

宣城市医疗保障局文件

宣医保秘〔2020〕62号

宣城市医疗保障局关于印发《宣城市职工基本医疗保险和生育保险市级统筹实施细则（试行）》《宣城市城乡居民基本医疗保险和大病保险市级统筹实施细则（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<宣城市基本医疗保险和生育保险市级统筹实施意见><宣城市职工基本医疗保险和生育保险市级统筹实施办法(试行)><宣城市城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法（试行）>的通知》（宣政办〔2020〕14号）要求，市医疗保障局制定了《宣城市职工基本医疗保险和生育保险市级统筹实施细则（试行）》

《宣城市城乡居民基本医疗保险和大病保险市级统筹实施细则（试行）》，现印发给你们，请遵照执行。

此页无正文



宣城市职工基本医疗保险和生育保险 市级统筹实施细则（试行）

第一章 总则

第一条 为进一步完善我市职工基本医疗保险(以下简称“职工医保”)和生育保险制度,提升职工医保和生育保险统筹层次,增强职工医保和生育保险基金抵抗风险能力,增强制度公平性,提高医疗保障和生育保障水平,维护参保人员合法权益,根据《中华人民共和国社会保险法》(中华人民共和国主席令第二十五号)《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》(中发〔2020〕5号)和《宣城市职工基本医疗保险和生育保险市级统筹实施办法(试行)》(宣政办〔2020〕14号)等有关规定,结合我市实际,制定本《实施细则》。

第二章 基金征缴

第二条 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。

离休人员、六级以上伤残军人(原二等乙级以上革命伤残军人)以及关闭破产、改制国有和集体企业、事业单位符合国家原政策招录用的下岗退休职工,各地执行自有政策。关闭破产、改制国有和集体企业符合国家原政策招录用的退

休人员实际缴费年限不得低于15年。

第三条 职工医保和生育保险合并实施后的职工医疗保险费由用人单位和职工按照规定共同缴纳，用人单位及其职工缴纳职工医疗保险费实行统一的缴费比例和缴费标准。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，用人单位不再为退休职工缴纳生育保险费。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最新公布全口径城镇单位就业人员平均工资60%至300%，于每年10月1日至12月31日前一次性由个人按照8.5%的费率缴纳职工医疗保险费。灵活就业人员被单位录用且参加职工医保的，可退还单位缴费之月起至年底预缴的职工医疗保险费，同时从个人账户余额中扣回已经返到其个人账户上的相应月份的个人账户资金。

当年内退休的灵活就业人员，截止到退休当月职工医保累计缴费已满180个月的，可凭退休批复或退休证，退还其退休次月至当年年底预缴的职工医疗保险费，同时从个人账户余额中扣回已经返到其个人账户上的相应月份的个人账户资金；灵活就业人员死亡的，从死亡次月起退还其次月至当年年底预缴的职工医疗保险费，同时从个人账户余额中扣

回已经返到其个人账户上的相应月份的个人账户资金。

第四条 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。

第五条 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，职工大额补充医疗保险资金原则上由用人单位按年缴纳。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。职工、灵活就业人员达到法定退休年龄时，职工大额补充医疗保险保费可按年缴纳，也可一次性缴纳15年后终身享受。职工大额补充医疗保险的保费原则上每年核定一次。

第六条 用人单位应当自用工之日起三十日内，为其新增（恢复）职工向所属地医保经办机构办理职工医保和生育保险申报登记，按月足额向税务部门缴纳职工医疗保险费。税务部门应当在规定的时间内，向医保经办机构提供征收情况。

第七条 参加职工医保的个人，达到法定退休年龄且已办理退休手续后，累计缴费达到15年的，退休后不再缴纳职工医疗保险费，自退休之日起享受职工医保待遇；未达到15年的，以退休时上月医保实际缴费基数8.5%比例补齐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，自缴费当月起享受职工医保待遇。

第八条 用人单位因破产、撤销、解散或其他原因终止的，应按规定清偿欠缴的职工医疗保险费。退休人员职工医

疗保险费和大额补充医疗保险保费可一次性补足至规定年限。

第九条 参保单位合并、兼并、转让、联营、租赁、承包时，接受或继续经营者应承担其职工医保责任，按时足额交纳职工医疗保险费。单位出售、拍卖时，必须从资产变现中优先清偿欠缴的职工医疗保险费。

第三章 门诊保障待遇

第十条 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。

第十一条 职工医保个人账户资金，由医保经办机构按月划拨。2021年1月1日以前已办理退休手续的退休人员，计入个人账户仍按原政策执行。2021年1月1日以后办理退休手续的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。在职参保职工的个人帐户，除职工个人缴纳的2%全部计入个人帐户外，再按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1.1%计入个人帐户；45周岁以上，按1.4%计入个人帐户。

