

关于印发亳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细则（试行）的通知

亳医保办〔2019〕3号

各县、区医疗保障局，市级医保定点医院：

根据《亳州市人民政府办公室关于印发亳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》（亳政办〔2019〕7号）要求，结合我市实际，制定了《亳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细则（试行）》，现印发给你们，请严格遵照执行。

附件：1.亳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细则（试行）

2.亳州市常见慢性病和特殊慢性病病种范围

3.亳州市意外伤害住院医保报销承诺书

亳州市医疗保障局

2019年6月19日

（此件公开发布）

亳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细则（试行）

第一章 总 则

第一条 根据《中华人民共和国社会保险法》、《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）和《亳州市人民政府办公室关于印发亳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》（亳政办〔2019〕7号）规定，制定本《实施细则》。

第二条 城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇遵循“以收定支，收支平衡；有序衔接，平稳过渡；保障基本，提升质量”为原则。

第三条 本《实施细则》保障待遇享受对象适用于全市所有参保城乡居民。纳入城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇报销的医药费用是指在定点医疗机构（急诊急救除外）和慢性病及国家谈判药品供应保障定点零售药店发生的政策范围内医药费用。

第四条 政策范围内医药费用是指医药总费用中，符合《安

《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”）的医药费用减去“负面清单”（见附件2）不可纳入项目的费用。《药品目录》乙类药品个人先行支付费用30%。

第二章 基本医疗保险门诊保障待遇

第五条 在参保县区内协议定点的基层医疗卫生机构（含一级和二级乡镇卫生院、社区卫生服务中心、一级及以下定点医疗机构、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。

第六条 为满足慢性病治疗需要及国家谈判药品供应保障，由市统一组织，各县区分别确定1-2家符合药品贮存管理、质量安全、智能监控等条件的定点零售药店，提供门诊购药和直接结算服务。

第七条 普通门诊保障待遇。

（一）普通门诊报销额度=（政策范围内医药费用—起付线）×报销比例，报销额度不超过规定限额。

（二）报销比例及限额。在参保县区内一级及以下医疗机构发生的普通门诊医药费用报销比例为55%。起付线为零，年度报销限额为每人200元，城乡居民家庭参保成员之间可以调剂使用。门诊报销单次限额：乡镇卫生院（社区卫生服务中心）和其

他一级医疗机构为 50 元、村卫生室（社区卫生服务站、社区诊所）为 25 元。

（三）在校大学生按《安徽省高等学校在校大学生参加城镇居民基本医疗保险实施意见（试行）》（教办〔2008〕6号）规定，执行普通门诊统筹资金学校包干使用办法。我市在校大学生自 2020 年 1 月 1 日起参加学校所在地统筹县区的城乡居民基本医疗保险并享受其待遇政策。

第八条 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。

第九条 常见慢性病和特殊慢性病门诊保障待遇。

（一）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》待省出台后执行。

（二）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。慢性病门诊按病种付费制度另行制定。

（三）常见慢性病门诊报销比例及限额。省内、省外医疗机构发生的常见慢性病门诊医药费用报销比例分别为 60%、50%。起付线为零，月封顶线 300 元，年度累计报销限额为 3000 元。

（四）特殊慢性病门诊报销比例及限额。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按省外医疗机构住院政策报销，起付线 2000 元且年度内计算 1 次。

第十条 亳州市常见慢性病和特殊慢性病种范围(见附件 1)将根据基金承受能力及省政策要求及时调整。

第十一条 大额医药费用门诊保障待遇。

在二级及以上定点医疗机构普通门诊医药费用年度累计超过 1000 元以上的部分（慢性病或特殊慢性病除外），报销比例为 30%，年度累计报销限额为 3000 元，可年底一次报补。

第十二条 罕见疾病保障待遇。

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，回统筹地区经办机构办理报销。

第三章 基本医疗保险住院保障待遇

第十三条 普通住院保障待遇。

（一）报销金额 =（政策范围内医药费用 - 起付线）× 报销比例。

（二）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 90%；
- 二级和县级医疗机构起付线 500 元，报销比例 85%；
- 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%。

医疗机构上年度次均住院费用达到上一级别医疗机构次均住院费用的 80%及以上的，执行上一级别医疗机构报销政策。县区每年 12 月份将住院次均费用上升的医疗机构名单报市医保局统一审定，市医保局报省医保局备案后统一发布。

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 元计算，最高不超过 1 万元），报销比例 60%。

（三）封顶线与保底报销。

保底报销执行“负面清单”（见附件 2）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。

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。

对普通住院发生的符合规定的医药费用实行保底报销，报销比例为省内医疗机构 50%、省外医疗机构 45%。

第十四条 普通住院保障待遇特别规定

（一）参保城乡居民住院按次扣减起付线。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。

（二）转诊。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。

急诊急救的情形，依据参保患者首诊病历或其他相关材料认定。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。

（三）毗邻省外医疗机构确定。根据病人就医习惯和需求，由县区推荐并经市医保局确认后统一公布，由县区医保经办部门与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住院报销政策。

（四）按病种住院。基本医疗保险基金按照规定定额与医疗机构直接结算。实行按病种住院报销，不设起付线，不受基本医疗保险目录限制。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。

