

南充市医疗保障政策一本通

南充市医疗保障中心

2023 年 11 月

目 录

一、医疗保险参保政策	1
（一）城镇职工医疗保险	1
（二）城乡居民基本医疗保险	7
二、医疗保险待遇支付政策	12
（一）城镇职工医疗保险	12
（二）城乡居民医疗保险	18
三、异地就医管理政策	21
四、特殊药品政策	28
五、特殊疾病相关政策	32
（一）城镇职工门诊特殊疾病政策	32
（二）城镇职工特殊疾病跟踪服务及城乡居民门诊特殊疾病政策	32
（三）儿童苯丙酮尿症保障政策	32
（四）三种门诊特殊疾病政策	33
（五）高血压糖尿病门诊用药保障政策	35
六、附表	36
（一）城镇职工医保政策一览表	36
（二）城乡居民医保政策一览表	37
（三）城乡居民门诊统筹医疗费用政策一览表	37
（四）生育保险和职工基本医疗保险合并实施政策一览表	38
（五）生育医疗费病种付费标准表	39
（六）城镇职工门诊特殊疾病病种一览表	39
（七）城镇职工特殊疾病跟踪服务和城乡居民门诊特殊疾病	40

医疗保险参保政策

一、城镇职工医疗保险

（一）城镇职工基本医疗保险参保范围

单位参保：驻南充市行政区域内所有用人单位（包括各种所有制和组织形式的企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业等）的在职职工、退休人员（不含离休人员、老红军）和个体经济组织及其从业人员。

灵活就业人员：驻南充市行政区域内未达到法定退休年龄的无雇工个体工商户、未在用人单位参加城镇职工基本医疗保险的非全日制从业人员、其他灵活就业人员和我市原公有制企业解除劳动关系人员。（简称“灵活就业人员”）。

南充市城镇职工基本医疗保险参保人员必须同时参加职工大额医疗费用补助。

参保实行属地管理。驻南充市辖三区市级及以上单位在市本级参保，高校和新增企业在所在区参保。

（二）缴费标准

1.基本医疗保险及公务员医疗补助

（1）单位集体参保的基本医疗保险费由用人单位和职工个人共同缴纳，缴费费率为 9.9%。其中：职工个人缴费基数为本人工资总额的 2%，单位缴费基数为职工工资总额的 7.9%（含生育险 0.7%，自 2020 年 1 月 1 日起生育保险和职工基本医疗保险合并实施，职工个人不缴纳生育保险费，已达法定退休年龄人员不参加生育保险）。

参加公务员医疗补助的单位缴费费率为 3.5%，由单位按基本医疗保险缴费基数（退休人员以本人上年度 12 月份退休费为缴纳基数）缴纳。

职工工资低于全市上年度职工月平均工资 80% 的，用人单位和个人均按全市上年度职工月平均工资 80% 为缴费基数；高于全市上年度职工月平均工资 300% 的，按全市上年度职工月平均工资 300% 为缴费基数。

（2）灵活就业人员由参保人员个人缴纳职工基本医疗保险费，缴费基数按全市上年度职工平均工资的 70% 为缴费基数。灵活就业人员不缴纳生育保险费。

2. 职工大额医疗费用补助

职工大额医疗费用补助按年征收，缴费标准为每人每年 60 元。单位参保人员原则上由单位和个人共同承担；无单位人员由个人承担；已移交医疗保险关系的退休人员从本人个人账户中扣缴，无个人账户的由个人年初缴纳。

3. 移交政府安置的军队离退休干部

移交政府安置的军队离退休干部按原有文件精神管理和缴费。

（三）个人账户

1. 享受在职医保待遇人员个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人参保缴费基数的 2%；享受退休医保待遇人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入标准为制定实施改革政策当年（2022 年）全市基本养老金平均水平的 2.8%；个人账户按月计入。

2. 城镇职工基本医疗保险个人账户资金本息归参保人员个人使用，超支不补、结余结转使用。

3.个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构和定点零售药店发生的政策范围内自付费用。可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、长期护理保险等由政府开展的与医疗保障相关的社会保险的个人缴费。个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

4.个人账户随参保关系转移。参保人员死亡其个人账户余额依法继承，无继承人的转入统筹基金。

（四）缴费年限

1.缴费年限规定

城镇职工基本医疗保险参保人员，同时符合以下条件后，不再缴纳基本医疗保险费，享受退休人员基本医疗保险待遇：

（1）达到法定退休年龄或正式办理退休手续；

（2）男满 25 年、女满 20 年（视同缴费年限和在我市参加职工医保的实际全额缴费年限之和，其中在我市参加职工医保的实际全额累计缴费年限满 10 年）。

2.缴费年限认定（含参保关系转移）

（1）原公有制企业解除、终止劳动关系正式人员(由劳动部门正式招工), 2003 年 7 月 1 日以前在单位参加养老保险的视同缴费年限和实际缴费年限作为我市医疗保险视同缴费年限。

（2）原机关、事业单位等离职、分流正式人员以及机关、事业单位工作人员，组织、人社部门认定的 2003 年 7 月 1 日以前的工龄作为

我市医疗保险视同缴费年限。

(3) 军队转业、复员和退役人员，军龄作为我市医疗保险视同缴费年限，部、省、市另有规定的按规定执行。

(4) 服刑、劳教人员，服刑、劳教前在我市医疗保险的实际缴费年限累计计算。

(5) 职工医保转为居民医保，保留原职工医保缴费年限，转回时累计计算。

(6) 参加我市居民医保转为参加职工医保的，可将参加我市居民医保的缴费年限折算为职工医保的实际缴费年限。折算方式为每参加居民医保 1 年折算为职工医保实际缴费年限 2 个月，折算年限不划个人账户。

(7) 市外转入城镇职工基本医疗保险视同缴费年限和实际缴费年限均作为我市医疗保险视同缴费年限。

(8) 已享受退休医保待遇人员服刑、劳教的，服刑、劳教期满后，不再重新计算缴费年限，继续享受退休人员基本医保待遇。

(9) 享受在职医保待遇人员服刑、劳教的，2003 年 7 月 1 日以前的视同缴费年限不再作为职工的视同缴费年限。

3. 缴费年限补费

实际全额缴费年限和累计缴费年限补费办法如下：

(1) 单位参保人员退休时医保关系仍归属单位且未达到我市基本医疗保险规定缴费年限的，由参保单位一次性补足。补费标准按本人补费当年缴费基数每年递增 10%，以补费当年基本医疗保险费率补足规定缴费年限后，次月开始享受退休人员基本医疗保险待遇。

(2) 单位合并后新增南充市行政区域外的退休人员，未达到我市

基本医疗保险规定缴费年限的，由参保单位一次性补足。补费标准按我市上年度职工平均工资每年递增 10%，以补费当年基本医疗保险费率补足规定缴费年限后，次月开始享受退休人员基本医疗保险待遇。

(3) 灵活就业人员到达法定退休年龄或正式办理退休时未达到我市基本医疗保险规定缴费年限的，可选择按补费当年我市灵活就业人员缴费基数每年递增 10%，以补费当年费率一次性补足规定缴费年限后，次月开始享受退休人员基本医疗保险待遇；也可选择按灵活就业人员缴费至规定年限，缴费期间享受在职人员基本医疗保险待遇。

补费年限与医疗保险缴费年限合并计算，一次性补费不能退还。

(五) 待遇享受时间

1.新参保单位。新参加城镇职工基本医疗保险的单位人员缴费满 3 个月的次月开始享受医疗保险住院待遇；欠费期间暂停享受医疗保险待遇。

2.其他情况（含参保缴费接续）

(1)终止劳动关系续费。原参加了城镇职工基本医疗保险的人员，与用人单位解除、终止劳动关系后，3 个月内续保缴费的连续享受医疗保险待遇；超过 3 个月续保缴费的重新缴费满 3 个月的次月开始享受医疗保险住院待遇。

(2) 市内跨制度参保。参保人员已连续 2 年（含 2 年）以上参加我市基本医保，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系的，中断缴费时间不超过 3 个月的，可按规定办理基本医保补缴手续，补缴后不设待遇等待期，缴费当月即可享受医保待遇，中断期间的待遇可追溯享受；中断缴费时间超过 3 个月的，中断期间的医疗保险费不能补缴，缴费满 3 个月的次月开始享受医疗保险待遇；

参保人员连续参加基本医疗保险不满 2 年，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系的，缴费满 3 个月的次月开始享受医疗保险待遇（在集中缴费期参加城乡居民医保除外）。

（3）连续享受待遇。参加城镇职工医疗保险的人员进入享受退休人员基本医疗保险待遇以前，需每年按时缴费方可享受医疗保险待遇。灵活就业人员：1.新参保。灵活就业人员新参保缴纳当年剩余月份费用，次月开始建立职工医保个人账户，连续缴费满 3 个月的次月开始享受医疗保险住院待遇；2.续保。续保人员在集中缴费期内（每年 1—6 月）缴费的，连续享受医疗保险待遇，超过集中缴费期参保缴费的，视为断保，不补费，不享受断保期间的医疗保险待遇，缴纳当年剩余月份医疗保险费满 3 个月的次月开始享受医疗保险住院待遇。

