



淮南市医疗保障局关于印发《淮南市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）》的通知

淮医保发〔2019〕59号

各县区医保局、市医保中心、市新农合中心、毛集实验区医保中心、毛集实验区新农合中心：

现将《淮南市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）》印发给你们，请认真遵照执行。

淮南市医疗保障局

2019年6月26日

（此件公开发布）

淮南市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）

第一章 总则

第一条 根据《安徽省人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（皖政〔2016〕113号）、《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）、《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》（皖医保发〔2019〕11号）等相关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 参加本市城乡居民基本医疗保险人员在定点医疗机构(急诊急救除外)发生的政策范围内医药费用按规定纳入报销。

第三条 基本原则：

(一)以收定支，收支平衡。坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则，因地制宜，适度保障，合理确定待遇标准；

(二)有序衔接，平稳过渡。统筹衔接基本医保、大病保险、医疗救助等制度，妥善处理既有保障政策，实现平稳过渡；

(三)保障基本，提升质量。坚持以保基本为主，完善门诊、

住院、大病保险保障政策，持续提升城乡居民医疗保障质量。

第二章 基本医疗保险门诊保障待遇

第四条 普通门诊。居民普通门诊报销不设个人（家庭）账户，实行普通门诊待遇统筹政策。以人为单位，不设年度起付线，报销限额为每人每年 200 元，单次封顶线为 33 元，单次门诊医疗费用控制在 60 元以内（同一天只限一次）。

城乡居民在参保县（区）域内定点基层医疗卫生机构（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、社区卫生服务站等）发生的普通门诊医药费用报销比例为 55%。

暂不将普通门诊报销向县（区）域内二级医疗机构延伸（建档立卡贫困人口除外）。

第五条 为满足慢性病治疗需要及国家谈判药品供应保障，由市医疗保障局统一组织招标，确定 1-2 家符合条件的定点药店，提供门诊购药和直接结算服务。

第六条 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。



普通门诊报销金额计算公式为：政策范围内医药费用×报销比例。年度累计报销金额不超过年度限额。

第七条 常见慢性病门诊。省内医疗机构发生的常见慢性病门诊医药费用报销比例为 65%。人均年度起付线 300 元，申请一个病种报销限额为 2000 元；申请二个或以上病种报销限额为 4000 元。

省外医疗机构发生的常见慢性病门诊医药费用按省内规定纳入报销范围。参保居民个人负担的常见慢性病门诊合规医药费用不进入大病保险报销。常见慢性病病种范围见附件 2。

第八条 特殊慢性病门诊。省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。

省外医疗机构发生的特殊慢性病门诊医药费用按省内规定（按本办法第十三条第二款、第三款）纳入报销范围。参保居民个人负担的特殊慢性病门诊合规医药费用进入大病保险报销。特殊慢性病病种范围见附件 2。

第九条 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，具体按省医疗保障局制定的《常见慢性病和特殊慢性病用药及诊

疗目录》执行。

常见慢性病门诊报销金额计算公式为：（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病种年度限额 4000 元。

第十条 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），单次报销封顶线调整为：每具大腿假肢 1700 元，每具小腿假肢 800 元，每只助听器 3500 元。

第十一条 建立罕见疾病门诊报销制度。苯丙酮尿症、四氢生物蝶呤缺乏症、幼年型特发关节炎、外层渗出性网膜病变、脑垂体发育不良、狭颅症六种罕见病纳入门诊报销范围。

参加医保的 18 周岁以下苯丙酮尿症及四氢生物蝶呤缺乏症患者，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支付范围，不设起付线，按 65% 的比例报销。患者凭门诊病历、处方和发票，到参保地经办机构办理报销。年度累计报销限额为 2 万元。

原市 4 种罕见病，在一个医保结算年度内，因其中一种疾病门诊累计费用达 1 万元以上且治疗本疾病的，比照本市三级医院

住院报销政策执行。

第十二条 在校大学生普通门诊保障待遇，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

第十三条 普通住院起付线与报销比例。市域内一级及以下医疗机构起付线 200 元，报销比例 85%；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%。

到市域外省内省属二级（含以下）、市属三级（含以下）医疗机构住院治疗的，起付线为 1400 元，报销比例为 70%。

到市域外省内省属三级医疗机构住院治疗的，起付线为 2000 元，报销比例为 65%。

省外医疗机构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），报销比例为 60%。

第十四条 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”规定的纳入报销范围内的医药费用。负面清单见附件 3。

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 30 万元。

第十五条 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%以上，按上一级别医疗机构住院报销政策执行。具体医疗机构名单由市医疗保障局统一确定，按年度实行动态调整，报省医疗保障局备案后统一发布。

第十六条 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。

第十七条 一个保险年度内，基本医疗保险基金报销额度实行累计封顶（含分娩住院、意外伤害住院、特殊慢性病门诊及按病种付费等），封顶线 30 万元。

第十八条 对普通住院发生的符合规定的医药费用实行保底报销，保底比例省内医疗机构 45%，省外医疗机构 40%。

保底报销执行“负面清单”制度。负面清单见附件 3。

保底报销金额计算公式为：（当次住院总费用－负面清单费用－起付线）×保底报销比例。

第十九条 除急诊急救或属参保人员务工（经商）地、长期居住地外，未办理转诊手续在市域外就医的，在上述类别医疗机

构报销比例（含保底比例）基础上再降低 10 个百分点。

第二十条 参保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，参保年度内只设一次起付线。

第二十一条 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。

第二十二条 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、居住证或其他工作、生活相关材料认定。

第二十三条 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。

第二十四条 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。

第四章 基本医疗保险分娩住院保障待遇

第二十五条 参保城乡居民分娩（含剖宫产）住院定额补助为 1000 元。有并发症或合并症住院的按普通住院政策执行，但不再享受定额补助。



第二十六条 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。

第五章 基本医疗保险意外伤害住院保障待遇

第二十七条 意外伤害住院保障待遇由市医疗保障局通过政府招标采购、商业保险公司承办方式办理，事前报省医疗保障局备案。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。单次封顶线 2 万元。