个人账户的本金和利息归个人所有，可以结转使用和依法继承。

第十二条 个人账户资金按以下规定范围支付：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。

第十三条 享受门诊慢性病待遇人员在市内定点医疗机构就诊时，需要外购药品的，患者必须持有二级及以上慢性病直接结算定点医疗机构医保医师开具并加盖医院药剂专用章的门诊慢性病外配处方等材料，到医保经办机构办理审核报销。

定点医疗机构应在3日内向参保地医保经办机构上传外配处方的电子处方。

第十四条 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。

第十五条 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 6 种：脑出血及脑梗死（恢复期）、脑瘫、肾病综合征、自身免疫性肝病、视网膜黄斑变性、慢性肾脏病（非透析治疗）。

Ⅱ类门诊常见慢性病 17 种：高血压（Ⅱ、Ⅲ级）、慢性心功能不全、冠心病、慢性阻塞性肺疾病（慢性支气管炎、肺气肿）、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、强直性脊柱炎、支气管哮喘、精神障碍（非重性）、前列腺增生、慢性胰腺炎。

Ⅲ类门诊常见慢性病 18 种：溃疡性结肠炎、克罗恩病、慢性萎缩性胃炎、天疱疮、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、肌萎缩、弥漫性结缔组织病、溶血性贫血、脑垂体瘤、慢性骨髓炎、高尿酸血症、腰椎间盘突出。

第十六条 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9种，分别是：血管支架植入术后、肝硬化（失代偿期）、系统性红斑狼疮、慢性活动性肝炎、心脏瓣膜置换术后、肝豆状核变性、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）、慢性肾炎。

II类门诊特殊慢性病11种，分别是：再生障碍性贫血、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）、肌萎缩侧索硬化症、白血病、淋巴瘤、骨髓瘤、骨髓增生异常综合征。

第四章 住院保障待遇

第十七条 普通住院政策范围内医药费用是指符合“两个目录”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年规定的封顶线。

第十八条 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。第一次住院起付标准为：三级医院700元，二级医院500元，一级医院300元；第二次住院起付标准为：三级医院500元，二级医院300元，一级医院200元；第三次及以上住院起付标准为：三级医院400元，二级医院200元，一级医院100元。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%。参保人员在市内住院治疗期间

因病情需要，由下级医院转至上级医院连续治疗的，起付标准采用补足差额的方式进行结算；上级医院转至下级医院连续治疗的，不再承担起付标准。

第十九条 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。在国家发布的异地就医定点医疗机构完成直接结算的，原则上不允许因为待遇差原因办理退费。

第二十条 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。

第二十一条 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。最高支付限额由市医疗保障部门与市财政部门根据我市职工年平均工资水平适时调整。

第二十二条 统筹基金支付的乙类药品、高值耗材、部分支付类医疗服务项目，个人先自付比例为5%，国家和省谈判药品按规定的个人先行自付比例执行。体内置放材料个人先行自付15%。

第二十三条 住院期间因病情需要到外院检查或院外购买国家和省谈判药品的，其合规费用纳入当次住院报销。

第二十四条 在本市内同一医院入院前3天内(含第3天)的或市外同一医院入院前7天内（含第7天）的与本次住院相

关的门诊检查费用，可纳入当次住院报销。

第二十五条 参保人员按规定程序转诊，转往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。

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。

第二十六条 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，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，再按市内定点医疗机构报销政策执行。

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。

第二十七条 生育保险待遇按照《安徽省职工生育保险暂行规定》《宣城市生育保险和职工基本医疗保险合并实施办法》等有关文件执行。其中，参保人员因生育引起合并症

或并发症的住院医疗费用，可执行职工医保报销政策，不享受生育医疗费用报销。

第二十八条 执行职工医保报销政策的生育合并症或并发症，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。以下生育合并症或并发症执行职工医保报销政策：1、分娩住院期间严重产前产后出血（需手术或输血治疗）；2、胎盘早剥（并发DIC或严重出血需要手术或输血治疗）；3、产道血肿（并发严重产后出血需要手术或输血治疗）；4、凶险性前置胎盘（或完全性前置胎盘）；5、子宫破裂；6、静脉血栓栓塞；7、羊水栓塞；8、妊娠期急性脂肪肝；9、HELLP综合征；10、血栓性血小板减少性紫癜；11、会阴Ⅲ度及以上撕裂；12、严重产褥感染（产后抗生素连续使用7天以上，符合诊疗程序）；13、分娩期因合并症或并发症需进ICU治疗；14、非计划再次手术（分娩住院期间，因合并症或并发症需进入手术室进行计划外再次手术）。