（4）进入待遇享受期后不能退费。缴纳医疗保险费进入待遇享受期（包括个人账户和住院待遇享受期）后不能退费。

（六）参保单位退休人员医疗保险费清偿

一次性清偿退休（工残）人员基本医疗保险费

1.参保单位分立、破产、改制、解散、撤销等一次性清偿退休（工残）人员 10 年基本医疗保险费。

2.参保单位在职职工医疗保险成批量转移出本市，其退休人员随在职职工转移。单位申请保留退休（工残）人员我市医疗保险待遇的，清偿 10 年基本医疗保险费。

3.参保单位以货币形式一次性清偿，缴清费用次月开始享受退休人员基本医疗保险待遇。移交工残人员等未达到法定退休年龄的，先足额清偿城镇职工基本医疗保险缴费年限，再清偿 10 年基本医疗保险费，达到法定退休年龄前享受在职人员医疗保险待遇。已缴纳的清偿

费用不能退费。

企业清偿标准：我市上年度职工平均工资×城镇职工基本医疗保险缴费费率×10年。

事业单位清偿标准：我市上年度事业单位职工平均工资×城镇职工基本医疗保险缴费费率×10年。红军遗属按事业单位清偿标准移交医疗保险。

二、城乡居民基本医疗保险

（一）参保范围

具有本市户籍的未参加城镇职工基本医疗保险的城乡居民，高校大中专学生、中等专业（职业）学校、中小学在校学生及居住我市未参加基本医疗保险的外地户籍人员持居住证均可参加城乡居民基本医保。

（二）筹资标准

城乡居民基本医疗保险筹资标准每年由市医保局、市财政局、市税务局共同向社会公布。

个人缴费标准按国家、省要求结合我市基金运行情况确定。

政府补助：政府对城乡居民参保缴费的补助由中央、省、市、县（市、区）财政补助构成，各级财政补助按规定执行。

我市实施城乡居民基本医疗保险个人缴费标准分类资助政策，对特困人员、孤儿给予全额资助；对防止返贫监测和低保对象给予定额资助，资助标准为个人缴费标准的75%；对已稳定脱贫人口，执行资助参保渐退政策，对其参加2022年、2023年、2024年城乡居民基本医疗保险费用，按照个人缴费标准的75%、50%、25%进行资助，2025年按标准退出，不再享受资助参保政策；具有多重身份的资助对象，

按照就高原则给予资助，不得重复资助。

（三）缴费办法

城乡居民原则上由户籍（居住证）所在地的乡镇政府（街道办事处）、村（社区）组织参保缴费，其中重点救助对象由当地乡镇（街道）负责组织参保缴费；在校学生（大中专院校学生、中小學生）、在园幼儿由学校统一组织参保缴费。

1.办理所需资料：新参保人员持以下资料到户籍所在地乡镇（街道）、社区或医保经办机构办理参保登记：户口簿（或居住证）、身份证。

2.缴费途径：

（1）现金收缴。采取由乡镇干部包村（社区）、村（社区）干部包组、代办人员包户，定点或上门收取方式,通过现金或智能 POS 刷卡后汇总缴纳。学校组织集体参保的学生由学校代收后汇总缴纳。

（2）银行代收。缴费人可以凭居民身份证等有效证件前往工商银行、农业银行、建设银行、中国银行、农商银行、天府银行、邮储银行、惠民村镇银行的代办点办理缴费，也可以通过以上银行的网银、手机银行 APP、银行自助终端等办理缴费。

（3）第三方便捷缴费

微信缴费：进入微信首页，依次点击“我-服务-城市服务-四川社保缴纳”，输入相关信息进行缴费。

支付宝缴费：进入支付宝，依次点击“市民中心-社保-城乡居保缴费”，输入相关信息进行缴费。

（4）税务征收。缴费人可以通过国家税务总局四川省税务局非接触式缴费（含电子税务局、“四川税务”微信公众号等）办理基本医疗

保险费缴费业务。

(5)学校代收。学校代收学生缴纳的城乡居民基本医疗保险费后，将学生参保缴费人员明细移交医保经办机构，同步将收缴的基本医疗保险费缴纳税务部门。

缴费人未能通过上述缴费渠道正常办理缴费业务的，可到参保地主管税务机关办税服务厅现场缴纳。

(四) 缴费时间

城乡居民（含由学校组织统一参保的大中专院校学生）参加城乡居民基本医疗保险的集中缴费期为上年9月1日至当年2月底前。

(五) 待遇享受时间

1.集中缴费期参保缴费的人员无待遇等待期，待遇享受期为缴费的自然年度。超过集中缴费期参保缴费的城乡居民，设定3个月的待遇等待期，待遇等待期间不享受医疗保险待遇（含门诊统筹、住院、门诊特殊疾病）。

2.续保人员每年9月1日至次年2月底缴纳次年医疗保险费，在规定时间内缴费的享受对应年度的医疗保险待遇。

3.新生儿在出生后90天内参保缴费的，从出生之日起至当年12月31日享受待遇。出生后90天内跨年度参保缴费的，补缴上年个人缴费金额，待遇享受从出生之日起至当年12月31日止。出生后超过90天参保缴费的且未在集中缴费期内参保缴费的按新参保人员享受待遇。

4.在集中缴费期后参加城乡居民基本医疗保险的、从参加城镇职工基本医疗保险转移参加城乡居民基本医疗保险跨年度的，个人缴费（补缴）标准为市医疗保障局、市财政局、国家税务总局南充市税务局

公布的城乡居民年度个人缴费标准（不含各级财政补助部分）。

（六）门诊统筹

1.门诊统筹基金用于支付参保城乡居民（含由学校组织统一参保的大中专院校学生）本人在门诊统筹定点医疗机构（指社区卫生服务中心、社区卫生服务站、卫生院、村卫生室、由学校组织统一参保的大中专院校医务室）发生的符合规定的一般诊疗费用和普通门诊医疗费用。社区卫生服务中心、乡镇（中心）卫生院每门诊1人次（含一个疗程），门诊统筹基金支付10元；社区卫生服务站、村卫生室每门诊1人次（含一个疗程），门诊统筹基金支付4.5元。参保居民在门诊统筹定点医疗机构发生的符合基本医疗政策规定的普通门诊医疗费用由门诊统筹基金按60%比例进行支付，每年每人最高支付限额为120元。

2.市内门诊统筹定点医疗机构实行一般诊疗费用总额预算管理，由基本医疗保险基金按定点医疗机构管辖区参保人数预算给门诊统筹定点医疗机构（每年每人20元），基本医疗保险基金与门诊统筹定点医疗机构据实结算，超支不补。

3.长期异地居住人员，在居住地医保定点基层医疗机构（指社区卫生服务中心、社区卫生服务站、卫生院、村卫生室）发生的符合基本医疗政策规定的普通门诊医疗费用由门诊统筹基金按60%比例进行支付，每年每人最高支付限额为120元。

（七）参保关系转移

1.在南充市外参加职工医保的，符合我市职工医保参保条件，未达到法定退休年龄、未办理退休手续，可转入参加我市职工医保。中断缴费时间不超过3个月的，可办理补缴手续，补缴后连续实际缴费

年限（南充市外和南充市内连续实际缴费年限之和）达到3个月的不设待遇等待期，缴费当月即可享受职工医保待遇，中断期间的待遇可追溯享受；补缴后连续实际缴费年限不满3个月的，缴费满3个月的次月开始享受医疗保险住院待遇；中断缴费时间超过3个月的，中断期间的医疗保险费不能补缴，缴费满3个月的次月开始享受职工医保住院待遇。

2.在南充市外连续2年（含2年）以上参加职工医保的，因就业等个人状态变化转移参加我市城乡居民医保，中断缴费时间不超过3个月的，连续享受居民医疗保险待遇；中断3个月跨年度的，需补缴上年度和当年度居民医保费才能连续享受居民医保待遇。中断缴费时间超过3个月的，缴费满3个月的次月开始享受居民医保待遇（在集中缴费期缴费除外）；参保人员在南充市外职工医保连续缴费不满2年，转移参加我市居民医保的，缴费满3个月的次月开始享受居民医保待遇（在集中缴费期缴费除外）。

3.在南充市外连续2年（含2年）以上参加居民医保的，因就业等个人状态变化转移参加我市职工医保的，且中断缴费时间不超过3个月的，补缴中断期间的医疗保险费后连续享受职工医疗保险待遇，中断缴费时间超过3个月的，中断期间的医疗保险费不能补缴，缴费满3个月的次月开始享受职工医保住院待遇；参保人员原在南充市外连续参加城乡居民基本医疗保险不满2年，因就业等个人状态变化转移参加我市职工医保的，缴费满3个月的次月开始享受职工医保住院待遇。

