



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

各县、区人民政府，亳州经开区管委会、亳芜现代产业园区管委会，市政府各部门、各直属机构：

《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）》已经市政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。

亳州市人民政府办公室

2019年6月13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方案（试行）

为贯彻落实《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），统一全市城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇，结合我市实际，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，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。坚持以保障基本为主，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。

2.常见慢性病门诊。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。

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



病门诊医药费用按省外医疗机构住院政策报销，起付线 2000 元。

4.大额医药费用门诊。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。

5.18 周岁以下的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。

6.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。我市在校大学生自 2020 年 1 月 1 日起参加属地城乡居民基本医疗保险并享受其待遇政策。

（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 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。

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，报销比例为省内医疗机构 50%、省外医疗机构 45%。

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）参保人员到我市确定的毗邻省外协议医疗机构住院，参照省内或市域内同类别医疗机构报销政策执行。

（3）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。

（三）分娩住院。

分娩（含剖宫产）住院定额补助 800 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。

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医药费用报销办法另行制定。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）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 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 万元及以上段，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。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。

四、有关要求

（一）各县区要保持政策统一性，不得擅自调整待遇标准。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）市医保局要按照《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）及本实施方案要求，落实待遇计算公式、慢性病用药目录、负面清单等内容。

（三）本实施方案自 2019 年 7 月 1 日起施行，由市医保局负责解释。相关配套实施细则由市医保局会同有关部门另行制定。

- 附件：1. 安徽省城乡居民医疗保险三级（省属）医院
2. 亳州市城乡居民医疗保险市属医院
3. 亳州市常见慢性病和特殊慢性病种范围

附件 1

安徽省城乡居民医疗保险三级（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。

附件 2

亳州市城乡居民医疗保险市属医院

亳州市人民医院（三级）、亳州市中医院（三级）、亳州市第五人民医院（二级）

附件 3

亳州市常见慢性病和特殊慢性病种范围

一、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、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

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）、丙型病毒性肝炎、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。