

淮南市医疗保障局文件

淮医保发〔2024〕12号

关于转发《安徽省医疗保障局 安徽省财政厅关于印发安徽省城乡居民基本医疗保险和大病保险待遇保障政策的通知》的通知

各县区医保部门，市局机关各科室、直属各单位，全市各级医疗机构：

现将《安徽省城乡居民基本医疗保险和大病保险待遇保障政策的通知》（皖医保发〔2024〕9号）印发给你们，请结合实际，认真抓好贯彻落实，有关要求一并通知如下：

一、普通门诊。在参保地市域内一级及以下定点基层医疗机构（含社区卫生服务中心、乡镇卫生院）发生的政策范围内普通门诊医药费用，不设起付标准和单次报销限额，基本医保基金报销比例为60%，年度报销限额200元。

社区卫生服务中心、乡镇卫生院升为二级或三级后，仍属基层医疗机构范围。

二、常见慢性病门诊。人均年度起付线 300 元，市内定点医疗机构发生的政策范围内常见慢性病门诊医药费用，基本医保基金报销比例为 65%。每个病种单独设置年度支付限额，申请二个或以上病种年度报销限额为 4000 元；与住院合并计算的病种除外。

三、特殊慢性病门诊。市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（慢性肾衰竭透析中透析费用报销比例为 95%），年度内按就诊最高类别医疗机构计算一次起付线。

四、“两病”门诊。未达到高血压、糖尿病（以下简称“两病”）门诊慢特病认定标准的“两病”患者，在参保地市域内一级及以下定点基层医疗机构（含社区卫生服务中心、乡镇卫生院）发生的政策范围内“两病”门诊药品费用由统筹基金支付，不设起付线，一个参保年度内，高血压、糖尿病患者发生的门诊药品费用，医保基金最高支付限额分别为 300 元、400 元，政策范围内支付比例为 55%。“两病”门诊药品费用不计入普通门诊限额。

五、其他未修改的门诊慢特病、“两病”门诊、医疗救助、城乡居民基本医疗保险和大病保险政策继续按原政策执行。期间如遇国家、省、市相关政策调整的，则按调整后的新政策执行，对应的原政策自行废止。

六、跨年就医患者，待遇执行以入院日期为准，以1月1日零时入院为分界点，之前入院的或发生的有关费用按旧政策报销，之后入院的有关费用按新政策报销，跨年费用处理执行省级医保经办机构年终结转相关规定。

七、本《通知》与《安徽省城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施办法（试行）》自2025年1月1日起一并施行。





淮南市医疗保障局办公室

2024年12月30日印发

安徽省医疗保障局 文件 安徽省财政厅 文件

皖医保发〔2024〕9号

安徽省医疗保障局 安徽省财政厅 关于印发《安徽省城乡居民基本医疗保险和 大病保险待遇保障政策》的通知

各市医疗保障局、财政局：

现将《安徽省城乡居民基本医疗保险和大病保险待遇保障政策》印发给你们，请遵照执行。

各级医保、财政部门要全面压实工作责任，规范落实各项待遇保障政策，统一政策执行标准和解读口径，公平适度保障参保群众基本医疗保障权益。对省级已经明确统一的待遇政策，各地要严格执行，不得自行调整。对省级尚未统一的待遇政策，各地

可执行现有政策，并逐步过渡到全省统一，不得自行制定超过现有待遇标准的政策。特殊情况，需报省医保局、省财政厅同意后施行。省级医保、财政部门将根据经济社会发展水平、参保群众基本就医需求、医保基金运行实际等，动态调整完善待遇保障政策。本通知自 2025 年 1 月 1 日起施行。



2024 年 12 月 26 日

安徽省城乡居民基本医疗保险和大病保险 待遇保障政策

根据《安徽省人民政府办公厅关于基本医疗保险省级统筹的实施意见》（皖政办〔2024〕3号）等文件规定，结合各地城乡居民基本医疗保险和大病保险待遇政策实际，进一步规范统一安徽省城乡居民基本医疗保险和大病保险待遇保障政策。具体如下：

一、基本医疗保险待遇

一个保险年度内，参保人员在医保定点医药机构发生的政策范围内医药费用，基本医保基金年度支付金额累计封顶 30 万元。具体规定如下：

（一）门诊。

1. 普通门诊。在参保地市域内一级及以下定点基层医疗机构（含社区卫生服务中心、乡镇卫生院）发生的政策范围内普通门诊医药费用，不设起付标准和单次报销限额，基本医保基金报销比例为 60%，年度报销限额 150 元，高于 150 元的地市可继续执行原年度报销限额。已建立大额门诊费用等保障政策的可继续执行，逐步过渡到全省统一。在校大学生普通门诊，实行普通门诊统筹资金学校包干使用，具体包干金额由各市确定，确保参保大学生普通门诊保障待遇水平不低于普通居民。

2. 慢特病门诊。执行全省统一的门诊慢特病病种目录、认定

标准、病种编码。在参保地市域内定点医药机构发生的政策范围内慢特病门诊医药费用，基本医保基金报销比例不低于 60%，患有多种门诊慢特病的，年度内只计算一次起付线。目前由各市自行确定年度支付限额、起付线，逐步过渡到全省统一。

3. “两病”门诊。未达到高血压、糖尿病（以下简称“两病”）门诊慢特病认定标准的“两病”患者，在参保地市域内一级及以下定点基层医疗机构（含社区卫生服务中心、乡镇卫生院）发生的政策范围内“两病”门诊药品费用由统筹基金支付，不设起付线，报销比例不低于 50%。各市根据基金承受能力分病种设定报销比例和年度报销限额，逐步过渡到全省统一。