医疗保险待遇支付政策

一、城镇职工医疗保险

（一）支付范围

医疗保险费用支付范围按照《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《南充市基本医疗保险诊疗项目目录》和《南充市基本医疗保险医疗服务设施项目范围》及省、市相关文件的规定执行。参保人员在待遇享受期内，政策范围内的下列费用纳入医疗保险报销范围。

- 1.住院医疗费用；
- 2.患特殊慢性疾病的特殊门诊补助、特殊疾病跟踪服务医疗费用及特殊药品费用；
- 3.门急诊抢救治疗无效死亡、急诊观察病人直接转住院治疗发生的门急诊医疗费用；门诊 CT、MRI 检查确认为颅脑损伤、脑出血、恶性肿瘤直接住院治疗当次 CT、MRI 检查费用；
- 4.普通门诊统筹费用，“两病”门诊费用；
- 5.计划内生育、计划生育手术费用；
- 6.生育津贴费用。

（二）住院起付标准

城镇职工基本医疗保险统筹基金住院支付起付标准按自然年度入院次数计算。

- 1.一级及以下医疗机构 200 元，二级医疗机构 450 元，三级乙等三级丙等医疗机构 600 元，三级甲等医疗机构 800 元。南充市外三级

医疗机构 1200 元。南充市外三级以下医疗机构按市内同等级医疗机构标准执行。

2.二次及以上、跨年度起付标准。一个自然年度内在二级及以上医疗机构第二次及以上住院起付标准下降 50 元，跨年度住院的起付标准按入院年度计算。

3.转院起付标准。上级转下级医疗机构，不再计算起付标准；下级转上级医疗机构补计两级之间的起付标准差额。

4.不计算起付标准情况。计划内生育、计划生育手术、特殊门诊补助、特殊疾病跟踪服务、精神分裂症、恶性肿瘤放化疗、按病种付费、单行支付药品、高值药品不计算起付标准。

5.退休人员起付标准。享受城镇职工退休人员医疗保险待遇的人员，起付标准下降 150 元。

（三）支付限额

基本医疗保险年度累计报销金额不超过统筹基金最高支付限额。跨年度住院的费用计入出院年度。

（四）住院支付比例

1.基本医疗保险住院待遇

（1）基本支付比例。三级医疗机构 80%，二级及以下医疗机构 84%。

（2）缴费年限浮动。医疗保险缴费年限 11—20 年上浮 2%，21—30 年上浮 5%，31 年及以上上浮 8%，治疗精神分裂症不分缴费年限均上浮 8%。计算待遇时缴费年限不足一年按一年计算。

（3）人员类别浮动。享受退休人员医疗保险待遇人员上浮 3%，红军遗属享受缴费年限 31 年以上退休人员待遇。

（4）上浮比例病种。治疗精神分裂症、恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、艾滋病、狼疮性肾病、帕金森氏综合症、再生障碍性贫血、血友病、骨髓增生异常综合症、瘫痪，器官移植和抗排异药物治疗、植物人维持治疗、未成年人脑瘫治疗支付比例上浮 5%。

（5）市外住院待遇。退休人员异地安置备案、退休人员长期异地居住备案、灵活就业人员异地工作或居住长期备案，单位成建制工作人员在工作地长期备案后起付标准和支付比例按参保地住院待遇报销；急诊抢救、转诊转院异地就医临时备案，报销比例在本地报销的基础上下浮 5%；其他临时外出就医人员异地就医报销比例在本地报销的基础上下浮 10%。

2.门诊特殊疾病、特殊疾病跟踪服务及特殊药品待遇

特殊门诊补助的统筹基金支付比例为 60%，年度最高支付限额按照规定执行（800 元/人/年）。特殊疾病跟踪服务纳入住院待遇管理。特殊疾病药品待遇按省、市相关政策规定执行。

3.职工大额医疗费用补助及公务员医疗补助

（1）城镇职工基本医疗保险报销后（单行支付药品除外），年度内住院个人自付的合规医疗费用按下列比例分段报销：0—起付标准（含起付标准，下同）内不予报销，起付标准以上—30000 元为 50%；30000 元以上—60000 元为 60%；60000 元以上—100000 元为 70%；100000 元以上为 80%。

（2）对参加我市国家公务员医疗补助的国家公务员个人年度内住院（特殊疾病跟踪服务、高值药品）医疗费用经城镇职工基本医疗保险、职工大额医疗费用补助报销后，剩余的合规医疗费用按 85%比例进行报销。

合规医疗费用是指参保人员住院发生的符合《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《南充市基本医疗保险诊疗项目目录》、《南充市基本医疗保险医疗服务设施项目范围》及省市相关配套文件规定的医疗费用（含基本医疗保险起付线和乙类先期自付部分）。

（五）门诊共济待遇

1.将参保人员在定点医疗机构、符合条件的定点零售药店发生的政策范围内普通门诊费用、购药费用（以下简称医药费）纳入职工医保统筹基金支付范围，提高参保人员门诊保障水平。

2.参加职工医保并在待遇享受期内的人员，按规定享受职工医保普通门诊费用统筹保障待遇。参保人员每次在定点医疗机构和符合条件的定点零售药店发生的政策范围内医疗费用扣除年度起付线（1个自然年度计算一次）后，由统筹基金按以下标准进行报销。

（1）享受在职医保待遇人员：起付线 200 元，三级定点医疗机构报销 50%，二级及以下定点医疗机构和符合条件的定点零售药店报销 60%。年度最高支付限额为 1000 元。

（2）享受退休医保待遇人员：起付线 150 元，三级定点医疗机构 55%，二级及以下定点医疗机构和符合条件的定点零售药店报销 65%，年度最高支付限额为 1200 元。

3.参加职工医保并采取药物治疗的高血压、糖尿病（以下简称“两病”）患者，其“两病”门诊用药保障的认定标准、用药范围、保障水平、管理服务等与城乡居民“两病”门诊用药保障保持一致。

“两病”患者符合特殊门诊管理标准的，纳入特殊门诊管理范围，执行特殊门诊政策，不得重复享受待遇。

4.职工医保门诊共济保障待遇仅限参保人员本人享受，年度支付限额不结转。

（六）生育保险待遇

生育保险待遇包括生育津贴、生育医疗费、计划生育手术费，所需资金从职工基本医疗保险基金中支付。

1.享受待遇条件

用人单位按规定参加生育保险和职工基本医疗保险（以下统称两项保险）并按时足额缴纳两项保险费用。

2.待遇享受期

生育医疗费及计划生育手术费的待遇享受期与基本医疗保险同步，连续缴费满3个月后享受生育津贴。

3.生育津贴支付方式

由医疗保障经办机构支付给用人单位。对财政供养人员，不支付生育津贴，对非财政供养的企事业单位人员，生育津贴与产假期间的工资不重复享受。

4.生育津贴支付标准

按照本人生育前12个月(不足12个月的按实际月数计算)生育保险缴费基数除以365天再乘以《女职工劳动保护特别规定》等法律法规规定的产假天数(含法定节假日)计算，具体产假天数如下：

（1）怀孕不满四个月流产的，15天。

（2）怀孕满四个月流产的，42天。

（3）正常生育(顺产)的，98天。符合下列一项或多项条件的，在正常生育（顺产）的基础上累加计算。

①难产的，增加15天(难产包括施行产钳术、臀位助娩术和剖宫

产)。

②多胞胎生育的，每多生育一个婴儿，增加 15 天。

产假天数根据《女职工劳动保护特别规定》等法律法规的调整而调整。

5.生育医疗费范围及支付标准

包括女职工因生育发生的检查费、接生费、手术费、住院床位费和药品费等。生育医疗费按以下标准实行定额支付（支付额不超过总费用）。

（1）怀孕四个月以下流产的 700 元。

（2）怀孕四个月及以上引产的 1000 元。

（3）正常生育（顺产）、剖宫产的，符合按病种付费的，市内执行职工基本医疗保险按病种付费标准，市外在市内同等级医疗机构付费标准的基础上下浮 5%；不符合按病种付费的，则执行职工基本医疗保险按项目付费政策。

符合基本医疗保险报销政策的住院生育医疗费在按以上标准报销后，对参加职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助的，剩余的费用纳入职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助报销范围。

6.计划生育手术费范围及支付标准

包括计划生育实施放置（取出）宫内节育器等手术所发生的费用。按以下标准实行定额支付（支付额不超过总费用）：

（1）宫内施行放置（取出）节育器 200 元。

（2）输精管结扎术 300 元。

（3）输卵管结扎术 1800 元。

符合基本医疗保险报销政策的住院计划生育费用在按以上标准报

销后，对参加职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助的，剩余的费用纳入职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助报销范围。

