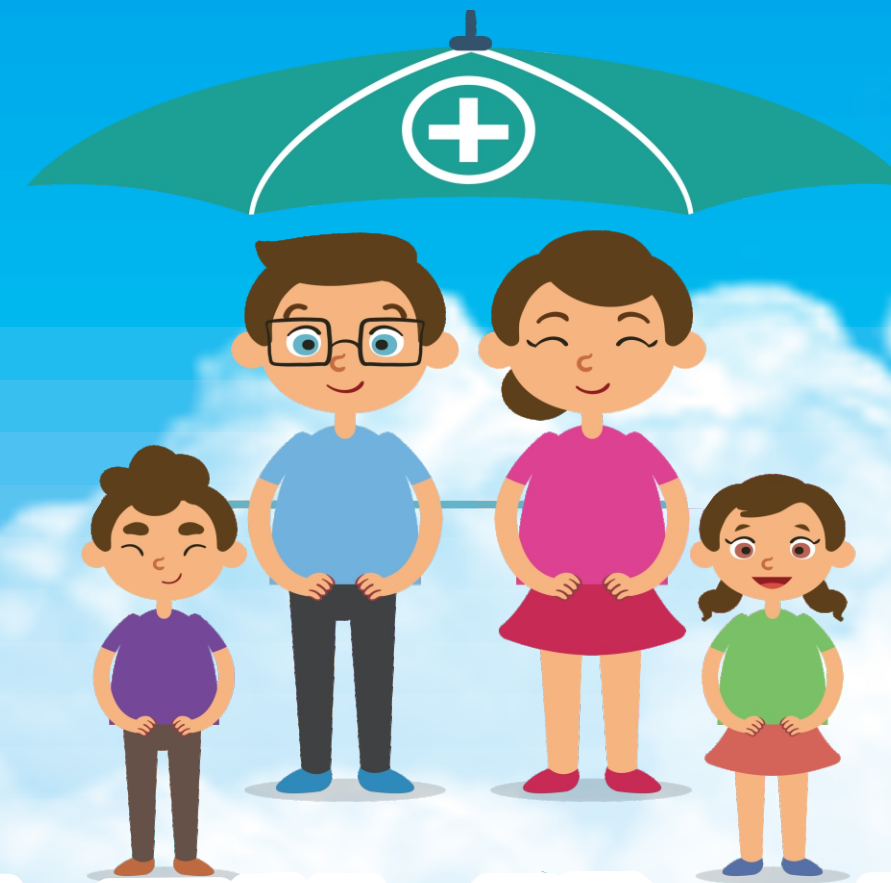




宁国市中医院

NINGGUO HOSPITAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE



宁国市巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴

宁国市巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴体系

- 1 基本医保公平普惠
- 2 大病保险倾斜支付
- 3 分类资助“应保尽保”
- 4 医疗救助托底保障

三重待遇保障制度

第一重保障：城乡居民基本医保待遇政策

保费征缴

参保范围

本市常住人口及未成年子女、新就业形态劳动者（不含已参加城镇职工基本医疗保险人员）均可参加城乡居民基本医疗保险。

待遇享受期

参保人员按时缴费的，于次年1月1日至12月31日享受医保待遇。
参保人员在待遇享受期内实现就业并参加职工医保或因其他原因终止居民医保关系的，自享受职工医保待遇之日或终止居民医保关系之日起不再享受居民医保待遇，已缴纳的居民医保费不予退还。

征缴标准

城乡居民医保基金实行政府补助和个人缴费相结合，宣城市内统一征缴标准。

- 1.新生儿自出生之日起3个月（含3个月）参保缴费的，缴纳个人参保费用，自出生之日起享受当年居民医保待遇；新生儿自出生之日起3个月后参保缴费的，缴纳个人参保费用，自缴费次日起享受当年居民医保待遇。
- 2.符合规定的职工医保中断缴费人员、当年退出现役的军人及随迁的由部队保障的随军未就业配偶、刑满释放等退出其他制度保障的人员，在居民医保集中参保缴费期结束后可按规定补办居民医保参保手续。上述人员在3个月内接续参加居民医保的，按规定缴纳个人参保费用，不设待遇享受等待期，缴费当月即可按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受；超过3个月接续参加居民医保的，按规定缴纳个人参保费用，设置3个月待遇享受等待期。
- 3.当年动态新增的特困人员、低保对象、低保边缘家庭、支出型困难家庭和纳入相关部门农村低收入人口监测范围的人口救助人员，在居民医保集中参保缴费期结束后可按规定补办居民医保参保手续。