4. 残疾辅助器具。持残疾人证的下肢残疾人及 7 周岁（含）以下听力障碍儿童，凭装配机构辅助器具装配单及发票回参保地经办机构办理报销。不设起付线，报销比例为 50%，单次报销限额为：每具大腿假肢 1700 元，每具小腿假肢 800 元，每只助听器 3500 元。

5. 苯丙酮尿症及四氢生物蝶呤缺乏症。18 周岁（含）以下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，报销比例为 65%，年度报销限额 2 万元。

（二）住院。

1. 普通住院。

一级及以下医疗机构和乡镇卫生院（社区卫生服务中心）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 80%；

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%。

2. 分娩住院。参保人员住院分娩享受医保定额补助，自然分娩补助 1600 元，剖宫产补助 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。有并发症或合并症住院的，可按普通住院政策执行，不再享受定额补助，但当次住院医保报销金额低于定额补助标准时，可按定额补助标准据实予以补差。

3. 意外伤害住院。参保人员意外伤害住院的医疗费用依法由医保基金按规定予以支付。明确无他方责任的意外伤害住院，按照普通住院待遇报销；明确有他方责任的意外伤害住院，根据相关部门划分的责任分担比例，对于超出第三方责任以外由本人承担的住院医疗费用，按照普通住院待遇报销，相关部门未划分责任比例的，根据调解文书、法律文书等确定医保基金分担比例；无法确定他方责任的意外伤害住院医疗费用，参保人员承诺无他方责任后，按照普通住院待遇报销。出现虚假承诺骗取医保基金的，按照法律法规有关规定追究相关责任。前款规定中应当由第三人支付的医疗费用，第三人不支付或者无法确定第三人的，依据人民法院或有关部门出具的可以证明相应情形的相关生效的

法律文书等予以认定，并由当事人向参保地医保经办机构书面申请基本医疗保险基金先行支付，基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

因见义勇为发生的医药费用，执行《安徽省见义勇为人员奖励和保障条例》有关规定。因执行救灾救援等公益任务而负伤住院的，可按照普通住院待遇报销，须提供县级或县以上政府相关部门出具的情节证据。

4. 其他情形。基本医保按单病种付费、省内大病无异地、多疗程住院病种等按现行规定执行；住院前急诊抢救费用可纳入当次住院费用或比照一次住院费用按规定进行医保报销。

（三）异地就医。

1. 办理异地长期居住备案的人员，在备案地发生的政策范围内普通门诊费用，执行参保地普通门诊保障政策。

2. 参保人在参保地市域外定点医药机构发生的政策范围内住院费用（起付线、报销比例）和门诊慢特病费用（报销比例）按照以下规定报销：

（1）办理异地长期居住备案的人员在备案地就医的，执行参保地待遇保障政策。

（2）省内异地就医。住院起付线在参保地相同级别医疗机构基础上增加 0.5 倍。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，非急诊或未办理转诊的其他临时外出就医人员下降 15 个百分点。

(3) 跨省异地就医。住院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), 异地急诊抢救人员和已办理转诊手续的跨省异地就医人员报销比例 60%, 非急诊或未办理转诊的其他临时外出就医人员报销比例 50%。到省外异地就医的门诊慢特病患者, 异地急诊抢救人员和已办理转诊手续的参保人员报销比例下降 10 个百分点, 非急诊或未办理转诊的其他临时外出就医人员报销比例下降 20 个百分点。

二、大病保险待遇

(一) 普通人群。

一个保险年度内, 参保人员个人自付的住院和门诊慢特病政策范围内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。大病保险政策范围内费用起付线为 1.5 万元。

2. 报销比例。政策范围内费用大病保险起付线以上 5 万元以内段, 报销比例 60%; 5 万元—10 万元段, 报销比例 65%; 10 万元—20 万元段, 报销比例 75%; 20 万元以上段, 报销比例 80%。

3. 年度支付限额。一个保险年度内大病保险基金报销封顶线为 30 万元。

(二) 特殊人群。

1. 困难人群。大病保险继续对特困人员、低保对象和返贫致贫人口按规定实施倾斜支付, 起付标准降低 50%、报销比例提高 5 个百分点、取消封顶线。

2. 罕见病人群。对于国家《第一批罕见病目录》《第二批罕见病目录》中收录的部分罕见病病种，目前特殊治疗药品尚未纳入基本医疗保险药品目录范围的，罕见病患者在定点医疗机构发生的符合药品法定适应症或有临床循证医学证据的门诊或住院合规罕见病药品费用，大病保险基金实行单行支付。统一起付线为2万元，起付线以上部分继续执行大病保险分费用段按比例报销，支付金额计入大病保险年度最高支付限额。已办理异地长期居住备案的跨省人员罕见病待遇按照省内政策执行；异地转诊就医人员以及异地急诊抢救人员大病保险各段报销比例下降10个百分点，未转诊的临时外出就医人员大病保险各段报销比例下降20个百分点。

（三）异地就医。

已办理异地长期居住备案的人员在备案地就医的，执行参保地待遇保障政策。参保人员在参保地省内市域外就医的，异地急诊抢救人员和已办理转诊手续的参保人员大病保险各段报销比例下降5个百分点，非急诊或未办理转诊的其他临时外出就医人员大病保险各段报销比例下降15个百分点。省外异地就医的，异地急诊抢救人员和已办理转诊手续的参保人员大病保险各段报销比例下降10个百分点，非急诊或未办理转诊的其他临时外出就医人员大病保险各段报销比例下降20个百分点。