第二十八条 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以上政府相关部门出具的情节说明。

第六章 城乡居民大病保险保障待遇

第二十九条 一个保险年度计一次起付线，参保居民负担的合规医药费用累计超过大病保险 1.5 万元的部分，大病保险基金分费用段按比例报销。

第三十条 大病保险起付线以上至 5 万元（含），报销比例 60%；5—10 万元（含），报销比例 65%；10—20 万元（含），报销比例 75%；20 万元以上至封顶线段，报销比例 80%。

第三十一条 省内医疗机构大病保险封顶线为 30 万元，省外医疗机构大病保险封顶线为 20 万元。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 30 万元。

第三十二条 大病保险合规费用实行“负面清单”制度。负面清单见附件 3。

大病保险报销金额计算公式为：（参保患者住院及特殊慢性病门诊医药总费用-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。

第七章 附 则

第三十三条 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。跨省异地就医联网直接结算按照国家有关规定执行。

第三十四条 住院按病种付费政策另行规定。

第三十五条 政策整合后，待遇低于原有标准的，原政策可暂保持不变，用 1-2 年时间逐步向全市统一标准过渡。

第三十六条 以 7 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，特殊情况报市医疗保障局研究后决定。

第三十七条 今后医保保障待遇标准及政策由市医疗保障局根据基金承受能力会同有关部门动态调整。

第三十八条 本《办法》自 2019 年 7 月 1 日起施行。

第三十九条 本《办法》由市医疗保障局负责解释。

- 附件：1.安徽省城乡居民医疗保险三级（省属）医院
2.常见（特殊）慢性病病种范围
3.安徽省城乡居民基本医保和大病保险负面清单

附件 1:

安徽省城乡居民医疗保险三级（省属）医院

中国科技大学附属第一医院（安徽省立医院），安徽医科大学第一附属医院，蚌埠医学院第一附属医院，皖南医学院弋矶山医院，安徽医科大学第二附属医院，安徽中医药大学第一附属医院，安徽中医药大学第二附属医院（安徽省针灸医院），中国人民解放军联勤保障部队第九〇一医院，武警安徽省总队医院，安徽省儿童医院，安徽省胸科医院，安徽省第二人民医院，蚌埠医学院第二附属医院，安徽医科大学第四附属医院，安徽医科大学附属巢湖医院，皖南医学院第二附属医院，安徽医科大学附属阜阳医院，安徽省中西医结合医院（安徽中医药大学第一附属医院西区），安徽医科大学附属口腔医院（安徽省口腔医院，视同省属三级医院管理）。

不在合肥市域内的省内部队医院、其他省属医院等纳入属地管理。

附件 2:

淮南市常见慢性病病种范围

常见慢性病病种范围（34 种）：高血压（II、III 级）、慢性心功能不全、冠心病、脑出血及脑梗死（恢复期）、慢性阻塞性肺疾病、溃疡性结肠炎和克罗恩病、慢性活动性肝炎、慢性肾炎、糖尿病、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、癫痫、帕金森病、风湿（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、硬皮病、晚期血吸虫病、银屑病、白癜风、艾滋病机会性感染、白塞氏病、强直性脊柱炎、肌萎缩、支气管哮喘、精神障碍（非重性）、肾病综合征、弥漫性结缔组织病、脑性瘫痪（小于 7 岁）、慢性肾功能不全、慢性前列腺炎、慢性盆腔炎、骨坏死。

淮南市特殊慢性病病种范围

特殊慢性病病种范围（18 种）：再生障碍性贫血、白血病、血友病、精神障碍（重性）、恶性肿瘤（放化疗）、慢性肾衰竭（尿毒症期）、器官移植术后（抗排异治疗）、心脏瓣膜置换术后、血管支架植入术后、肝硬化（失代偿期）、肝豆状核变性、

系统性红斑狼疮、淋巴瘤、骨髓瘤、骨髓增生异常综合征、心脏冠脉搭桥术后（抗排异治疗）、心脏起搏器置入术后（抗排异治疗）、肌萎缩性侧索硬化症（渐冻症）。

附件 3:

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	医疗服务项目收费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	不纳入	不纳入
6	《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
7	《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
8	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



淮南市医疗保障局行政规范性文件

序号	项目费用	按项目 报销	按保底 报销	大病保 险 报销
9	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
10	医疗机构发生的非医药费用	不纳入	不纳入	不纳入
11	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
12	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
13	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
14	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
15	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
16	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



淮南市医疗保障局行政规范性文件

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
18	各种不育（孕）症（另有规定的除外）	不纳入	不纳入	不纳入
19	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
20	临床实验类诊疗项目费用	不纳入	不纳入	不纳入
21	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
22	《药品目录》复方不予支付的中药饮片及药材费用	不纳入		
23	《药品目录》乙类药品个人先行支付费用	不纳入		
24	《药品目录》丙类（目录外）药品费用	不纳入		
25	《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		
26	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		

 淮南市医疗保障局行政规范性文件

序号	项目费用	按项目 报销	按保底 报销	大病保 险 报销
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