

4、医保服务

城乡居民医保住院补偿政策

报销金额=（政策范围内医药费用—起付线）×报销比例。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”规定的纳入报销范围内的医药费用。

年度累计报销金额不超过封顶线 25 万元。

起付线及报销比例

区域	起付线				报销比例				年度限额（万元）
	一级及以下	二级	三级市属	三级省属	一级及以下	二级	三级市属	三级省属	
市内	200	500	700	1000	85%	80%	75%	70%	25
市外省内	400	1000	1400	2000	80%	75%	70%	65%	
省外	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）				60%				

未按规定转诊（除急诊急救或属参保人员务工（经商）地、长期居住地外）在宣城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。

保底报销：

保底报销执行“负面清单”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。

住院分娩：

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。

大病保险：

人员类别	起付线 (万元)	分段报销比例				年度限额 (万元)
		0-5 万元 以内	5-10 万元	10-20 万元	20 万元 以上	
特困人员、低保对象	0.75	65%	70%	80%	85%	上不封顶
普通居民	1.5	60%	65%	75%	80%	省内 30 省外 20

城镇职工医保住院补偿政策

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

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

起付线及报销比例

医院级别	第一次住院起 付线	第二次住院起 付线	第三次及以上 住院起付线	报销比例
三级	700	500	400	92%
二级	500	300	200	94%
一级	300	200	100	96%

退休人员：报销比例分别再提高 2%。

住院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。

保底报销：

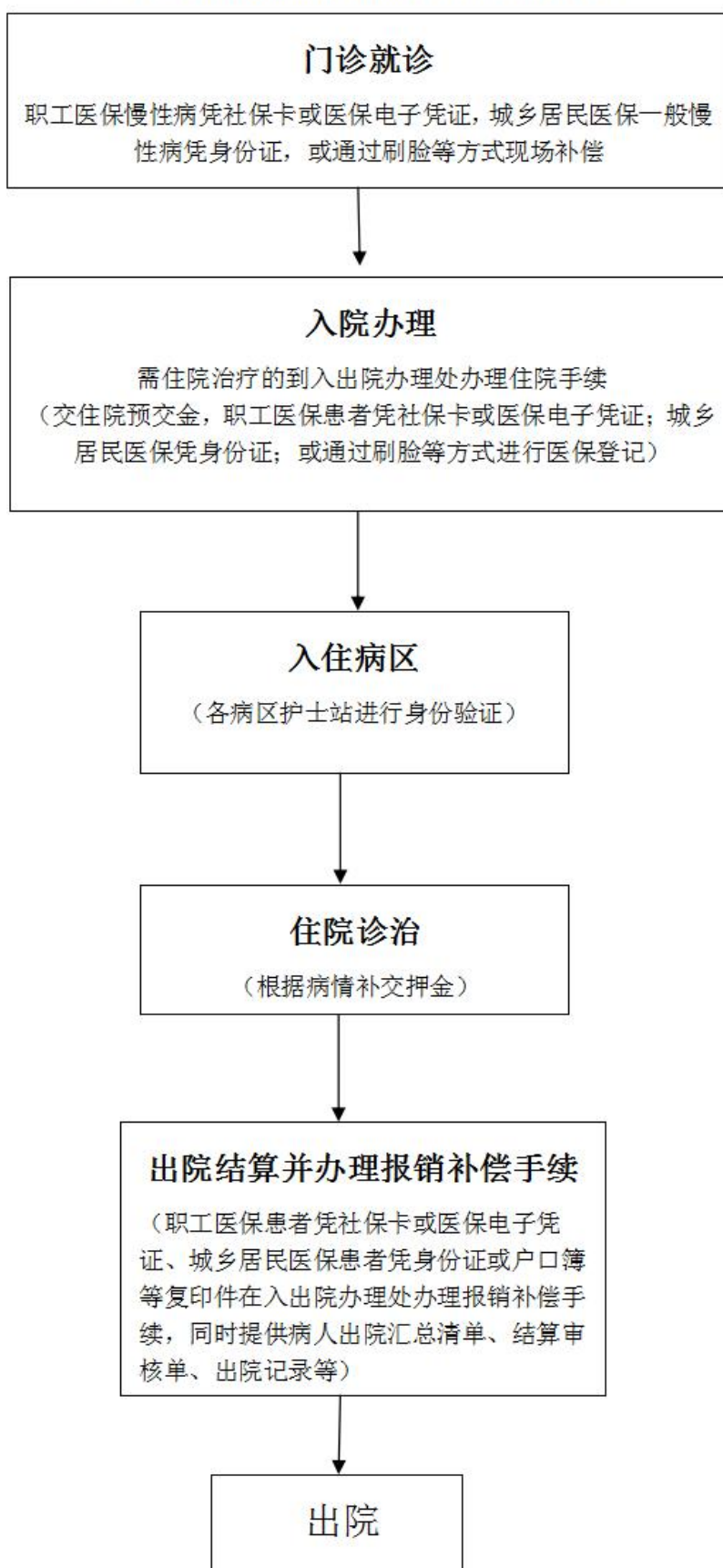
住院超过起付标准以上的医疗总费用(不含超标准的住院生活服务项目和服务设施费用) **保底报销比例为 50%**，其中住院按次保底。