7.男职工生育保险待遇

参加生育保险的男职工，其配偶生育、未享受生育医疗费用待遇的，可以按照本生育保险规定的女职工生育医疗费用享受一次性生育医疗费补助，无生育津贴，由医疗保障经办机构通过用人单位支付。

8.灵活就业人员生育医疗费用

以个体身份参加职工基本医疗保险的人员符合计划生育政策生育和实施计划生育手术的，同步执行生育保险规定的生育医疗费和计划生育手术费支付标准，无生育津贴。

二、城乡居民医疗保险

（一）支付范围

医疗保险费用支付范围按照《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《南充市基本医疗保险诊疗项目目录》和《南充市基本医疗保险医疗服务设施项目范围》及省、市相关文件的规定执行。参保人员在待遇享受期内，政策范围内的下列费用纳入医疗保险报销范围。

1.住院医疗费用；

2.患“两病”（糖尿病、高血压，下同）门诊用药、特殊疾病跟踪服务医疗费用及特殊疾病药品；

3.门急诊抢救治疗无效死亡、急诊观察病人直接转住院治疗发生的门急诊医疗费用；门诊CT、MRI检查确认为颅脑损伤、脑出血、恶性肿瘤直接住院治疗当次CT、MRI检查费用；

4.门诊统筹；

5.计划内生育、计划生育手术费用

（二）起付标准

城乡居民基本医疗保险统筹基金起付标准按自然年度入院次数计算，起付标准以下的医疗费用由个人自付。

1.各等级医疗机构起付标准。一级及以下医疗机构 200 元，二级医疗机构 450 元，三级乙等三级丙等医疗机构 600 元，三级甲等医疗机构 800 元。南充市外三级医疗机构 1200 元。南充市外三级以下医疗机构按市内同等级医疗机构标准执行。

2.转院起付标准。上级转下级医疗机构，不再计算起付标准；下级转上级医疗机构补计两级之间的起付标准差额。

3.不计算起付标准情况。计划内生育、计划生育手术、居民“两病”、门诊特殊疾病、单行支付药品、高值药品、按病种付费、精神分裂症、恶性肿瘤放化疗不计算起付标准。

（三）支付限额

城乡居民基本医疗保险年度累计报销金额不超过统筹基金最高支付限额。跨年度住院的费用计入出院年度。

（四）支付比例

（1）城乡居民基本医疗保险支付比例。一级及以下医疗机构 80%，二级医疗机构 77%，三级乙等三级丙等医疗机构 72%，三级甲等医疗机构 63%。

（2）市外住院待遇。异地长期居住人员在备案地、大学生在原户籍地（实习地、见习地）定点医疗机构就医，起付标准和支付比例按市内住院待遇报销。急诊抢救人员、转诊转院人员和按规定备案后，支付比例在南充市内同等级医疗机构的基础上下浮 10%；非急诊且未

转诊的，支付比例在南充市内同等级医疗机构的基础上下浮 20%。

（3）城乡居民基本医疗保险未成年人先天性心脏病和白血病。未成年人治疗先天性心脏病和白血病医保基金报销比例为 100%。

（4）城乡居民基本医疗保险上浮比例病种。治疗精神分裂症、恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、艾滋病、狼疮性肾病、帕金森氏综合症、再生障碍性贫血、血友病、骨髓增生异常综合症、瘫痪、器官移植和抗排异药物治疗、植物人维持治疗、未成年人脑瘫治疗报销比例上浮 5%。

（5）城乡居民基本医疗保险慢性肾功能衰竭门诊血液透析（含门诊腹膜透析）：三级甲等医疗机构 73%，三级乙等三级丙等医疗机构 76%，二级医疗机构 84%，一级及以下医疗机构 89%。

（6）城乡居民大病保险。城乡居民大病保险资金从城乡居民基本医保资金中列支。起付标准由市医保局、市财政局根据大病保险实施方案和城乡居民人均可支配收入情况调整。基本医疗保险报销后剩余的政策范围内医疗费用达到起付标准线的纳入城乡居民大病医疗保险报销。

（7）居民生育医疗费用。

在基本医疗保险待遇期内，生育医疗费和计划生育手术费待遇为：

1.顺产和剖宫产符合按病种付费的，市内执行南充市生育医疗病种付费标准，市外就医在市内同等级医疗机构付费标准的基础上下浮 10%，不符合按病种付费的执行基本医疗保险项目付费政策；

2.生育医疗费（顺产和剖宫产按病种付费的除外）、计划生育手术费按《南充市生育保险和职工基本医疗保险合并实施方案》生育保险待遇规定对应标准的 50%执行。

异地就医管理政策

一、异地就医

异地就医是指参保人员在南充市以外的省内、省外定点医药机构发生的就医、购药行为。

二、异地就医即时结算

参保人员在南充市外省内、省外的医药机构就医购药，使用医保电子凭证或社会保障卡就医后，和当地人一样直接进行医保结算。

三、我市已开通异地就医直接结算内容

（一）异地住院，包括普通住院、外伤住院（根据实际情况选择是否需要备案）。

（二）普通门诊，包括居民门诊统筹、职工门诊统筹（不需要备案）。

（三）药店购药（不需要备案）。

（四）门诊慢特病，省内实现全部病种联网结算，跨省实现5个常见病种联网结算（包括糖尿病、高血压、血液透析、恶性肿瘤门诊放化疗、器官移植术后抗排异治疗）（不需要备案）。

（五）特殊药品（单行支付和高值药品）省内联网结算（不需要备案）。

（六）个人账户异地共济支付（不需要备案）。

四、异地就医即时结算必须具备的条件

（一）领取医保电子凭证，或领取社会保障卡并激活医保功能。

（二）以下人员异地就医需办理备案：长期异地居住人员、退休

异地安置人员；单位派驻异地工作人员；转诊转院异地就医人员；大学生户籍地（实习地）住院。其他情况异地就医可不用办理备案。

（三）在市外、省外已开通异地就医联网结算业务的医药机构就医。

（四）参保人员待遇享受正常。

五、异地就医备案类型及所需资料

参保人员异地就医在“出院结算前”可补办备案，享受备案待遇直接结算。不同备案类型及所需资料如下：

（一）退休人员异地安置，办理长期备案。

所需资料：医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；异地安置认定材料（“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”，或异地户籍身份证）。

（二）长期异地工作或居住，办理长期备案。

所需资料：医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；异地安置认定材料（“户口簿首页”或本人“常住人口登记卡”或用工合同或居住证或异地户籍身份证）。

（三）符合转诊转院规定，开具转诊转院手续，办理临时备案。

所需资料：医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；具有转诊资质的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料。

（四）出差、旅游、探亲等原因在异地突发疾病急诊抢救住院，医院选择急诊入院结算，视同备案享受急诊备案待遇。符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用可以异地就医直接结算，不用备案，医院选择外伤住院直接结算。

（五）单位派驻异地工作人员在工作地就医，办理长期备案。

所需资料：单位集中备案表或有效异地工作证明材料（参保地工作单位派出证明或异地工作单位证明、工作合同）。

（六）大学生户籍地（实习地、见习地）住院，办理长期或临时备案。

所需资料：医保电子凭证或社保卡或有效身份证件；学校实习证明材料（或户籍资料）。

六、异地就医备案有效期

（一）长期备案实行“一次备案、长期有效”。长期备案生效后，原则上6个月内不得申请变更，因退休安置地、工作单位发生变化等情况的，凭有关资料可实时申请变更；未申请变更备案信息或参保状态未发生变更的，备案长期有效。

（二）临时备案实行“一次备案、半年有效”。临时外出就医人员备案后，有效期为6个月，有效期内可在就医地多次就诊并享受直接结算服务。

（三）备案有效期内已办理入院手续、在有效期满后出院的，超期时间视为备案有效期内。

七、异地就医备案办理流程

（一）线下办理。参保人员可以携带社保卡或身份证及相关资料到参保地医保经办机构办理，按照规定提交相关材料备案。转诊转院备案直接在开具转诊转院手续的医院医保办公室办理备案。

（二）线上办理。包括国家医保服务平台APP、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序、四川医保APP、四川医保公共服务网上服务大厅、四川医保公共服务小程序、四川政务服务网、南充医保微信公众号等渠道，实名注册认证，按照操作提示完成备案。也可

通过联系参保地医保经办机构，按要求传输备案相关资料办理。

（三）备案区域。参保地经办机构在为参保人员办理备案时直接备案到就医地市或直辖市，参保人员到海南、西藏等省级统筹地区和新生产建设兵团就医的，可备案到就医省和新疆生产建设兵团。参保人员可在备案地开通的异地联网定点医药机构享受异地就医直接结算服务。转院备案须备案到具体的医院，享受起付标准补差待遇。