第二十九条 参保人员捐赠器官或组织的住院医药费用享受本地普通住院报销待遇，报销比例不受转外就医调减比例限制。

第三十条 住院及Ⅱ类门诊特殊慢性病统筹基金最高支付限额以上的合规医疗费用，由大额补充医疗保险按照协议赔付；其他门诊慢性病未达到其病种报销限额，医疗总费用报销达到年度统筹基金最高支付限额的，由大额补充医疗保险按病种限额支付。大额补充医疗保险政策，由市医疗保

障部门另行制定。

第三十一条 鼓励引导基层医疗卫生机构提供中医药适宜技术服务，将符合条件的中医药适宜技术服务纳入医保报销范围。

第三十二条 连续参保的职工跨年度住院产生的医疗费用，原则上按照每年1月1日至12月31日为结算年度报销。

第三十三条 门诊普通慢性病和特殊慢性病报销受理时限原则上为就诊之日起至次年12月31日，住院报销受理时限原则上为出院之日起至次年12月31日。

第五章 附则

第三十四条 本《实施细则》自2021年1月1日起施行。《宣城市城镇职工基本医疗保险市级统筹实施细则》（宣人社发〔2011〕8号）同时废止。未尽事宜，另行补充规定。

第三十五条 本《实施细则》具体由市医疗保障局负责解释。

宣城市城乡居民基本医疗保险和大病保险 市级统筹实施细则（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）、《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《宣城市城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法（试行）》（宣政办〔2020〕14号）的规定，制定本《实施细则》。

第二章 城乡居民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城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）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 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，单次报销限额 20 元/次/日。

第四条 以个人为单位设定普通门诊统筹报销限额，年度报销限额为 150 元/人，以个人为单位使用，家庭成员间不可统筹使用。

第五条 为满足慢性病治疗需要及国家谈判药品供应保障，各县（市、区）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。国家谈判药品及抗癌药凭二级及以上定点医疗机构外购处方（加盖医保或药剂专用章）购买，按现行政策报销。

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）× 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%；省外一级及以上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。

常见慢性病病种40种：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）、视网膜黄斑变性、溶血性贫血、前列腺增生、慢性萎缩性胃炎、脑垂体瘤、慢性胰腺炎、慢性骨髓炎、高尿酸血症、腰椎间盘突出、自身免疫性肝病、天疱疮、慢性肾脏病（非透析治疗）。

第八条 特殊慢性病门诊。特殊慢性病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。省外一级及以上医疗机构发生的特殊慢性病门诊医药费用，起付线设定为 2000 元/年，报销比例 65%，保底报销比例 45%。年度内按就诊最高类别医疗机构计算 1 次起付线。

特殊慢性病病种20种：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、肌萎缩侧索硬化症。

第九条 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。报销不设起付线，报销比例为50%，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。

第十条 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居民医保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。

第十一条 参加居民医保的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保健服务机构门诊就诊，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。

第十二条 居民医保参保人员经宣城市一级及以上定点医疗机构中具有“两病”诊断资质的医疗保障协议医师诊

断，明确患有高血压、糖尿病确需采取药物治疗的患者，享受城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障政策。“两病”门诊报销不设起付线，在本市范围内二级及以下定点基层医疗机构发生的“两病”门诊政策范围内药品费用由统筹基金支付，支付比例为 55%。一个结算年度，高血压病种统筹基金支付限额为 450 元/人，糖尿病病种统筹基金支付限额为 550 元/人，“两病”支付限额含普通门诊统筹报销限额。

第十三条 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 城乡居民基本医疗保险住院保障待遇

第十四条 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封顶线。

第十五条 居民医保年度封顶线为 25 万元。

第十六条 参保人员在一个结算年度内发生的合规医疗费用，起付标准以上、统筹基金最高支付限额以下的，由居民医保基金按比例支付。市域内一级及以下医疗机构起付线200元，报销比例85%；二级医疗机构起付线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%。参保人员在市内住院治疗期间因病情需要，由下级医院转至上级

医院连续治疗的，起付标准采用补足差额的方式进行结算；上级医院转至下级医院连续治疗的，不再承担起付标准。

参保人员按规定程序转诊，到市外省内住院治疗的，上述相应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%。除急诊急救或属参保人员务工（经商）地、长期居住地外，未按规定转诊，在市外定点医疗机构住院治疗的，报销比例（含保底比例）再降低10个百分点。

第十七条 对于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%及以上的，可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局确定并报省局备案后统一发布。

第十八条 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。

第十九条 特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童住院，不设起付线。低保对象、重点优抚对象、重度残疾人（一、二级）住院，报销政策按现行有关规定继续执行。

第二十条 参保居民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。

第二十一条 参保人员捐赠器官或组织的住院医药费用享受本地普通住院报销待遇，报销比例不受转外就医调减比例限制。

第二十二条 大学生在入学当年学籍地如发生医疗费用，或寒暑假、实习期间在外地定点医疗机构住院发生医疗费用，按照市内相应政策报销，报销比例不受转外就医调减比例规定限制。