已在异地参加居民医保或连续稳定参加职工医保的不得重复参加我市城乡居民医保。

门诊保障待遇

普通门诊

以个人为单位设定普通门诊统筹报销限额，年度报销限额为150元/人，以个人为单位使用，家庭成员间不可统筹使用。
限宁国市域内一级以下定点医疗机构，单次限额20元/次/日，一级定点医疗机构，单次限额30元/次/日。二级定点医疗机构，单次报销限额20元/次/日。报销比例55%。

门诊慢特病保障待遇

类别	病种	起付线	限额(元)	合规费用报销比例		
				省内	省外	
门诊 常见 慢性病 病种 (53种)	高血压、冠心病、糖尿病、脑梗死、慢性阻塞性肺疾病、溃疡性结肠炎、克罗恩病、糖尿病、甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症、癫痫、帕金森综合征、类风湿性关节炎、重症肌无力、酒精病、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、强直性脊柱炎、支气管哮喘、肾病综合征、多发性肌炎、皮炎、干燥综合征、结节性多发性肺炎、脑瘤、黄斑性眼病、自身免疫系统病、慢性肾脏病、肺动脉高压、阿尔茨海默病（老年痴呆）、先天性免疫球蛋白缺乏症、特发性肺纤维化、尿毒症、多发性硬化、青光眼、重度特应性皮炎、ANCA相关血管炎	2500元，每增加一个病种，年度最高限额500元，最高限额4500元	60%	50%		
	法布雷病	200	22.4万			
	甲状腺蛋白淀粉样变性心脏病		14.4万			
	亨廷顿舞蹈症		2.8万			
	视神经脊髓炎		2.8万			
	脊髓延髓肌萎缩症（肯尼迪病）		2.8万			
	遗传性血管性水肿		2.1万			
	进行性肌营养不良症		0.6万			
	脊髓性肌萎缩症		11.2万			
	β-地中海贫血		10万			
	严重性春季角结膜炎		0.18万			
	慢性荨麻疹（普通型）		0.18万			
	慢性荨麻疹（难治型）		2.4万			
	门诊 特殊 慢性病 病种 (21种)	再生障碍性贫血、白血病、血友病、恶性肿瘤、慢性肾衰竭（尿毒症期）、器官移植术后、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、骨髓增生异常综合征、心脏冠脉搭桥术后、慢性乙型肝炎、慢性丙型肝炎、肌萎缩侧索硬化症、骨髓增生性肿瘤、精神障碍、生长激素缺乏症、普拉德-威利综合征、尼曼匹克病	省内按当次就诊医疗机构普通门诊政策报销；省外起付线设定为2000元/年。年度内按就诊最高类别医疗机构计算1次起付线	无限额	按当次就诊医疗机构普通门诊政策报销45%	65% (保底报销)

门诊慢特病病种待遇认定

办理渠道

1.线上办理：
通过微信小程序“安徽医保公共服务平台”业务办理模块，“慢性病申请”事项，提交申请材料申请，经初审、分发至评审专家，审核后确认，享受慢性病待遇。

2.线下办理：
(1)本地就诊：携带申请病种相关材料到市内四家二级及以上综合医疗机构（宁国市人民医院、宁国市中医院、宁国健民医院、宁国骨科医院），由医疗机构医保科代为线上提交申请，经初审、分发至评审专家，审核后确认，享受慢性病待遇。
(2)异地就诊：携带申请病种相关材料到医保综合窗口，由医保经办人员代为线上提交申请，经初审、分发至评审专家，审核后确认，享受慢性病待遇。
经认定符合条件的参保人员，自申请认定通过起享受门诊慢特病保障待遇，**办理时限：10个工作日。**

