

1、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 30 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 和县 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	90%	80%	75%	70%	30
市外省 内	300	750	1050	1500	85%	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（除急诊急救或办理异地长期居住备案人员）在宣城市外定点医疗机构住院治疗的，报销比例再降低 10 个百分点。

分娩住院：

分娩住院实行定额补助，标准为顺产 1600 元、剖宫产 2400 元；分娩住院实际发生的生育医疗费用低于定额补助标准的，医保基金据实支付；高于定额补助标准的，医保基金按定额标准支付。分娩时有并发症、合并症住院治疗的，按照普通住院政策保障，但不再享受定额补助。

大病保险:

人员类别	起付线 (万元)	分段报销比例(宣城市域内)				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%	30

2、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: 宣城市域内

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(在职)	报销比例(退休)
三级	700	500	400	92%	94%
二级	500	300	200	94%	96%
一级	300	200	100	96%	98%

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。

异地长期居住人员:

办理异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作等医保备

案的异地长期居住人员，在省内或省外长期居住、生活、工作地就医的，职工医保起付标准、支付比例、最高支付限额等执行参保地规定的本地就医时的标准（即以上宣城市域内就医标准）。

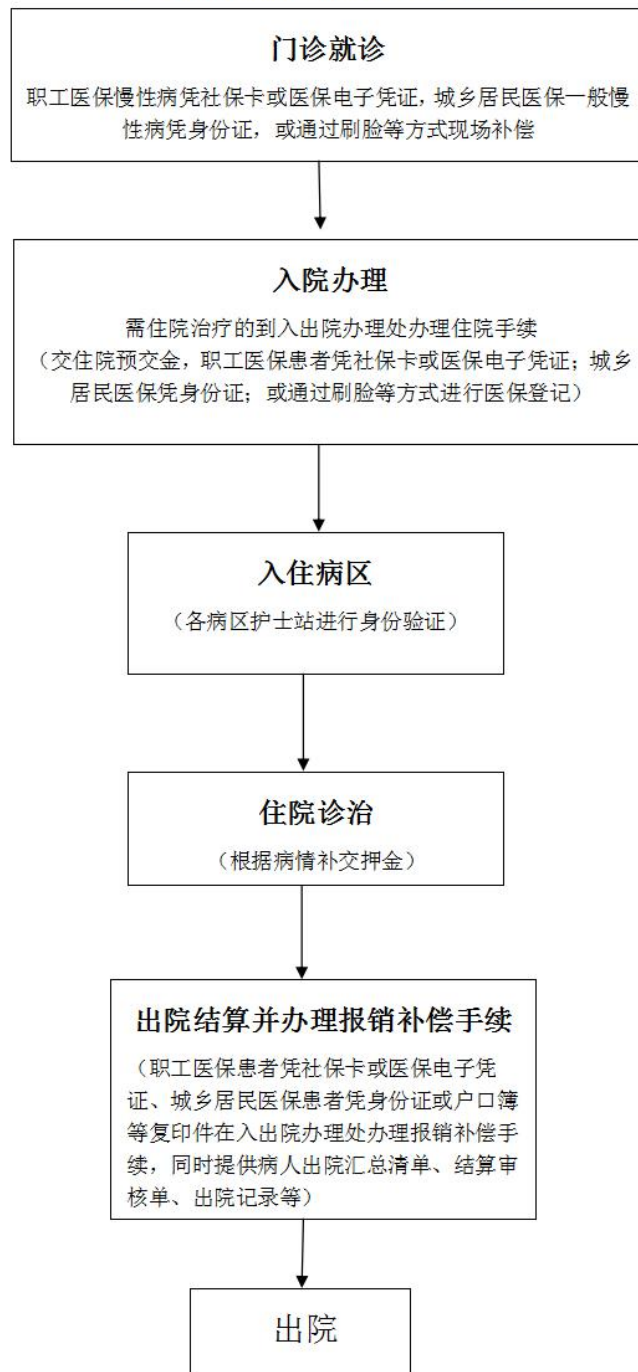
临时外出就医人员：

就医地	起付线（元）	合规费用报销比例	
		急诊抢救人员和已办理转诊	非急诊或未办理转诊
省内	700	市域内同级别医疗机构基础上下降 5 个百分点	市域内同级别医疗机构基础上下降 15 个百分点
省外		市域内同级别医疗机构基础上下降 10 个百分点	市域内同级别医疗机构基础上下降 20 个百分点

