

淮南市人民政府办公室 关于印发淮南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

淮府办〔2019〕22号

各县、区人民政府，市政府各部门、各直属机构：

经市政府同意，现将《淮南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）》印发给你们，请认真组织
实施。

淮南市人民政府办公室

2019年6月26日

（此件公开发布）

淮南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）、《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）等相关文件，统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇，制定本实施方案。

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和十九届二中、三中全会精神，深入贯彻落实习近平总书记视察安徽重要讲话精神，坚持兜底线、织密网、建机制，整合城乡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，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。坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则，因地制宜，适度保障，合理确定待遇标准。

(二)有序衔接,平稳过渡。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。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**。在参保县(区)域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%。以人为单位,报销限额为每人每年200元。可将普通门诊报销向县(区)域内二级医疗机构延伸。

2. **常见慢性病门诊**。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65%。人均年度起付线300元,申请一个病种报销限额为2000元;申请二个或以上病种报销限额为4000元。省外医疗机构发生的常见慢性病门诊医药费用按省内规定纳入报销范围。

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

性病门诊医药费用按省内规定纳入报销范围。

4. 其他门诊。建立罕见疾病门诊报销制度。苯丙酮尿症、四氢生物蝶呤缺乏症、幼年型特发关节炎、外层渗出性网膜病变、脑垂体发育不良、狭颅症六种罕见病纳入门诊报销范围。一个医保结算年度内，因其中一种疾病门诊累计费用达1万元以上且治疗本疾病的，比照本市三级医院住院报销政策执行。苯丙酮尿症、四氢生物蝶呤缺乏症由市实施办法另行规定。

（二）普通住院。

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%。

对于上年度次均费用达到或接近上一级别医疗机构的，可执行上一级别医疗机构报销政策。

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%。

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%。

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) 医保按病种付费等政策另行规定。

(三) 分娩住院。

分娩（含剖宫产）住院定额补助 1000 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。

通过政府招标采购，由商业保险公司承办，需事前报省医保局备案。

(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。

1. **起付线。**一个保险年度计一次起付线，大病保险起付线为 1.5 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 80%。

3. **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。

四、有关要求

（一）政策整合后，待遇低于原有标准的，原政策可暂保持不变，用 1—2 年时间逐步向全市统一标准过渡。建档立卡贫困人口综合医疗保障待遇按中央和省有关文件执行，跨省异地就医联网直接结算按照国家有关规定执行。

（二）以 7 月 1 日零时为分界点，之前按旧政策报销，之后按新政策报销，特殊情况报市医疗保障局研究后决定。

（三）市医疗保障局应根据本实施方案制定实施办法。进一步明确待遇计算公式、慢性病用药目录、负面清单等内容，并根据基金运行、医药费用变化情况动态调整，指导各县区做好统一保障待遇工作。

（四）本实施方案自 2019 年 7 月 1 日起施行。

附件：安徽省城乡居民医疗保险三级（省属）医院及淮南市慢性病病种范围

附件

安徽省城乡居民医疗保险三级（省属）医院 及淮南市慢性病病种范围

一、三级（省属）医院

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。

二、常见慢性病病种范围

市定常见慢性病病种范围: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、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(小于七岁)、慢性肾功能不全、慢性前列腺炎、慢性盆腔炎、骨坏死。

地市可结合本地疾病谱和基金承受能力适当调整常见慢性病病种,但需事前报省医保局备案。

三、特殊慢性病病种范围

市定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)、心脏起搏器植入术后(抗排异治疗)、肌萎缩性侧索硬化症(渐冻症)等。

地市可结合本地疾病谱和基金承受能力适当调整特殊慢性病病种,但需事前报省医保局备案。