认定标准



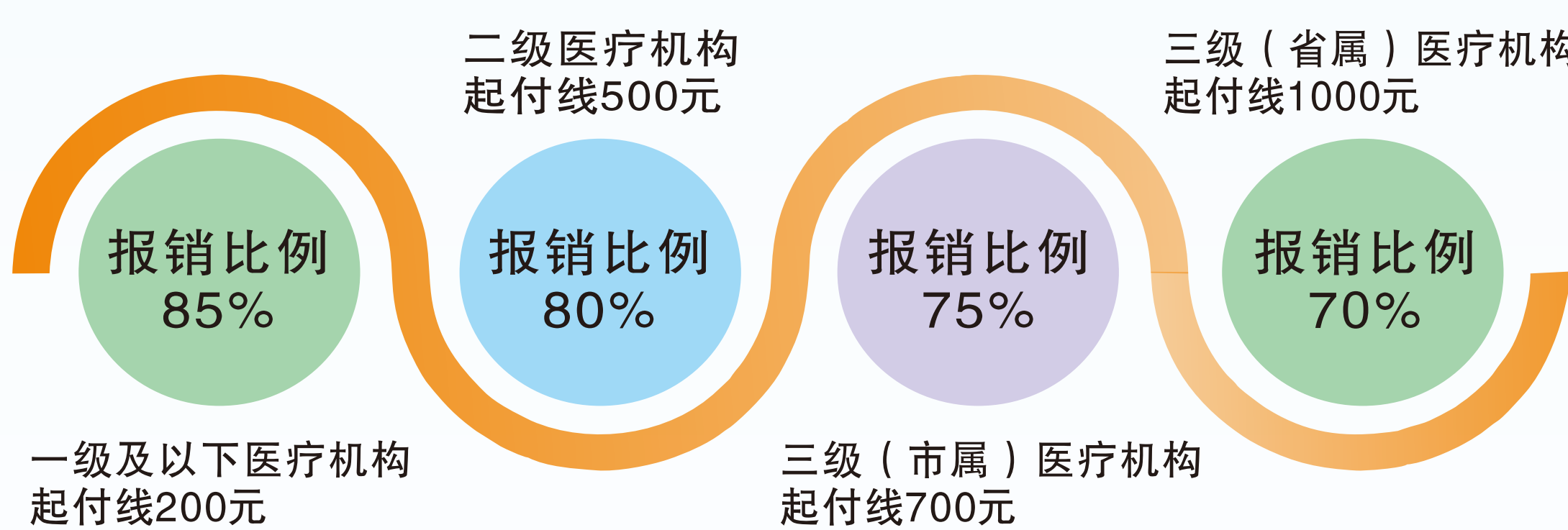
扫描二维码查看慢特病认定标准

大额门诊报销

一个参保年度内，所患疾病不属宣城市居民医保慢性病规定病种范围的，个人在医疗机构发生的合规门诊医药费用核算后达到3000元以上的，超出部分按30%予以报销，封顶额3000元/年。

住院保障待遇（宣城市域内）

基本医保全面实行公平普惠政策，城乡居民基本医疗保险全体参保人员，包括特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童、低保对象、重点优抚对象、一、二级重度残疾人等特殊人群执行统一的住院起付线标准。
参保人员在一个结算年度内发生的合规医疗费用，起付标准以上、统筹基金最高支付限额以下的，由城乡居民医保基金按比例支付。宣城市域内按以下比例报销：