第二十三条 住院期间因病情需要到外院检查或院外购买国家和省谈判药品的，其合规费用纳入当次住院报销。

第二十四条 在本市内同一医院入院前3天内（含第3天）的或市域外同一医院入院前7天内（含第7天）的与本次住院相关的门诊检查费用，可纳入当次住院报销。

第二十五条 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。

第二十六条 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。在国家发布的异地就医定点医疗机构完成直接结算的，原则上不允许因为待遇差原因办理退费。

第二十七条 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、居住证或其它工作、生活相关材料认定。

第二十九条 住院分娩（含剖宫产）可享受定额补助，补助标准为 800 元/次；妊娠期或分娩期发生的病情严重且费用较高的情形按普通住院政策执行，不再享受定额补助。轻微并发症或合并症仍执行定额补助政策。

第三十条 妊娠期或分娩期发生的病情严重且费用较高的情形是指：1、分娩住院期间严重产前产后出血（需手术或输血治疗）；2、胎盘早剥（并发DIC或严重出血需要手术或输血治疗）；3、产道血肿（并发严重产后出血需要手术或输血治疗）；4、凶险性前置胎盘（或完全性前置胎盘）；5、子宫破裂；6、静脉血栓栓塞；7、羊水栓塞；8、妊娠期急性脂肪肝；9、HELLP综合征；10、血栓性血小板减少性紫癜；11、会阴Ⅲ度及以上撕裂；12、严重产褥感染（产后抗生素连续使用7天以上，符合诊疗程序）；13、分娩期因合并症或并发症需进ICU治疗；14、非计划再次手术（分娩住院期间，因合并症或并发症需进入手术室进行计划外再次手术）。

第三十一条 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。意外伤害的后续治疗，在第一次治疗费用经基本医疗保险给予报销的前提下，仍然执行首次意外伤害报销类别，意外伤害住院不实行即时结报。

第三十二条 鼓励引导基层医疗卫生机构提供中医药适宜技术服务，将符合条件的中医药适宜技术服务纳入医保报销范围。

第三十三条 连续参保居民跨年度住院产生的医疗费用，原则上以出院日期所在年度为报销结算年度，享受该年度居民医保政策；非连续参保居民跨年度住院产生的医疗费用，原则上进行年度分割结算，享受该年度居民医保政策。

第三十四条 门诊普通慢性病和特殊慢性病报销受理时限原则上为就诊之日起至次年12月31日，住院报销受理时限原则上为出院之日起至次年12月31日。

第四章 城乡居民大病保险保障待遇

第三十五条 城乡居民大病保险（以下简称“大病保险”）合规费用实行“负面清单”（见附件）制度。

第三十六条 2021年度大病保险设年度起付线为 1.5 万元，普通居民大病保险起付线以上部分实行分段累计报销。自付达到 5 万元以内段，报销比例 60%；自付达到 5-10 万元段，报销比例 65%；自付达到 10-20 万元段，报销比

例 75%；自付达到 20 万元以上段，报销比例 80%。特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、低保对象、建档立卡贫困人口省内发生的大病保险享受起付线以上自付达到 5 万元以内段，报销比例65%；自付达到 5-10 万元段，报销比例70%；自付达到 10-20 万元段，报销比例80%；自付达到 20 万元以上段，报销比例90%。

大病保险报销金额=（参保患者住院及特殊慢性病门诊经基本医保报销后年度累计自付费用-大病保险负面清单费用-基本医保起付线-大病保险起付线）×分段报销比例。

第三十七条 普通居民大病保险封顶线：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。

第三十八条 特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、低保对象、贫困人口患者（以下简称“困难人员”）发生的医疗费用中同时含有省内、省外医疗机构费用，大病保险分别计算。起付线、补偿比例及封顶线按省内、省外费用分别对应困难人员和普通人口政策执行，费用按省内、省外分开累计。

第五章 附则

第三十九条 建档立卡贫困人口医保报销政策继续按照《宣城市人民政府关于印发宣城市健康脱贫工程实施方案

的通知》（宣政秘〔2016〕250号）《宣城市人民政府办公室关于修改宣城市健康脱贫工程实施方案部分内容的通知》（宣政办秘〔2020〕31号）等有关文件执行。

第四十条 本《实施细则》自2021年1月1日起施行。《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）同时废止。未尽事宜，另行补充规定。

第四十一条 本《实施细则》具体由市医疗保障局负责解释。

附件：城乡居民基本医疗保险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》外自立医疗服务项目	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	不纳入	不纳入
27	《医疗服务项目目录》不予支付类项目(且不超过省属三级公立医院最高收费标准)	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