七、异地就医人员待遇

（一）退休人员异地安置、长期异地工作或居住、派驻人员异地工作、大学生户籍地（实习地见习地）就医备案，住院起付标准和支付比例享受参保地就医待遇；（二）转诊转院备案和出差、旅游、探亲等原因临时在异地突发疾病急诊抢救住院，报销比例在本地报销基础上职工下浮 5%，居民下浮 10%；（三）其他临时异地就医，报销比例在本地报销的基础上职工下浮 10%，居民下浮 20%。（四）生育医疗费：生育符合按病种付费的，异地生育报销比例职工下降 5%，居民下降 10%；不符合按病种付费的，按照普通住院政策报销。（五）门诊费用（含普通门诊、“两病”门诊、门诊慢特病）异地就医、特殊药品省内异地就医不降低报销比例。

八、异地就医费用结算原则

异地就医联网结算的住院、普通门诊和“两病”门诊、门诊慢特病等医疗费用，执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围，以下简称支付范围），执行参保地规定的基本医疗保险待遇支付政策（起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策，以下简称医保待遇支付政策）。也就是说，哪些医疗费用能够纳入报销，是就医地的目录决定的；能报多少钱，是参保地政策决定的。

异地就医费用手工（零星）报销执行参保地规定的支付范围及医保待遇支付政策。

九、在异地医院住院回参保地报账规定及所需资料

参保人员在异地医保定点医院就医，未联网结算时医疗费用全部由个人用现金垫付办理结算，出院后及时提供相关资料向参保地医保经办机构申报，参保地医保经办机构按政策规定报销。

申请办理材料：1.有效身份证件或社保卡复印件；2.医院收费票据（发票原件）；3.住院费用清单；4.出院证明或出院记录；5.参保人银行账户信息。

备注：1.意外伤害就医的应提供①住院病历；②交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料，无法提供的应填写个人承诺书；填写《外伤入院登记表》由参保地医保经办机构审核。2.涉及报销必须的住院病历资料（如急诊、外伤、手术、限制性药品的报销须提供相关病历证明）。3.医院收费票据包括纸质发票或电子发票。4.凡医院出具的资料都须医院盖章。

十、如何下载使用“四川医保公共服务平台”APP、“国家医保服务平台”APP

我市城镇职工医保和城乡居民医保参保人员可以使用“四川医保公共服务平台”APP、“国家医保服务平台”APP自助查询和办理业务。1.“四川医保公共服务平台”APP。通过手机应用市场搜索“四川医保公共服务平台”下载手机APP并绑定社会保障卡，就可以轻松实现“异地就医备案、医保个人查询、医保目录查询、定点医疗机构查询、办件查询”等服务。2.“国家医保服务平台”APP。通过手机应用市场搜索“国家医保服务平台”下载手机APP，注册成功后即可查询

“医药机构、经办机构、药品目录”；办理“异地就医备案”；领取医保电子凭证后，在购药、门诊、住院即可快捷支付，查询消费记录；绑定医保电子凭证亲情账户。

十一、查询异地就医直接结算定点医药机构的渠道

（一）通过国家医保服务平台的官网 fuwu.nhsa.gov.cn 查询。

（二）关注“国家医保局”微信公众号，点击【我的医保】-【公众查询】，可查询“开通普通门诊跨省直接结算的定点医药机构”。

（三）下载“国家医保服务平台”APP，在【异地备案】查询服务栏，点击【异地联网定点医药机构查询】；也可在首页的查询服务栏，直接点击【定点医疗机构】或【定点零售药店】查询。

（四）下载“四川医保公共服务平台”APP，在便民服务栏，点击【定点医疗机构】或【定点零售药店】即可查询四川的定点医药机构。

（五）关注“南充医疗保障”微信公众号，点击【南充医保】即可查询四川的定点医药机构；点击【微服务】进入后均可查询南充的定点医药机构及异地定点医药机构。

（六）提供具体的医药机构名称咨询就医地或参保地医保经办机构，也可直接咨询就医地医药机构。

十二、我市参保人员异地就医有问题联系方式

（一）异地就医备案、异地就医网络故障、入院前有未结算记录等问题时请联系参保地医保经办机构处理。

（二）社会保障卡解锁、重置密码可携带身份证、社保卡到参保地或者就医地医保经办机构办理。

南充市各医保经办机构异地就医业务联系电话

单 位	电 话
南充市医疗保障中心	0817-2809552/2809557/2809773
顺庆区医保经办机构	0817-2263715
高坪区医保经办机构	0817-3337265
嘉陵区医保经办机构	0817-3637083
南部县医保经办机构	0817-5531925/5531913
阆中市医保经办机构	0817-6221949
仪陇县医保经办机构	0817-7226318
西充县医保经办机构	0817-4222005/4229303
营山县医保经办机构	0817-8210455/8235795
蓬安县医保经办机构	0817-8624516/8627512

特殊药品政策

为全面贯彻落实国家药品目录，切实保障参保人待遇，拓宽参保者就医用药渠道，规范特殊疾病药品使用监督管理，根据国、省相关文件精神，将国家谈判的单行支付药品和高值药品纳入特殊药品管理（以下简称“特殊药品”）。特殊药品纳入基本医疗保险支付范围，实行“五定管理”，即定认定机构、定治疗机构、定责任医师、定供药机构、实名制管理，实行本地和省内异地同系统、同流程办理，全省“五定”管理互认。该类药品不纳入住院费用“一单式”结算，单独报销时，基本医疗不计起付线。

一、认定管理

（一）认定机构。南充市内认定机构暂定川北医学院附属医院、南充市中心医院、高坪区、阆中市、南部县、西充县、营山县、蓬安县、仪陇县人民医院。市外就医人员须在就医地医保部门确定的定点认定机构中选择。

（二）认定标准。按照《单行支付药品和高值药品适用病种及用药认定标准》进行认定。由责任医师根据患者病情出具的治疗方案用药，省局规定的互斥药品除外。

（三）认定资料。认定机构办理单行支付药品、高值药品认定时，原则上由认定机构出具近3个月的出院（住院）病情证明书（医院盖章）或门诊诊断证明书（原件盖章或诊断证明章）、相关检验报告等病历资料。认定资料必须齐全、有效且能证明患者病种和药品符合认定标准

（四）认定周期。病种认定信息长期有效，治疗期间需要更换药品的，应重新申请认定。

二、办理流程

省内参保人员使用特殊药品实行全省通办，无需办理异地就医备案手续，不降低医保待遇水平。

（一）实名制管理。参保人员首次申请使用特殊药品需建立实名制档案，认定机构在对参保人员进行病种和用药认定时，需录入参保人员身份证件号码、姓名、性别、年龄、身高、体重、病种认定信息、联系电话、居住地址等相关信息。同时将相关资料上传特药系统。

（二）认定管理。参保人员使用特殊药品时由各统筹区医保经办机构确定的认定机构的认定医师作出认定结论，认定结果相互认可。

（三）治疗管理。参保人员可选择各统筹区医保经办机构确定的定点治疗机构进行治疗。治疗机构根据患者病情和认定机构出具的建议治疗方案，合理开具用药处方并进行合理性审核。并将处方上传至特药系统备案。因病情变化调整用药量的，需将调整原因和相关佐证资料上传特药系统。南充市内暂定川北医学院附属医院、南充市中心医院、四川省南充卫生学校附属医院、川北医学院第二附属医院、各县（市、区）人民医院、南充市精神卫生中心、南充市中医医院、南部县中医医院、阆中市中医医院、仪陇县中医医院、南充市身心医院等 19 家定点治疗医院。

（四）供药机构管理。单行支付药品和高值药品实行“双通道”供药制度，充分保障药品的供应和费用联网结算。参保人员可自愿选择省内的供药机构购药结算，市内定点治疗机构和特药定点零售药店作为我市供药机构。南充市内特殊药品定点零售药店：国药控股四川

医药股份有限公司南充药房（顺庆区环都大道 18 号）；国药南充药房有限公司（顺庆区四海街 33 号）；四川省南充药业（集团）有限公司大北街药房（顺庆区大北街 112 号）；南充金太大药房（顺庆区同益街美宇凤凰城 6 号）；四川思派大药房有限公司南充分公司（顺庆区四海街 51 号）；四川正和祥健康药房连锁有限公司顺庆区大北街店（大北街 82 号）；仪陇县兴兴大药房松海店（新政镇松海路 40 号）；南充嘉宝堂正红大药房连锁有限公司顺庆第 150 店（大北街 93 号）；国药控股四川专业药房连锁有限公司南充店（大北街 60 号）；四川海王星辰健康药房连锁有限公司南充第 19 店（高坪区都京街道办凤凰山家园 8 号楼负一层 2 号）；四川杏林医药连锁有限责任公司南充河东街店（高坪区河东街 39 号）。

（五）费用结算管理

（1）联网结算。参保人员使用特殊药品时，凭特殊药品定点治疗医师处方、身份证、医保电子凭证或社会保障卡在省内定点供药机构购药，通过全省特药系统联网直接结算。参保人员个人负担的费用由个人与供药机构结算，医保基金支付部分由供药机构与医保经办机构结算。