第十五条 分娩住院保障待遇。

分娩（含剖宫产）住院定额补助 800 元。妊娠期或分娩期发生的病情严重，且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。

第十六条 意外伤害住院保障待遇。

（一）明确有他方责任的意外伤害（包括交通事故导致的他伤和自伤、刀枪伤、搏斗伤、酗酒、吸毒、服毒、在工厂（场）或工地作业时负伤、医疗事故以及其他存在第三方责任等情形）住院医药费用不予报销。

（二）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。申请意外伤害住院报销均须提供当次意外伤害住院医药费用发票原件和病历复印件（加盖经治医院公章），如实报告意外伤害情况，经调查，明确无他方责任的，在医保网站或经办结算窗口公示 5 个工作日，公示期满无异议，予以报销。

（三）经调查无法确定他方责任的意外伤害，公示无异议，按规定提供相关医保报销材料，签订承诺书（附件 3）后暂予以报销，按政策范围内医药费用报销 40%，起付线参照普通住院计

算，单次封顶 3 万元，不享受大病保险待遇。如事后发现或证实有他方责任的，如数退回医保费用，并按《中华人民共和国社会保险法》、《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》（省政府 284 号令）等相关规定追究其骗保责任。

（四）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。

（五）意外伤害住院报销不实行即时结报。

第四章 大病保险保障待遇

第十七条 大病保险保障待遇。

大病保险合规费用实行“负面清单”（见附件 2）制度。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。

（一）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。

（二）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。

（三）分段报销比例。大病保险起付线以上至 5 万元段，报销比例 60%；5（含 5 万元）—10 万元段，报销比例 65%；10

（含 10 万元）—20 万元段，报销比例 75%；20 万元及以上段，报销比例 80%。

（四）封顶线。省内医疗机构大病保险封顶线 30 万元，省外医疗机构大病保险封顶线 20 万元。

第十八条 大病保险封顶线分省内、省外单设，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。

第五章 其他保障待遇

第十九条 建档立卡贫困人口综合医疗保障政策继续按照《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）、《关于印发〈安徽省农村贫困人口综合医疗保障制度实施方案〉等三个健康脱贫配套文件的通知》（皖卫财〔2016〕22 号）、《安徽省人民政府办公厅关于印发健康脱贫综合医疗保障实施细则的通知》（皖政办秘〔2017〕56 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。

第二十条 新生儿监护人应当在新生儿出生之日起 3 个月内，凭居民户口簿（居住证）及《出生医学证明》办理缴费参保手续，享受自出生之日起的基本医疗保险待遇；出生 3 个月后办

理缴费参保的，自缴费之日起享受基本医疗保险待遇。

第二十一条 错过当年参保缴费期的退役军人持退役证明、刑满释放人员自释放之日起、下岗职工持下岗证明即可缴费参保，并自缴费之日起享受基本医疗保险待遇。

第二十二条 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。

第二十三条 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。

第二十四条 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政策（不含器官源或组织源费用以及院外配型、检测检验、运输、储存等相关费用）。

第二十五条 购买商业医疗保险参保人员，可凭住院医药费用发票复印件（须由承办商业医疗保险公司盖章）和保险公司结报单据等材料申请基本医疗保险基金报销（保障待遇不变）。同时参加两种以上基本医疗保险的人员，凭费用发票原件申请基金

报销，不得重复报销。

第二十六条 参保人员入院前 3 天内与本次住院疾病相关的各级门诊治疗费用，计入当次医疗机构住院医药费用报销。

第二十七条 参保人员跨年度住院，当次住院医药费用按出院日所在年度报销政策执行。

第六章 附则

第二十八条 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。

第二十九条 本《实施细则》自 2019 年 7 月 1 日起施行（以出院时间为准）。具体由市医保局负责解释。

附件 1:

亳州市常见慢性病和特殊慢性病病种范围

一、市定常见慢性病病种范围（35 种）

高血压（Ⅱ、Ⅲ级）、慢性心功能不全、冠心病、心肌梗死、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、脊髓空洞症、股骨头无菌性坏死、肌萎缩、腰椎间盘突出、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）、雷诺氏病等。

二、市定特殊慢性病病种范围（18 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）、丙型肝炎、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）等。

附件 2:

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



亳州市医疗保障局规范性文件

序号	项目费用	按项目报销	按保底报销	大病保险报销
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
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	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
22	《药品目录》复方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		

 亳州市医疗保障局规范性文件

序号	项目费用	按项目 报销	按保底 报销	大病保险 报销
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

附件 3:

亳州市意外伤害住院医保报销承诺书

本人因 _____ 原因导致意外伤害，并于 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日在

_____ 医院住院治疗。我承诺本次提供的意外伤害住院医药费用发票原件和病历复印件（加盖经治医院公章）等相关材料全部真实，此次意外伤害确定无他方责任，无隐瞒任何事实和欺诈骗保行为。否则，本人将如数退回医保费用，愿意接受医保处罚，并承担《中华人民共和国社会保险法》《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》（省政府 284 号令）等相关规定的骗保责任。

本人已经阅读《中华人民共和国社会保险法》《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》相关条款。

承诺人（患者）：

身份证号：

联系方式：

承诺人（代办人）：

身份证号：

联系方式：

与患者关系：

_____ 年 _____ 月 _____ 日