州区区内一级及以上定点医疗机构名单

---

抄送：各定点医疗机构

---

宣城市宣州区医疗保障局

---

2019年12月31日印发

共印5份