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。

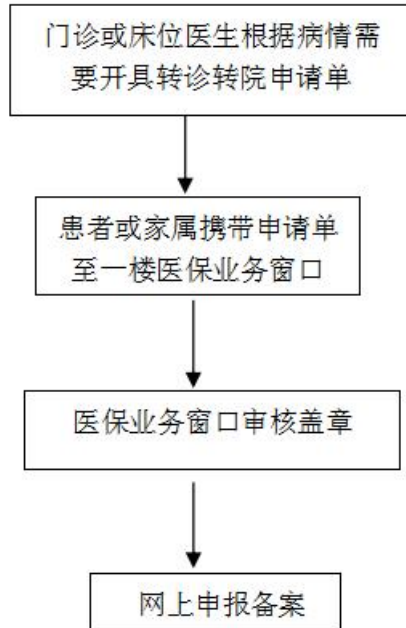
未按规定程序转诊：在市外定点医疗机构住院治疗的，个人先自付 **20%**后,再按三级医院比例报销，起付标准为 700 元/次。

注：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。

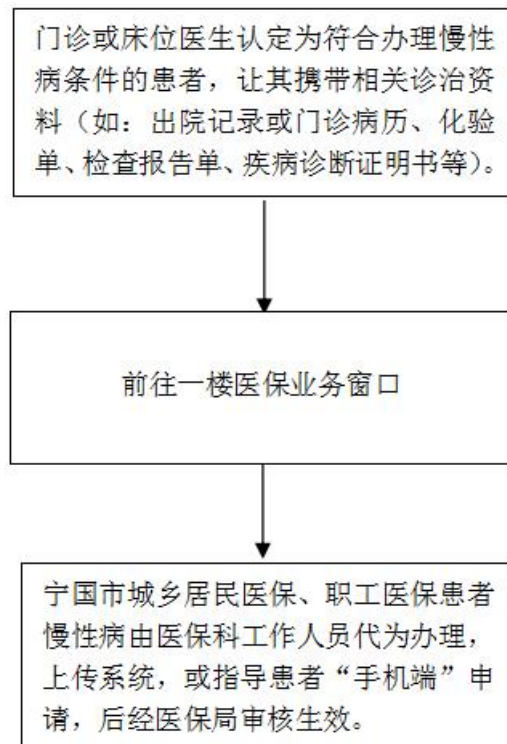
基本医疗保险病人就诊报销流程图



转诊转院办理流程



参保患者门诊慢特病办理流程



城乡居民常见门诊慢性病

序号	病种	序号	病种	序号	病种
1	高血压	18	晚期血吸虫病	35	阿尔茨海默症（老年痴呆）
2	心功能不全	19	银屑病	36	先天性免疫蛋白缺乏症
3	冠心病	20	白癜风	37	特发性肺纤维化
4	脑卒中	21	艾滋病	38	肢端肥大症
5	慢性阻塞性肺疾病	22	白塞氏病	39	多发性硬化
6	溃疡性结肠炎	23	强直性脊柱炎	40	青光眼
7	克罗恩病	24	支气管哮喘	41	重度特异性皮炎
8	糖尿病	25	肾病综合征	42	ANCA相关血管炎
9	甲状腺功能亢进症	26	多发性肌炎	43	法布雷病
10	甲状腺功能减退症	27	皮炎	44	甲状腺素蛋白淀粉变性心肌病
11	癫痫	28	干燥综合征	45	亨廷顿舞蹈症
12	帕金森综合征	29	结节性多动脉炎	46	视神经脊髓炎
13	类风湿性关节炎	30	脑瘫	47	脊髓炎髓肌萎缩症（肯尼迪病）
14	重症肌无力	31	黄斑性眼病	48	遗传性血管性水肿
15	结核病	32	自身免疫性肝病	49	进行性肌营养不良症
16	特发性血小板减少性紫癜	33	慢性肾脏病		
17	系统性硬化症	34	肺动脉高压		

起付线：200元，报销比例：省内60%、省外50%

报销限额：2500元/年，每增加一个病种，年最高限额增加500元，最高限额4500元

城乡居民门诊特殊慢性病

序号	病种	序号	病种	序号	病种
1	再生障碍性贫血	8	血管支架植入术后	15	慢性丙型肝炎
2	白血病	9	肝硬化	16	肌萎缩侧索硬化症
3	血友病	10	肝豆状核变性	17	骨髓增生性疾病
4	恶性肿瘤	11	系统性红斑狼疮	18	精神障碍
5	慢性肾衰竭（尿毒症期）	12	骨髓增生异常综合征	19	生长激素缺乏症
6	器官移植术后	13	心脏冠脉搭桥术后	20	普拉德-威利综合征
