

宿州市人民政府办公室文件

宿政办发〔2019〕5号

宿州市人民政府办公室关于印发 宿州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

各县、区人民政府，市政府各部门、各直属单位：

《宿州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）》已经2019年6月14日市政府第31次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。



宿州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）

为贯彻落实《安徽省人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（皖政〔2016〕113号），按照《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）和《安徽省医疗保障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）文件精神，结合我市实际，制定本方案。

一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的十九大精神，按照兜底线、织密网、建机制要求，全面建成覆盖全民、城乡统筹、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系。落实国家和省关于深化医药卫生体制改革要求，整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度，完善统一的城乡居民基本医疗保险和大病保险制度，着力解决医疗保障领域发展不平衡、不充分问题，推动实现保障更加公平、管理更加规范、医疗资源利用更加高效。

二、基本原则

(一)“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，适度保障，因地制宜，合理确定待遇标准。

(二)“有序衔接、平稳过渡”的原则，统筹衔接基本医保、大病保险、医疗救助等制度，妥善处理既有保障政策，实现平稳过渡。

(三)“保障基本、提升质量”的原则，坚持以保基本为主，完善门诊、住院、大病保险保障政策，持续提升城乡居民医疗保障质量。

三、保障待遇

参保人员在定点医疗机构（急诊急救除外）发生的政策范围内医药费用，按以下规定执行：

(一) 门诊。

1. 普通门诊。

(1) 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。

(2) 在参保县区域内协议定点的基层医疗卫生机构（含二级乡镇卫生院或社区卫生服务中心等）、承担基本公共卫生服务的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。

(3) 在参保县区域内协议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，每人年度报销限额 220 元

(含一般诊疗费),以户为单位的家庭成员间可统筹使用。县区域内协议定点乡镇卫生院(含二级乡镇卫生院)和社区卫生服务中心等单次报销限额40元(含一般诊疗费);在一级以下定点医疗机构(含村卫生室、社区卫生服务站、社区诊所等)治疗的每人每天报销一次,报销限额25元(含一般诊疗费)。

(4)普通门诊报销额度=(政策范围内医药费用-起付线)×报销比例,报销额度不超过当地规定的限额。

2. 常见慢性病门诊。

(1)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%。年度起付线为200元,每人年度累计报销限额3000元。省外医疗机构发生的常见慢性病门诊医药费用纳入报销范围。逐步施行慢性病门诊按病种付费。

(2)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。报销额度不超过规定的年度限额。

(3)为满足慢性病治疗需要及国家谈判药品供应保障,由市级统一组织,在所辖各县区确定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。

3. 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1次起付线。省外医疗机构发生的特殊慢性病门诊医药费用纳入报销范围。

4. 大额门诊。

在二级及以上医疗机构普通门诊政策范围内的医药费用年度累计达到起付线以上的又不属于慢性病或特殊慢性病范畴内的，年度起付线为 1000 元，报销比例为 40%，每人年度累计报销限额 2500 元。

5. 罕见病门诊。

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，回参保地办理报销；其他罕见病病种门诊报销政策参照特殊慢性病门诊执行。

6. 符合省残联等四部门《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。

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

（二）普通住院。

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3）规定的纳入报销范围内的医药费用。

1. 起付线与报销比例。

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%。

（1）上年度次均费用接近上一级别医疗机构，执行上一级别医疗机构报销政策。

（2）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。

（3）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 65%。

（4）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。

（5）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等困难群体起付线和报销政策按现行有关规定继续执行。

（6）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。

（7）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。

2. 封顶线与保底报销。

(1) 一个保险年度内,基本医疗保险基金报销额度实行累计封顶(含分娩住院、意外伤害住院、特殊慢性病门诊及按病种付费等),封顶线30万元。

(2) 对普通住院发生的符合规定的医药费用实行保底报销,报销比例省内医疗机构45%,省外医疗机构40%。

保底报销执行“负面清单”(见附件3)制度。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。

3. 特别规定。

(1) 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)再降低10个百分点。

(2) 参保人员到江苏省徐州市协议医疗机构住院,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6000元),报销比例65%。

(3) 医保按病种付费等政策另行规定。

(4) 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。

(5) 参保人员务工(经商)地、长期居住地,可以依据务工工地、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。

（三）分娩住院。

分娩住院定额补助顺产为 800 元，剖宫产为 1200 元。有并发症或合并症住院的按普通住院政策执行，但不再享受定额补助。

（四）意外伤害住院。

1. 明确有他方责任的意外伤害住院医药费用不予报销。

2. 明确无他方责任的意外伤害住院医药费用按普通住院起付线和报销比例执行，单次封顶 2 万元，年度封顶 4 万元，不纳入大病保险报销范围。

3. 无法确定他方责任的意外伤害住院医药费用按政策范围内医药费用的 30% 实行报销，年度累计报销限额 2 万元，不纳入大病保险报销范围。

4. 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（区）级或县（区）以上政府相关部门出具的情节证据。

（五）大病保险。

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。大病保险合规费用实行“负面清单”制度。

1. 起付线。一个保险年度计 1 次起付线，大病保险起付线为 1 万元。

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 85%。

3. 封顶线。省内医疗机构大病保险报销限额封顶线 30 万元，省外医疗机构大病保险封顶线 20 万元。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。

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。基本医保起付线为年度多次住院累计起付线，最高为 1 万元。

四、有关要求

（一）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。

（二）跨省异地就医联网直接结算按照国家有关规定执行。在省内医疗机构住院治疗，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、参保地待遇政策。

（三）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。

（四）统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇是全面实施全民参保计划、提高医疗保障水平的重要民生工程，各县区要高度重视，确保基层有专人负责、有窗口为百姓服务，扎实推进医保便民服务工程。

（五）本实施方案自 2019 年 7 月 1 日起施行，未尽事宜，另行补充规定。具体事项由市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）医院名单
2. 宿州市慢性病病种范围
3. 安徽省城乡居民基本医保和大病保险负面清单

附件 1

安徽省城乡居民医疗保险三级 (省属)医院名单

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,安徽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)。

不在合肥市域内的省内部队医院、其他省属医院等纳入属地管理。

附件 2

宿州市慢性病病种范围

一、常见慢性病病种范围

高血压（2、3 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、慢性活动性肝炎、慢性肾炎、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）、丙肝、戊肝、溶血性贫血、干燥综合症、间质性肺炎等。

二、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）、斯蒂尔病、耐药结核病、粒细胞缺乏症等。

附件 3

安徽省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》单味或复方均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，以及转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、磁疗等辅助性治疗项目费用	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
15	眼镜、义眼、义齿、义肢、助听器辅助康复器具(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	医疗服务项目收费标准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
22	《药品目录》单味不予支付的中药饮片及药材费用	不纳入		
23	《药品目录》乙类药品个人先行支付费用	不纳入		
24	《药品目录》丙类(目录外)药品费用	不纳入		
25	《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		
26	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		
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

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市监委，
市法院，市检察院，军分区。

宿州市人民政府办公室

2019年6月28日印发
