

安徽省医疗保障局文件

皖医保发〔2019〕11号

安徽省医疗保障局关于印发《安徽省统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施细则（试行）》的通知

各市、县（市、区）医疗保障局，省级医保定点医院，局直属机构：

根据《安徽省人民政府办公厅关于印发安徽省统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施方案（试行）的通知》（皖政办〔2019〕14号）要求，省医疗保障局制定了《安徽省统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施细则（试行）》，现印发给你们，请遵照执行。



安徽省统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 根据《中华人民共和国社会保险法》、《安徽省人民政府办公厅关于印发安徽省统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施方案（试行）的通知》（皖政办〔2019〕14号）（以下简称《实施方案》）的规定，制定本《实施细则》。

第二章 基本医疗保险门诊保障待遇

第二条 在参保县（市、区）域内协议定点的基层医疗卫生机构（含二级乡镇卫生院或社区卫生服务中心等）、一级及以下定点医疗机构（含村卫生室、社区卫生服务站、社区诊所等）发生的普通门诊医药费用纳入基本医保报销范围。普通门诊报销是否向参保地县（市、区）域内二级医疗机构延伸，由各市根据基金承受能力等因素确定。

第三条 为满足慢性病治疗需要及国家谈判药品供应保障，由各市统一组织，在所辖各县（市、区）确定1—2家符合条件的定点零售药店，提供门诊购药和直接结算服务。

第四条 普通门诊政策范围内医药费用是指符合《安徽省基本医疗保险药品目录》《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》（以下简称“两个目录”）规定的纳入报销范围的医药费用。

普通门诊报销额度 = （政策范围内医药费用一起付线）× 报销比例，报销额度不超过当地规定的限额。各市可设定单次报销限额和年度限额。

第五条 不设城乡居民基本医保个人（家庭）账户，全面建立普通门诊统筹制度。以户为单位设定普通门诊统筹报销限额的，家庭成员间可统筹使用。

第六条 常见慢性病和特殊慢性病门诊政策范围内医药费用是指符合常见慢性病和特殊慢性病用药及诊疗目录规定的费用。《常见慢性病和特殊慢性病用药及诊疗目录》另行印发。

第七条 常见慢性病门诊报销额度 = （政策范围内医药费用一起付线）× 报销比例。可设零起付线，报销额度不超过当地规定的年度限额。各地可施行慢性病门诊按病种付费。

第八条 符合省残联等 4 部门《关于对参加新型农村合作医疗和城镇居民基本医疗保险的残疾人装配辅助器具给予补助的意见》（皖残联〔2009〕4 号）规定的残疾人，凭定点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。报销比例调整为 50%（不设起付线），单次报销限额调整为：每具大腿假肢 1700

元，每具小腿假肢 800 元，每只助听器 3500 元。

第九条 参加城乡居民基本医保的 18 周岁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保健服务机构门诊就诊，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，按 65% 的比例报销，年度累计报销限额为 2 万元。患者凭门诊病历、处方和发票，回统筹地区经办机构办理报销。

第十条 在校大学生普通门诊保障待遇，可继续执行原有的普通门诊统筹资金学校包干使用办法。

第三章 基本医疗保险住院保障待遇

第十一条 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”（见附件）规定的纳入报销范围内的医药费用。

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地规定的封顶线。

第十二条 上年度次均费用接近上一级别医疗机构，是指某医疗机构合理收治病例的次均住院费用达到上一级别医疗机构次均费用的 80% 及以上。具体医疗机构名单由各市统一确定，按年度实行动态调整，报省医保局备案后统一发布。

第十三条 在省外医疗机构住院治疗，通过国家平台结算的，执行就医地医保目录，参保地待遇政策；非国家平台结算的，执行参保地医保目录和参保地待遇政策。

第十四条 保底报销执行“负面清单”（见附件）制度。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。

第十五条 参保城乡居民住院按次扣减起付线，但确需分疗程间断多次住院治疗的特殊慢性病、白血病、脑瘫康复等患者在同一医院多次住院治疗的，参保年度内只计一次起付线。

第十六条 各市在设定基本医保封顶线时，要充分考虑到现行重大疾病按病种付费的单次医保报销额度等因素，合理设定。

第十七条 急诊急救的情形，依据参保患者首诊病历或其他相关证明材料认定。

第十八条 参保人员务工（经商）地、长期居住地，可以依据务工地、经商地、长期居住地提供的劳动合同、居住证或其它工作、生活相关材料认定。

第十九条 各市应根据病人就医习惯和需求，可选择并确定毗邻的省外医疗机构签订医保服务协议，执行省内或市域内同类别医疗机构报销政策。

第二十条 对于城乡低保户、特困人员、重点优抚对象、计

划生育特殊困难家庭等困难群体起付线和报销政策按现行有关规定继续执行。

第二十一条 参保人员捐赠器官或组织的住院医药费用享受普通住院报销待遇。

第二十二条 执行普通住院政策的分娩合并症或并发症，原则上是指妊娠期或分娩期发生的病情严重且费用较高的情形，轻微并发症或合并症仍执行定额补助政策。

第二十三条 明确有他方责任的意外伤害住院医药费用不予报销；明确无他方责任的意外伤害住院医药费用按普通住院待遇报销；无法确定他方责任的意外伤害住院医药费用报销办法由各市自行制定。因见义勇为或执行救灾救援等公益任务而负伤住院，按普通住院报销政策执行，申请报销者须提供县级或县级以上政府相关部门出具的情节证据。