（2）手工结算。医院门诊购药的，提供医院正规发票、医师处方或发药清单、身份证复印件、患者银行账号；住院期间计入住院费用的，提供住院正规发票（复印件或患者联）、住院清单和身份证复印件、患者银行账号；药店购药的，提供药店正规发票、医院医师处方、药品出库单或销售清单、身份证复印件、患者银行账号。发票均指中华人民共和国境内（不含港澳台）正规购药发票。若需申请赠药，请提前复印好发票及处方自行妥善保管。当年的药品费用于次年 3 月 31

日前到参保地医保经办机构报销。

三、支付政策

（一）单行支付药品。1.只纳入基本医疗保险支付范围，不纳入城乡居民大病保险、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助等其它医保支付范围；2.报销比例城镇职工为 70%，城乡居民为 60%；3.基本医疗保险支付费用纳入基本医疗保险支付封顶线累计计算；4.实行最高支付限额，此限额按人头计算，不按病种、药品品种叠加，一个自然年度内最高支付限额医保不超过 10 万元。

（二）高值药品。1.按住院待遇报销，实行乙类药品医保最高结算限价，超过限价的部分为全自费；2.伊马替尼、达沙替尼基本医保最高支付限额 6 万元/人/年，限价内基本医疗保险比例支付为 75%；3.基本医保基金支付费用纳入基本医疗保险支付封顶线累计计算；4.特药定点零售药店的报销比例执行市内二级医疗机构标准。

（三）基金不予支付的费用。1.接受捐赠的药品；2.未按规定进行认定、治疗、购药、申报的药品；3.未经医保经办机构审核审批、超出参保地医保经办机构批复范围的药品；4 其他不符合医保规定的费用。

特殊药品价格昂贵，为避免浪费，敬请患者和家属不要囤药。

四、表册

《基本医疗保险单行支付和高值药品病种认定表》必须由具有资质的认定医师填表、签字、医院盖章。可在“南充市医疗保障局”官网下载，也可在认定医院医保办或医保经办机构领取。

特殊疾病相关政策

一、城镇职工门诊特殊疾病政策

患糖尿病并发心、脑、肾合并症等 15 个需要长期门诊治疗的病种，可凭《门诊慢特病病种待遇认定申请表》、有效身份证或社会保障卡、病历资料（含二级甲等及以上定点医院住院病历或疾病诊断证明书和相关检查检验报告）等资料向参保地医保经办机构申请特殊门诊。申请成功后，门诊符合医保基金支付范围的费用不计起付线按 60% 报销，年度最高支付限额 800 元/人/年，在定点医药机构购药时直接结算。（病种见附件 6）

二、城镇职工特殊疾病跟踪服务及城乡居民门诊特殊疾病政策

是指将恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、器官移植（术后服药）、血友病等 40 个需要长期门诊治疗的病种纳入住院待遇管理。患者可凭《门诊慢特病病种待遇认定申请表》（含治疗方案、医院公章）、有效身份证或医保电子凭证（社会保障卡）、病历资料（含二级甲等及以上定点医院住院病历或疾病诊断证明书和相关检查检验报告）等资料向参保地医保经办机构申请职工特殊疾病跟踪服务或城乡居民门诊特殊疾病。报销不计算起付线，相关费用按参保险种和支付比例结算。（病种及标准见附件 7）

三、儿童苯丙酮尿症保障政策

（一）定点管理。暂定四川省妇幼保健院（四川新生儿疾病筛查中心）、成都市妇女儿童医学中心（成都市新生儿疾病筛查分中心）、南充市妇幼保健院（南充市新生儿疾病筛查分中心）为我市患儿定点

治疗机构。

（二）申报资料。我市参保患儿监护人携带户口本（身份证）、pku、bh4d 诊断书、《四川省苯丙酮尿症定点救治登记表》、定点医疗机构认定的实验室检测报告，到参保地医保经办机构提出救治申请。

（三）费用结算。患儿监护人持审批的《四川省苯丙酮尿症定点救治登记表》、定点医疗机构门诊病历、处方、相关检查票据和购买低苯丙氨酸食品或药物相关票据（低苯丙氨酸食品可提供正规渠道购买票据报销），到参保地医保经办机构申报结算。报销费用实行最高支付限额管理，按 70%固定比例报销。

由其他项目或捐赠方免费提供的食品及药品，或者属于国家公共卫生服务项目免费提供的服务，不得纳入医保报销范围。

病种	限定年龄	报销范围	医保年度支付限额	报销比例
普通型苯丙酮尿症（pku）	0-3 周岁	门诊检查费用及治疗用低苯丙氨酸食品费用。	9600 元/年	70%
	4-14 周岁		13600 元/年	
四氢生物蝶呤缺乏症（bh4d）	0-3 周岁	门诊检查费用及专用药品费用；bh4d（dhpr 缺乏症）所需特殊奶粉费用。	12000 元/年	70%
	4-14 周岁		16000 元/年	

四、三种门诊特殊疾病政策

“三种门诊特殊疾病”政策是指将肝豆状核变性、普拉德—威利综合征和原发性生长激素缺乏症纳入门诊特殊疾病管理。

（一）认定治疗。参保患者提供认定所需相关证明资料，由认定机构的认定医师按照省医保规定的“准入认定标准”、“所需证明材料”出具认定和治疗方案，参保患者在居住地就近选择一家定点治疗机构进行治疗。

（二）费用结算。参保患者在参保地医保经办机构备案后所用医保支付范围的用药及检查项目，市内的由供药机构在报销范围的，基

本医保年度最高支付限额标准按住院待遇直接联网结算；市外的定点医疗机构不能直接联网结算的，持相关认定资料、检验检测报告、发票及清单等到参保地医保经办机构进行结算。市内、市外定点配送机构按对应二级医疗机构住院结算。

三种门诊特殊疾病认定标准及认定医师

病种	肝豆状核变性	普拉德-威利综合征	原发性生长激素缺乏症
认定标准	1.血清铜蓝蛋白<200mg/L；2.缓慢进行性震颤、肌僵直、构音障碍等锥体外系症状、体征或/及肝功能异常、慢性进行性加重的肝硬化表现；3.裂隙灯下证实有特异的角膜色素环；4.24h尿铜>100ug；5.肝铜含量>250ug/g(肝干重)；患者符合上述条件中第1条及2.3.4.5条中至少1条可申报纳入肝豆状核变性门特管理。	1.出现肥胖、智力减退、性腺发育不全及肌张力低下等临床表现。2.分子遗传学检查15号染色15q11.2-q13区域印记基因的功能缺陷，父源染色体片段或者等位或者基因缺失或印记中心缺失及突变。患者同时符合上述两条者可申报普拉德-威利综合征纳入门特管理。	1.认定范围限定儿童(≤18岁)；2.身高落后于同年龄、同性别正常健康儿童身高的第三百分位数或2个标准差(-2SD)以下；3.年增长速率<7cm/年(3岁以下)；<5cm/年(3岁-青春前期)；<6cm/年(青春期)；4.匀称性矮小，面容幼稚；5.骨龄落后于实际年龄2年以上；6.两项GH药物激发试验GH峰值均<5ug/L；7.认定标准中血清胰岛素样生长因子1(IGF1)水平低于同性别同年龄正常参考值范围；8.认定资料为3个月内的资料；9.排除其他基础疾病。患者同时符合上述九条者，可申报原发性生长激素缺乏症纳入门特管理。
所需证明材料	1.三级甲等医院门诊或住院病历；2.三级甲等医院血清铜蓝蛋白检验报告；3.三级甲等医院眼科裂隙灯检查报告；4.三级甲等医院尿铜检验报告；5.三级甲等医院肝铜检验报告。	1.三级甲等医院门诊病历或出院证明书；2.三级甲等医院分子遗传学检查报告。	1.三级甲等医院门诊病历或出院证明；2.三级甲等医院骨龄检查报告；3.三级甲等医院血清胰岛素样生长因子1(IGF1)检查报告；4.三级甲等医院生长激素(GH)激发试验报告；5.三级甲等医院垂体影像学检查报告。 确认原发性生长激素缺乏症疾病的认定医师不低于2名,由首诊认定医师会同其他认定医师联合认定方可纳入医保结算。
结算限额	居民 19200 元/年 职工 24000 元/年	居民 24000 元/年 职工 30000 元/年	居民 24000 元/年 职工 30000 元/年
认定机构	市内：暂定川北医学院附属医院、南充市中心医院。 市外：报销需事先在参保地医保经办机构备案，由四川省内当地确定的三种门诊特殊疾病定点医院认定。		
治疗机构	市内：暂定川北医学院附属医院、南充市中心医院、南充市妇幼保健院、各县（市、区）人民医院等12家医疗机构。 市外：居住地医保部门确定的三种门诊特殊疾病定点治疗机构中选择。		
费用结算	市内：参保人员选择“19家定点治疗机构和11家特殊疾病药品定点配送机构”中一家使用药品时直接联网结算。 市外：不能直接联网结算的，持相关认定资料、检验检测报告、发票及清单等到参保地医保经办机构进行结算。		

