宣城市医疗保障局文件

宣医保〔2019〕20号

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

各县、市、区医疗保障局，市医保中心：

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）要求，市医疗保障局制定了《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）》，现印发给你们，请遵照执行。

宣城市医疗保障局

2019年6月29日

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）

第一章总则

第一条根据《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）（以下简称《实施方案》）、《安徽省医保局关于印发<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）和《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）（宣政办【2019】7 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

第二条在参保县（市、区）域内协议定点的基层医疗卫生机构（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。普通门诊报销可向二级定点医疗机构延伸。

第三条为满足慢性病治疗需要及国家谈判药品供应保障，各县可以确定 1-2 家符合条件的定点零售药店，提供门诊购药和直接结算服务。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，在参保县(市、区)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，单次报销限额20元/次/日。年度封顶额150元/人/年，以家庭户为单位统筹使用。

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。

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）x 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。

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，回统筹地区经办机构办理报销。

第十一条在校大学生普通门诊保障待遇，可继续执行原有的普通门诊统筹资金学校包干使用办法。

第三章基本医疗保险住院保障待遇

第十二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当地规定的封顶线。

第十三条上年度次均费用接近上一级别医疗机构，是指某医疗机构合理收治病例的次均住院费用达到上一级别医疗机构次均费用的 80%及以上。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。

第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。

第十五条保底报销执行“负面清单”（见附件）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、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。

第十七条城乡居民基本医疗保险年度封顶线为 25 万元。

第十八条急诊急救的情形，依据参保患者首诊病历或其他相关证明材料认定。

第十九条参保人员务工（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、居住证或其它工作、生活相关材料认定。

第二十条根据病人就医习惯和需求，可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。

第二十一条对于城乡低保户、特困人员、重点优抚对象、计划生育特殊困难家庭及重度残疾人等困难群体，起付线和报销政策按现行有关规定继续执行。

第二十二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。

第二十三条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

第二十四条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）×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

第二十五条大病保险合规费用实行“负面清单”（见附件）制度。

第二十六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。

第二十七条大病保险封顶线：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

第二十八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。

第二十九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。

第三十条本《实施细则》自 2019 年 7 月 1 日起施行。各县（市、区）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，原待遇可暂时保持不变，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。未尽事宜，另行补充规定。具体由市医疗保障局负责解释。

附件：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用	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

序号	项目费用	按项目报销	按保底报销	大病保险报销
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