7	心脏瓣膜置换术后	14	慢性乙型肝炎	21	尼曼匹克病

省内：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。

职工医保门诊慢特病待遇政策一览表

分类	限额	报销比例	起付线	名称	
门诊常见慢性病	I类 (9个)	9000元/年	85%	800元/年	脑卒中、肾病综合征、脑瘫、黄斑性眼病、自身免疫性肝病、慢性肾脏病、阿尔茨海默病（老年痴呆）、先天性免疫蛋白缺乏症、肺动脉高压
	II类 (14个)	4000元/年			高血压、心功能不全、冠心病、慢性阻塞性肺疾病、糖尿病、甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症、癫痫、帕金森综合症、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
	III类 (19个)	3000元/年			溃疡性结肠炎、克罗恩病、特发性血小板减少性紫癜、系统性硬化症、晚期血吸虫病、银屑病、白癜风、艾滋病、白塞氏病、特发性肺纤维化、肢端肥大症、多发性硬化、青光眼、重度特应性皮炎、ANCA相关血管炎、干燥综合征、多发性肌炎、皮肌炎、结节性多动脉炎
门诊特殊慢性病	I类 (8个)	9000元/年	90%	800元/年	心脏瓣膜置换术后、血管支架植入术后、肝硬化、肝豆状核变性、系统性红斑狼疮、心脏冠脉搭桥术后、慢性乙型肝炎、慢性丙型肝炎
	II类 (13个)	不设限额			再生障碍性贫血、白血病、血友病、精神障碍、恶性肿瘤、慢性肾衰竭（尿毒症期）、器官移植术后、骨髓增生异常综合征、肌萎缩侧索硬化症、骨髓增生性疾病、生长激素缺乏症、普拉德-威利综合征、尼曼匹克病
2022.12.1起新增7个门诊慢特病	/	限额见后	85%		法布雷病（25.6万元）、甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病（16.4万元）、亨廷顿舞蹈症（3.2万元）、视神经脊髓炎（3.2万元）、脊髓炎髓肌萎缩症（肯尼迪病）（3.2万元）、遗传性血管性水肿（2.4万元）、进行性肌营养不良症（0.7万元）

2023年7月1日新增病种及年度报销限额

序号	疾病	居民医保年度 报销限额（万元）	职工医保年度 报销限额（万元）
1	脊髓性肌萎缩症	11.2	128
2	β-地中海贫血	100	11.5
3	严重性春季角结膜炎	0.18	0.2
4	慢性荨麻疹（普通型）	0.18	0.2
	慢性荨麻疹（难治型）	2.4	2.7