五、高血压糖尿病门诊用药保障政策

为减轻城镇职工和城乡居民高血压糖尿病（以下简称“两病”）患者医疗费用负担，患有“两病”的城镇职工和城乡居民参保人员，纳入门诊用药保障。

（一）保障对象。参加了我市的城镇职工和城乡居基本医疗保险人员。

（二）用药范围。适用药品范围为最新版《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》内直接用于降血压降血糖的治疗性药物（有具体药品目录）。

（三）经办流程。“两病”患者的认定标准以医学诊断标准为依据。参保人员经定点医疗机构按诊疗规范确诊为“两病”患者，备案后可享受“两病”门诊用药保障。门诊报销不设起付线，政策范围内药品费用不分甲乙类，患者在医保协议定点医药机构购药时，基本医疗保险基金按 60%报销，剩余部分不纳入大额医疗、大病保险、医保扶贫倾斜支付等其他医保支付范围。按诊疗规范确认为“两病”患者，因特殊原因，未能录入医保信息系统的，由参保人员先行垫付医药费，并于次年 3 月 31 日前，持本人居民身份证或社会保障卡、医疗费用发票、处方等资料到参保地医保经办机构报销。

（四）支付限额。自然年度内，高血压门诊用药最高支付 250 元/人/年，糖尿病门诊用药最高支付 350 元/人/年。同时患有两个病种的，最高支付限额合并计算，不计入基本医疗保险基金年度最高支付限额，“两病”患者符合特殊门诊管理标准的，纳入特殊门诊管理范围，执行特殊门诊政策，不得重复享受待遇。

附表

一、城镇职工医保政策一览表

缴 费					
城镇职工基本医疗保险				职工大额医疗 费用补助	
单位职工以本人上年度职工平均工资核定缴费基数上下限，下限 80%，上限 300%。 灵活就业人员以全市上年度职工平均工资的 70%为基数。				60 元/人/年	
在职		退休	灵活就业人员		
单位缴费基数的 7.9%（含生育险 0.7%），个人缴 2%		不缴费	缴费基数 的 9.2%		
基本医疗保险报销					
医院等级	起付标准（元）		报销比例%	异地就医备案管理 1.退休人员异地安置、长期异地居住；2.灵活就业人员长期异地工作或居住；3.符合转诊转院规定并办理转诊转院手续异地就医临时备案；4.出差、旅游、探亲等原因临时在异地突发疾病急诊和抢救临时备案；5.单位成建制异地就医工作人员在工作地就医。 符合以上第 1、2、5 条规定并提供相应资料备案的，住院待遇按本地住院待遇报销；符合第 3、4 条规定并提供相应资料备案的，异地就医报销比例在本地报销基础上下浮 5%；不符合以上 1-5 条登记备案类型的人员异地就医报销比例在本地报销基础上下浮 10%。	2023 年度最高支付限额
	市内	市外	市内		
三甲	800	1200	80		
三乙、三丙	600	1200	80		
二级	450	450	84		跨年度住院的费用计入出院年度。
一级及以下	200	200	84		
备注	自然年度内在二级及以上医疗机构第二次及以上住院下降 50 元，跨年度住院的起付标准按入院年度计算；退休待遇人员下降 150 元。上级转下级医疗机构，不再计算起付标准；下级转上级医疗机构补计两级之间的起付标准差额。精神分裂症、恶性肿瘤放化疗、跟踪服务不计算起付标准。		1.退休待遇人员增加 3%； 2.缴费年限 11-20 年增加 2%，21-30 年增加 5%，31 年及以上增加 8%，治疗精神分裂症不分缴费年限均上浮 8%；3.治疗精神分裂症、恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、艾滋病、狼疮性肾病、帕金森氏综合症、再障性贫血、血友病、骨髓增生异常综合症、瘫痪、器官移植和抗排异药物治疗、植物人维持治疗、未成年人脑瘫治疗支付比例上浮 5%。		
职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助报销比例					
基本医疗保险报销后合规医疗费用		职工大额医疗费用补助		公务员医疗补助	
起付标准-3 万元		50%		对参加我市国家公务员医疗补助的国家公务员个人年度内住院医疗费用经城镇职工基本医疗保险、职工大额医疗费用补助报销后，剩余的合规医疗费用按 85%比例进行报销。	
3-6 万元		60%			
6-10 万元		70%			
10 万元以上		80%			

二、城乡居民医保政策一览表

缴费标准					
一般成年人、未成年人			特困供养人员外的重点资助对象		特困人员、孤儿
按部省要求结合我市基金运行情况确定，每年由市医保局、市财政局共同向社会公布。 <u>2024 年度个人缴费标准为 380 元。</u>			低保对象、防止返贫监测对象给予定额资助，资助标准为个人缴费标准的 75%。已稳定脱贫人口，执行资助参保渐退政策，对其参加 2022 年、2023 年、2024 年城乡居民基本医疗保险费用，按照个人缴费标准的 75%、50%、25%进行资助，2025 年按标准退出，不再享受资助参保政策。		个人不缴费，由政府全额资助。
基本医疗报销					
医院等级	起付标准（元）		报销比例%		2023 年度最高支付限额
	市内	市外	市内	市外	
三甲	800	1200	63	异地长期居住人员在备案地、大学生在原户籍地（实习地、见习地）定点医疗机构就医，起付标准和支付比例按市内住院待遇报销。转诊人员和急诊抢救人员按规定备案后，支付比例在南充市内同等级医疗机构的基础上下浮 10%；非急诊且未转诊的，支付比例在南充市内同等级医疗机构的基础上下浮 20%。	16 万元
三乙、三丙	600	1200	72		
二级	450	450	77		
一级及以下医疗机构	200	200	80		
备注	上级转下级医疗机构，不再计算起付标准；下级转上级医疗机构补计两级之间的起付标准差额。精神分裂症、恶性肿瘤放化疗、跟踪服务不计算起付标准。		治疗精神分裂症、恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、艾滋病、狼疮性肾病、帕金森氏综合症、再障性贫血、血友病、骨髓增生异常综合症、瘫痪、器官移植和抗排异药物治疗、植物人维持治疗、未成年人脑瘫治疗支付比例上浮 5%。未成年人治疗先天性心脏病和白血病报销比例 100%。		跨年度住院的费用计入出院年度。
城乡居民大病保险起付标准及报销比例					
基本医疗保险报销后合规医疗费用		城乡居民		2023 年城乡居民大病保险起付标准为 14635.5 元，特困人员、孤儿、低保对象大病保险起付线降低 50%，报销比例提高 5%	
起付标准-6 万元		60%			
6-10 万元		65%			
10 万元以上		70%			

三、城乡居民门诊统筹医疗费用政策一览表

标准	定点医疗机构	费用结算
120 元/人/年	社区卫生服务中心、社区卫生服务站、卫生院、村卫生室、由学校组织统一参保的大中专院校医务室。	参保居民在门诊统筹定点医疗机构发生的符合基本医疗政策规定的普通门诊医疗费用由门诊统筹基金按 60%比例进行支付，每年每人最高支付限额为 120 元。

四、生育保险和职工基本医疗保险合并实施政策一览表

生育保险待遇（包括生育津贴、生育医疗费、计划生育手术费）								
参保范围	待遇享受条件	待遇享受期	生育津贴		生育医疗费		计划生育手术费	
			支付方式	支付标准	流产、引产	正常生育（顺产）、剖宫产	项目	支付标准
驻我市行政区域内所有单位职工（个体已达法定退休年龄不参加）。	单位按规定参加生育保险并按时足额缴费。	生育医疗费用与基本医疗保险待遇同步享受，连续缴纳3个月可享受。	由医疗保障经办机构支付给用人单位。对财政供养人员，不支付生育津贴。	生育前12个月（不足12个月的按实际月数计算）生育保险缴费基数/365天*产假天数。（生育津贴与产假期间的工资福利待遇不重复享受）。	怀孕4个月以下流的700元；怀孕4个月以上引产的1000元。	符合按病种付费的，市内执行职工基本医疗保险按病种付费标准，市外在市内同级医疗机构付费标准的基础上浮5%。不符合的则执行基本医疗保险项目付费政策。	宫内施行放置（取出）节育器	200
							输精管结扎术	300
							输卵管结扎术	1800
以个体身份参加职工基本医疗保险的人员生育和实施计划生育手术的，同步执行本方案规定的生育医疗费和计划生育手术费支付标准。			产假天数：1.怀孕不满四个月流产的15天；2.怀孕满四个月流产的42天；3.正常生育（顺产）的98天，其中难产加15天，多胎的每多一个婴儿加15天。		1.对参加重病补充医疗保险和公务员补充医疗保险的，符合基本医疗保险报销政策的住院生育医疗费，按以上标准报销后剩余的费用按政策规定纳入重病补充医疗保险和公务员补充医疗保险报销范围。			
参加生育保险男职工：其配偶生育、未享受生育医疗费用待遇的，可以按照本实施方案规定的女职工生育医疗费用享受一次性生育医疗费补助，由医疗保障经办机构通过用人单位支付。								
城乡居民基本医疗保险生育费用报销政策：1.顺产和剖宫产市内执行生育医疗病种付费标准，市外在市内同等级医疗机构付费标准的基础上下浮10%；2.生育医疗费（除顺产和剖宫产按病种付费的除外）、计划生育手术费按《南充市生育保险和职工基本医疗保险合并实施方案》生育保险待遇规定对应标准的50%执行。								