第四章 大病保险保障待遇

第二十四条 大病保险合规费用实行“负面清单”（见附件）制度。

第二十五条 大病保险报销金额=（参保患者住院及特殊慢性病门诊年度累计医药费用—负面清单费用—基本医保已报销金额—基本医保起付线—大病保险起付线）×分段报销比例。

第二十六条 大病保险封顶线分省内、省外单设，不叠加计算。一个保险年度内，大病保险合规可报销费用中既含省内医疗机构医药费用，又含省外医疗机构医药费用的，执行省内医疗机构封顶线政策。

第五章 附则

第二十七条 建档立卡贫困人口医保报销政策继续按照《安徽省人民政府关于健康脱贫工程的实施意见》（皖政〔2016〕68号）及国家医保局、财政部《关于做好2019年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2019〕30号）等有关文件执行。

第二十八条 住院按病种付费政策暂按《关于进一步推进省级新农合按病种付费工作的通知》（卫办秘〔2018〕451号）执行；透析治疗的肾功能不全等按病种付费的特殊慢性病门诊继续执行现行政策。

第二十九条 省管广德县、宿松县城乡居民医保和大病保险分别纳入宣城市、安庆市统筹管理，执行市级统一政策。

第三十条 本《实施细则》自2019年7月1日起施行，未尽事宜，另行补充规定。具体由省医疗保障局负责解释。

附件：安徽省城乡居民基本医保和大病保险负面清单

序号	项目费用	按项目 报销	按保底 报销	大病保险 报销
1	应当从工伤保险基金中支付的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
2	应当由第三方负担的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
3	应当由公共卫生负担的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
4	在境外就医的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
5	《药品目录》单味不予支付的中药饮片及药材费用	不纳入	不纳入	不纳入
6	《医疗服务项目目录》外自立医疗服务项目	不纳入	不纳入	不纳入
7	特需病房（病区）发生的住院医药费用，特需医疗项目费用	不纳入	不纳入	不纳入
8	非协议医疗机构（急诊急救除外）、非医疗机构发生的医药费用（另有规定除外）	不纳入	不纳入	不纳入
9	医疗机构发生的非医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
10	各类器官、组织移植的器官源或组织源费用，以及串换为其他项目的费用	不纳入	不纳入	不纳入
11	享受定额补助的住院分娩（含手术产）当次住院医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
12	各种各类非功能性整容或矫形手术、美容、健美、减肥增胖增高等非疾病治疗类原因产生的医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
13	预防保健、健康体检、医疗咨询、医疗鉴定等发生的费用	不纳入	不纳入	不纳入
14	气功疗法、音乐疗法、保健性营养疗法等辅助性治疗项目费用	不纳入	不纳入	不纳入
15	眼镜、义眼、义齿、义肢、助听器等辅助康复器具（另有规定的除外）等费用	不纳入	不纳入	不纳入
16	各种家用或自用检查、检测、治疗仪等器械费用	不纳入	不纳入	不纳入

序号	项目费用	按项目 报销	按保底 报销	大病保险 报销
17	各种不育（孕）症（另有规定的除外）	不纳入	不纳入	不纳入
18	性功能障碍引发的住院医药费用（另有规定的除外）	不纳入	不纳入	不纳入
19	临床实验类诊疗项目费用	不纳入	不纳入	不纳入
20	物价政策规定不可单独收费的一次性材料等费用	不纳入	不纳入	不纳入
21	《药品目录》复方不予支付的中药饮片及药材费用	不纳入		
22	《药品目录》乙类药品个人先行支付费用	不纳入		
23	《药品目录》丙类（目录外）药品费用	不纳入		
24	《医疗服务项目目录》部分支付类项目中个人先行支付费用	不纳入		
25	限制临床应用医疗技术（造血干细胞移植技术等除外），不纳入政策范围内费用	不纳入		
26	医疗服务项目收费合理超出我省基本医保最高支付标准（省属三级公立医院最高收费标准）部分的费用	不纳入		
27	《医疗服务项目目录》不予支付类项目	不纳入		
28	部分支付类医用材料中个人先行支付费用	不纳入		
29	不予支付类医用材料	不纳入		
30	国家、省医保行政部门规定的其他不予支付的项目或费用	不纳入	不纳入	不纳入