3、其他服务

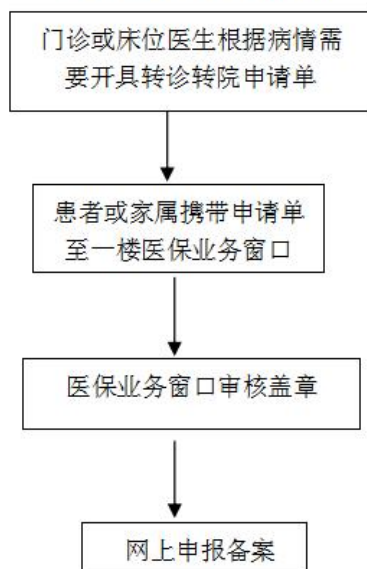
【就诊报销】

基本医疗保险病人就诊报销流程图



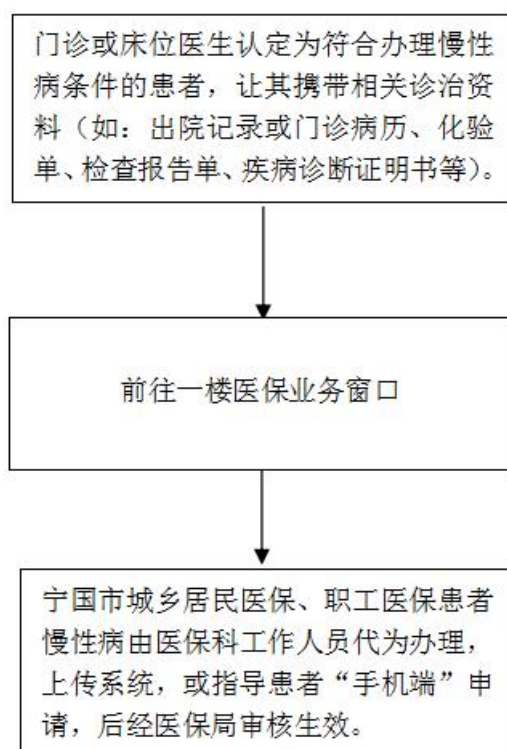
【转诊转院】

转诊转院办理流程



【门诊慢病特病办理】

参保患者门诊慢特病办理流程



2025 年城乡居民门诊慢性病病种及报销政策

病种	起付线	限额（元）	合规费用报销比例		
			市内	市外省内	省外
高血压、心功能不全、冠心病、脑卒中、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、帕金森综合症、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、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、皮肌炎、干燥综合征、结节性多动脉炎、脑瘫、黄斑性眼病、自身免疫性肝病、慢性肾脏病、肺动脉高压、阿尔茨海默病（老年痴呆）、先天性免疫蛋白缺乏症、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	200	2500元，每增加一个病种，年最高限额500元，最高限额4500元	60%	异地急诊抢救人员和已办理转诊手续的报销比例55%；非急诊、其他临时外出就医人员报销比例45%。	异地急诊抢救人员和已办理转诊手续的报销比例50%；非急诊、其他临时外出就医人员报销比例40%。
法布雷病		22.4万			
甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病		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			
阵发性睡眠性血红蛋白尿		4.2万			
非典型溶血性尿毒症		2.1万			
结节性硬化症		8.4万			
发作性睡病		4.2万			
低磷性佝偻病		3.5万			
短肠综合征		1.19万			
大动脉炎		6.3万			
进行性纤维化性间质性肺疾病		2.8万			
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、骨髓增生性疾病、精神障碍、生长激素缺乏症、普拉德-威利综合征、尼曼匹克病、戈谢病	省内按当次就诊医疗机构普通住院政策报销；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	参照住院	按当次就诊医疗机构普通住院政策报销	异地急诊抢救人员和已办理转诊手续的省内异地就医人员报销比例下降5个百分点；非急诊、其他临时外出就医人员下降15个百分点。	异地急诊抢救人员和已办理转诊手续的报销比例55%；非急诊、其他临时外出就医人员报销比例45%。

2025 年城镇职工医保门诊慢性病病种及报销政策

病种	起付线	限额（元）	合规费用报销比例		
			市内	市外省内	省外
I 类（9种）：脑卒中、肾病综合征、脑梗、黄斑性眼病、自身免疫性肝病、慢性肾脏病、肺动脉高压、阿尔茨海默病（老年痴呆）、先天性免疫蛋白缺乏症	800元	9000	85%	异地急诊抢救人员和已办理转诊手续的报销比例80%；非急诊、其他临时外出就医人员报销比例70%。	异地急诊抢救人员和已办理转诊手续的报销比例75%；非急诊、其他临时外出就医人员报销比例65%。
II 类（14种）：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、帕金森综合征、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、癫痫		4000			
III 类（19种）：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、多发性肌炎、皮肌炎、干燥综合征、结节性多动脉炎、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		3000			
法布罗病		25.6万			
甲状腺素蛋白淀粉样变性心脏病		16.4万			
亨廷顿舞蹈症		3.2万			
视神经脊髓炎		3.2万			
脊髓延髓肌萎缩症（肯尼迪病）		3.2万			
遗传性血管性水肿		2.4万			
进行性肌营养不良症		0.7万			
脊髓性肌萎缩症		12.8万			
β-地中海贫血		11.5万			
严重性春季角结膜炎		0.2万			
慢性荨麻疹（普通型）		0.2万			
慢性荨麻疹（难治型）		2.7万			
戈谢病		比照住院			
阵发性睡眠性血红蛋白尿		4.8万			
非典型溶血性尿毒症		2.4万			
结节性硬化症		9.6万			
发作性睡眠病		4.8万			
低磷性佝偻病		4万			
短肠综合征		1.36万			
大动脉炎		7.2万			
进行性纤维化性间质性肺疾病		3.2万			
I 类（8种）：血管支架植入术后、肝硬化、系统性红斑狼疮、慢性乙型肝炎、慢性丙型肝炎、心脏瓣膜置换术后、肝豆状核变性、心脏冠脉搭桥术后		9000			
II 类（13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、骨髓增生异常综合征、肌萎缩侧索硬化症、骨髓增生性疾病、精神障碍、生长激素缺乏症、普拉德-威利综合征、尼曼匹克病		无限额	90%	异地急诊抢救人员和已办理转诊手续的报销比例85%；非急诊、其他临时外出就医人员报销比例75%。	异地急诊抢救人员和已办理转诊手续的报销比例80%；非急诊、其他临时外出就医人员报销比例70%。