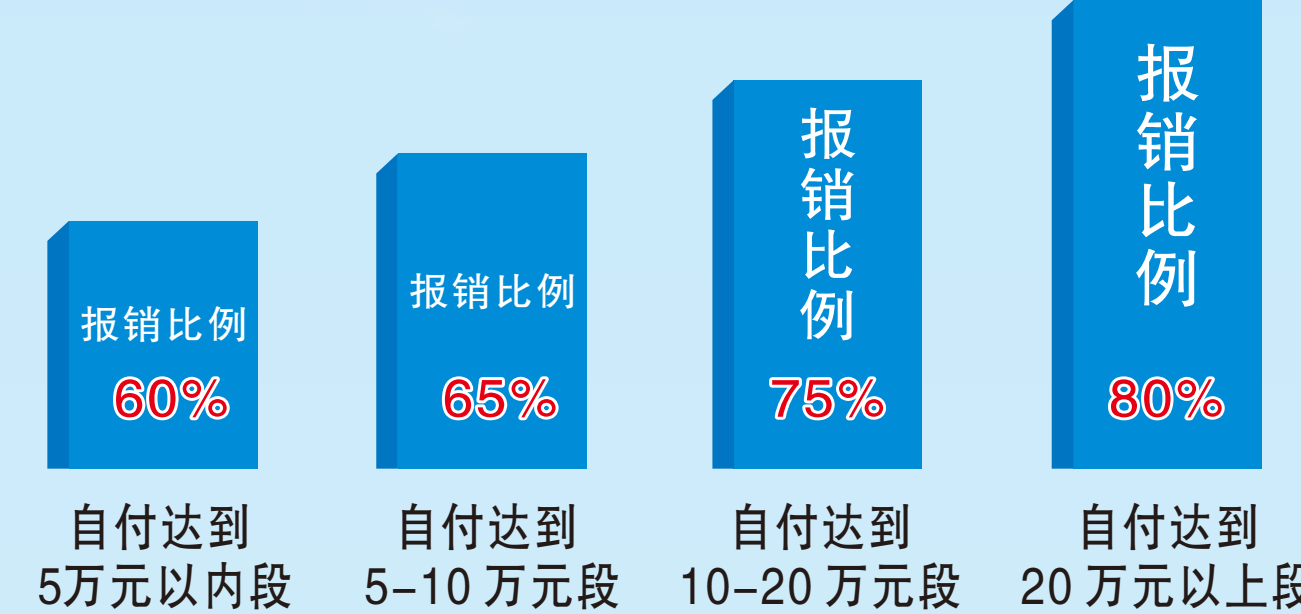


医保报销比例是指符合医保药品目录及医疗服务项目目录规定费用的报销比例，即医保政策范围内费用报销比，并非患者的实际费用报销比例。
一个保险年度内，居民医保基金报销额度实行累计封顶，**封顶线25万元。**

三重待遇保障制度

第二重保障：城乡居民大病保险待遇政策

普通居民大病保险起付线为：1.5万元，普通居民大病保险起付线以上部分实行分段累计报销。



★对特困人员、低保对象实施倾斜政策，较普通参保人员起付标准降低50%，报销比例提高5-10个百分点，取消封顶线。

三重待遇保障制度

第三重保障：城乡医疗救助待遇政策

医疗救助对象

经相关部门认定后的以下六类人群：1.特困人员；2.低保对象；3.返贫致贫人口；4.防止返贫监测对象（脱贫不稳定和纳入相关部门农村低收入人口监测范围的人口）；5.低保边缘家庭成员；6.支出型困难家庭中因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者（以下简称因病致贫重病患者）。

其他特殊困难人员可由民政、乡村振兴部门根据职责纳入上述六类人员类别后救助。

依申请救助渠道

年度内动态新增的救助对象，在身份认定前，当年内个人自付的合规医疗费用，按照户申请、村（社区）评议、乡镇（街道）审核、县级医保与民政、乡村振兴等部门联合确定的程序，依申请追溯给予相应救助。因个人原因未参加基本医保的原则上不纳入医疗救助范围。

医疗救助范围

（一）住院救助

医疗救助对象在定点医疗机构发生的合规住院医疗费用。

（二）门诊救助

医疗救助对象在定点医药机构发生的合规门诊慢性病、特殊病医疗费用。

（三）资助参保（2024年度）

- 1.特困人员给予全额资助，个人不缴费；
- 2.低保对象给予定额资助342元，个人缴费38元；
- 3.防止返贫监测对象给予定额资助190元，个人缴纳190元。

医疗救助标准(2023年1月执行)

人员类别	特困人员	低保对象	防止返贫监测对象	低保边缘家庭成员	因病致贫重病患者
基本 医疗 救助	0	0	3000元	3000元	1万元
	80%	75%	60%	60%	50%
倾斜 救助 (限省内)	1.5万元	50%	5万元		无
	5万元				



误区一：规范转诊后，报销比例就不降低了

实情：规范转诊备案后报销比例仍会降低

城乡居民基本医保现行政策为“按规定程序转诊备案后，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20000元的按2000元计算，最高不超过1万元），报销比例60%”，和我市人民医院住院（起付线700元）相比，起付线最少也增加了一倍多，最多增加了近15倍，报销比例降低15%。如未按规定程序转诊备案，报销比例将再降低10%。