五、生育医疗费病种付费标准表

病种名称 (主要诊断)	职工基金支付标准					居民基金支付标准				
	三甲	三乙	二甲	二乙	一级及以下	三甲	三乙	二甲	二乙	一级及以下
自然临产阴道分娩	3840	3263	2964	2686	1880	2816	2827	2660	2380	1785
计划性剖宫产	6750	5400	5054	4313	3002	4950	4680	4536	3822	2850

六、城镇职工门诊特殊疾病病种一览表

序号	病种
1	糖尿病并发心、脑、肾合并症
2	脑血管意外后遗症（存在轻度、中度运动障碍、智能障碍，生活可以自理）
3	心脏病（风心病、高心病、冠心病、肺心病）
4	高血压 2 期以上并发心、脑、肾损害
5	甲亢病伴心脏损害（心功能 I 到 III 级。碘〔131I〕化钠治疗纳入“特殊疾病跟踪服务”）
6	银屑病（轻度）
7	帕金森氏综合症（生活可以自理者）
8	癫痫
9	哮喘
10	慢性肝炎活动期（轻度、中度肝功能损害）
11	重症肌无力（I - II 型）
12	恶性肿瘤（“特殊疾病跟踪服务”项目以外的治疗）
13	阿尔茨海默病
14	肾病综合征
15	肝硬化代偿期

七、城镇职工特殊疾病跟踪服务和城乡居民门诊特殊疾病

序号	病种		报销范围	基本医保年度最高支付限额		备注
				职工	居民	
1	恶性肿瘤	放疗、化疗	恶性肿瘤的放疗、化疗；口服化疗药物纳入报销范围不超过6个疗程。			定点医疗机构按住院管理结算；异地可由参保地医保经办机构报销。
2	恶性肿瘤	药物灌注	抗肿瘤药物灌注治疗			
3	慢性肾功能衰竭	门诊血液透析、门诊腹膜透析（报销范围按慢肾衰门诊血液透析执行（南人社通【2015】452号））	1.透析次数范围：每月不超过10次（含不超过2次血液滤过），增加次数需申请、批复。 2.血透费用范围：（1）透析和滤过诊疗费、材料费，肝素、低分子肝素、左卡尼汀、氯化钠。（2）每月一次血常规、血糖、血脂、尿常规、电解质、肝功能和肾功能检查，每季度一次血清铁蛋白、甲状腺激素检查、甲状旁腺激素测定，每半年一次心脏彩超、心电图和乙肝病毒、丙型肝炎抗体测定、艾滋病毒、梅毒检查；静脉导管置管术每年不超过二次。（3）合并重度贫血输血、口服铁剂、重组人红细胞生成素。（4）合并肾性骨病阿法骨化醇、骨化三醇。（5）合并高血压《国家基本药物目录》内治疗高血压药物及其他相关药物（叶酸、碳酸氢钠、碳酸钙、左旋氨氯地平、厄贝沙坦、美托洛尔、非洛地平、维拉帕米口服药物；偶发急症时需要的葡萄糖酸钙注射液、地塞米松注射液、阿托品注射液、鱼精蛋白注射液、尿激酶注射液、多巴胺注射液、间羟胺注射液、利多卡因注射液药物；抢救时的氧气输入、血糖监测诊疗费用）（南人社通【2017】655号）。 3.血灌：门诊血透超过1年且出现甲状旁腺功能亢进、顽固性皮肤瘙痒、难治性高血压、恶性心律失常情况之一者，血液灌流诊疗费和血液灌流器材材料费纳入跟踪支付范围（南人社通【2016】136号）。 4.高磷血症透析患者：司维拉姆（口服常释剂型）、碳酸镧（咀嚼片）纳入跟踪支付范围（南人社通【2018】109号）。 5.患糖尿病的血透患者：《药品目录》西药中“糖尿病用药/胰岛素及其他影响血糖的药物”纳入跟踪支付范围（南人社通【2018】109号）。	血液灌流，行了血滤的，每两个月纳入一次，未行血滤的，每月纳入一次。其余项目不限额。	血液灌流行了血滤的，每两个月纳入一次，未行血滤的，每月纳入一次。其余项目不限额。	定点医疗机构按住院管理结算。异地可由参保地医保经办机构报销。病情需要使用其他降压药物，提供二级及以上综合医院治疗方案另行申请、批复，异地可由参保地医保经办机构报销。

4	器官移植	术后服药	(1) 环孢素(限赛斯平、田可), 新山地明按赛斯平价格纳入报销范围); 硫唑嘌呤; 吗替麦考酚酯; 他克莫司; 服用西罗莫司、咪唑立宾、麦考酚钠和雷公藤多苷, 价格超他克莫司医保最高结算价的, 按他克莫司最高结算价管理。(南人社通【2015】452号) (2) 合并高血压《国家基本药物目录》内治疗高血压药物; (3) 每季度一次肝肾功能和血药浓度检查。			市内定点医疗机构结算
5	血友病		人凝血酶原复合物输血。			选择医院定点建档结算。
6	精神分裂症		《药品目录》“治疗精神障碍药品”类		2880 元	
7	抑郁症	重度, 住院治疗后期需门诊长期服药人员	《药品目录》“治疗精神障碍药品”类		2880 元	
8	甲亢病伴心脏损害		碘〔131I〕化钠治疗			
9	恶性肿瘤	内分泌治疗(乳腺癌)	内分泌治疗药品	7200 元	4800 元	
10	恶性肿瘤	内分泌治疗(前列腺癌)	内分泌治疗药品	36000 元	7680 元	
11	恶性肿瘤	晚期药物镇痛治疗	镇痛药品	12000 元	7680 元	
12	恶性肿瘤	未行手术和放化疗者抗癌药物姑息治疗	抗肿瘤药品	12000 元	7680 元	
13	食道癌	术后食管狭窄	食道扩张术	12000 元	7680 元	
14	白血病、再生障碍性贫血		药品、输血	12000 元	7680 元	输血不纳入最高限额
15	骨髓增生异常综合征		药品、输血	12000 元	7680 元	输血不纳入最高限额
16	地中海贫血(珠蛋白生成障碍性贫血)		药品、输血	12000 元	7680 元	输血不纳入最高限额
17	肝硬化失代偿	B超提示: 脾大、门脉高压、腹水	药品	12000 元	7680 元	
18	强直性脊柱炎	重度运动障碍	药品	12000 元	7680 元	

19	慢性肾功能衰竭(未血透患者)	肾功能失代偿期	药品	4800 元	4800 元	
20	慢性肾功能衰竭(未血透患者)	肾功能衰竭期	药品	7200 元	4800 元	
21	慢性肾功能衰竭(未血透患者)	尿毒症期	药品	12000 元	4800 元	
22	各种伤病引起的全身瘫痪		药品和换药费	9600 元	4800 元	
23	重症肌无力	Ⅲ-V 型	药品	9600 元	4800 元	
24	慢性肝炎活动	重度肝功损害	药品	7200 元	4800 元	
25	帕金森氏综合征	重度运动障碍,生活不能自理者	药品	7200 元	4800 元	
26	系统性红斑狼疮		药品	7200 元	2880 元	
27	类风湿关节炎	关节畸形(Ⅲ级、Ⅳ级)	药品	7200 元	4800 元	
28	干燥综合征		药品	7200 元	2880 元	
39	多发性硬化脱髓鞘疾病	重度运动障碍、智能障碍,生活不能自理	药品	7200 元	2880 元	
30	银屑病	中度、重度	药品	7200 元	2880 元	
31	支架置入、心脏换瓣、心脏搭桥	术后抗凝治疗	氯吡格雷、阿司匹林(限 12 个月)	6600 元	4800 元	
32	IgA 肾病		药品	6000 元	2880 元	
33	结核病		抗结核病类药品	2400 元	2880 元	
34	溃疡性结肠炎		药品	12000 元	无	
35	克罗恩病		药品	12000 元	4800 元	
36	原发性甲状腺功能亢进		内科治疗的相关药品	3600 元	2880 元	
37	强直性脊柱炎		药品	12000 元	7680 元	
38	肺结核		药品	2400 元	2880 元	
39	耐多药肺结核		药品	2400 元	2880 元	
40	重度骨质疏松		药品	4000 元	2880 元	