误区二：回本地手工报销更划算

实情：回宁报销可能由于限价，给您带来损失！

我们无论在哪里报销，报销比例都是没有区别的，区别在于医保目录中可以纳入报销的类别和费用不一样。相对来说经济发达的地区报销目录更广、额度更高。如“调强放射治疗（IMRT）”，我省定价为300元/次，浙江省定价1200元/次，在浙江直接结算，1200元全部纳入报销，选择回宁报销，900元的差价就不能报销，直接造成损失，而且还需要垫钱，等待手工报销审核等。

陷阱：“超标准收费”、“院外购药”转嫁费用等违规行为侵害您的“救命钱”！

“超标准收费”：比如在诊疗项目目录中，“动态心电图”省级价格标准为120元/次，但医院的定价为144元/次。这种情况如选择异地就医直接结算，属国家信息平台基金监管的范围，违规行为将会被就医地监管发现，对相关医疗机构进行处理，但如选择回本地手工报销，则违规行为不被监管，进而可能导致被限价，实际报销比例低。

“院外购药”转嫁费用：部分省外定点医疗机构在病人住院期间，以药品库存不足为理由让病人到院外的非定点零售药店购药，或以床位不足、专家坐诊等理由，引导病人到其他非定点医院就医，将原本医保可以报销的药品或耗材费用转嫁给病人自己承担，加重病人就医经济负担。

避坑指南：

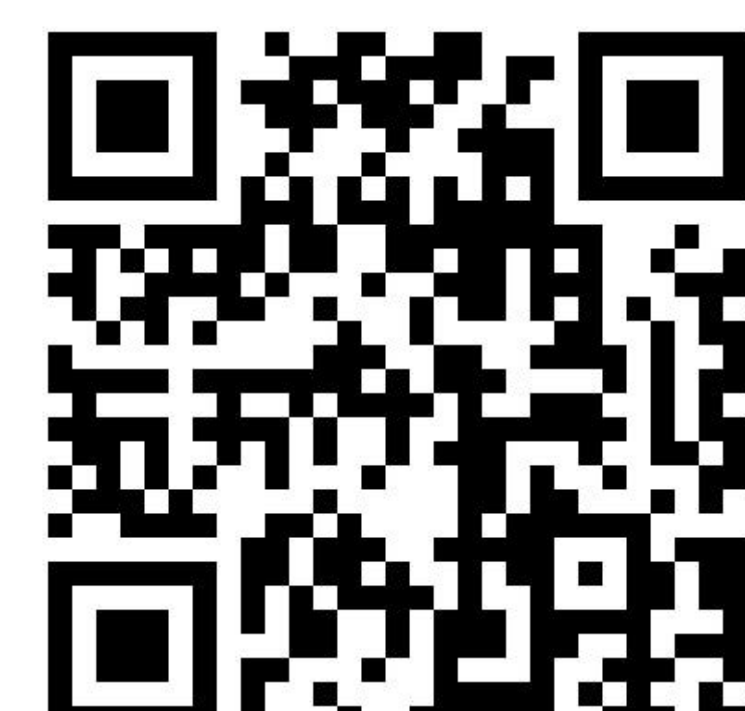
1. “大病重病在本省解决、常见病多发病在市县解决、头疼脑热等小病在基层解决”。
2. 异地就医一定要选择医保定点医药机构，否则所有费用都不能报销，是否为定点，可在小程序“安徽医保公共服务”中查询。
3. 异地就医备案后在异地直接结算，不用垫付跑腿，避免限价的风险，同时国家在逐步健全跨省异地就医直接结算基金监管机制，选择直接结算，将便于参保地和就医地协同监管医疗服务行为，守护您的“救命钱”！

异地就医备案渠道看这里！

- 方法一：“异地转诊就医人员”可前往本市下列医疗机构：宁国市人民医院、宁国市中医院、宁国健民医院、宁国骨科医院，办理转诊备案手续。
- 方法二：通过小程序“安徽医保公共服务”，点击“服务”栏目中的“异地就医”模块，根据自身实际情况，上传相关材料申请。
- 方法三：可线下前往医保综合窗口（市民之家、医保分厅、各乡镇街道医保窗口等）申请，由窗口代为线上办理。

宁国市医保局
官方微信公众号

线上意见箱



咨询电话：0563-4037662
投诉/举报电话：0563-4017220