

六安市人民政府办公室文件

六政办〔2019〕18号

六安市人民政府办公室关于印发六安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

各县区人民政府，市开发区管委，市政府各部门、各直属机构：

经市政府同意，现将《六安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，请认真组织实施。



六安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《中华人民共和国社会保险法》《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）》（皖政办〔2019〕14号）、《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）》（皖医保发〔2019〕11号）规定，结合本市实际，特制定本实施办法。

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执行。

第二章 基本医疗保险门诊保障待遇

第三条 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、社区诊所等）发生的普通门诊政策范围内医药费用报销比例为55%，普通门诊起付线和年度基金报销限额分别为40元和130元。建档立卡贫困人口普通门诊免起付线，报销比例为70%（不含一般诊疗费），年度基金报销限额为260元。

参保居民在二级及以上医疗机构发生的普通门诊政策范围内

医药费用不予报销（建档立卡贫困人口除外）。

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。

第五条 普通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年度限额。

第六条 省内医疗机构发生的常见慢性病门诊医药费用报销比例 60%，按病种设定年度起付线和报销限额（见附件 1）。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。

省外医疗机构发生的常见慢性病门诊医药费用参照执行。

第七条 常见慢性病门诊政策范围内医药费用是指符合常见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《常见慢性病用药及诊疗目录》执行。

第八条 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。

第九条 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，年度内按就诊最高类别医疗机构计算 1 次起付线。特殊慢性病病种范围（见附件 2）。

省外医疗机构发生的特殊慢性病门诊医药费用参照执行。

第十条 特殊慢性病门诊政策范围内医药费用是指与病种相

关，且符合两个目录规定的用药、诊疗要求的费用。

第十一条 为满足特殊慢性病治疗需要及国家谈判药品供应保障，原则上各县区可确定 1-2 家符合条件的定点零售药店，提供门诊购药、直接结算服务。金安区、裕安区定点零售药店由市医疗保障局统一确定，其他县区定点零售药店由县区医疗保障局确定，报市医疗保障局备案。

第十二条 恶性肿瘤辅助治疗（化疗）、人工器官移植术后抗排异治疗、尿毒症透析治疗的患者，暂继续执行现行政策。

第十三条 符合省残联等四部门《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。

第十四条 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报销范围，不计起付线，按 65% 比例报销。患者凭门诊病历、处方和发票，到统筹地区经办机构办理报销。年度累计报销限额为 2 万元。

罕见疾病等其他门诊报销制度由市医疗保障局另行制定。

第十五条 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

第十六条 普通住院起付线与报销比例

市内一级及以下医疗机构起付线 200 元，起付线以上至 500 元(含 500 元)，报销比例 70%；500 元以上的，报销比例 90%。

市内二级和县级医疗机构起付线 500 元，起付线以上至 1000 元(含 1000 元)，报销比例 70%；1000 元以上的，报销比例 80%。

市内三级医疗机构起付线 700 元，报销比例 70%。

市外省内医疗机构起付线 2000 元，报销比例 60%。

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 55%。

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。具体医疗机构由省医疗保障局发布。

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 25 万元。

第十八条 普通住院政策范围内医药费用是指符合两个目录和“安徽省城乡居民基本医保和大病保险负面清单”（以下简称负面清单，见附件 3）规定的纳入报销范围内的医药费用。

第十九条 普通住院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25万元。

第二十条 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%。

第二十一条 保底报销执行负面清单制度。

第二十二条 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。

第二十三条 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。

第二十四条 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。

第二十五条 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。

第二十六条 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。

第二十八条 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。

第二十九条 为满足参保居民就近就便住院需求，由市医疗保障局与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。

第三十条 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；非国家平台结算的，执行参保地医保目录。

第四章 基本医疗保险分娩住院保障待遇

第三十一条 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。

第三十二条 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。

第五章 基本医疗保险意外伤害住院保障待遇

第三十三条 参保城乡居民意外伤害住院报销政策暂按《六安市城乡居民基本医疗保险意外伤害保险管理办法（试行）》（六人社秘〔2016〕360号）执行。今后由市医疗保障局根据实际情况和基金承受能力动态调整。

第三十四条 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证据。

第六章 城乡居民大病保险保障待遇

第三十五条 一个保险年度内，参保居民负担的合规医药费用累计超过大病保险 2 万元的部分，大病保险基金分费用段按比例报销。

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

第三十六条 省内医疗机构大病保险封顶线 30 万元，省外医疗机构大病保险封顶线 20 万元。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，封顶线执行省内医疗机构 30 万元。

第三十七条 大病保险合规费用实行负面清单制度。

第三十八条 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

第三十九条 建档立卡贫困人口医保报销政策按照《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。

第四十条 住院按病种付费政策继续按安徽省卫计委《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）和《关于印发〈2019年度六安市城乡居民基本医疗保险按病种付费实施方案〉的通知》（六医保秘〔2019〕6号）执行。

第四十一条 今后医保保障待遇标准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。

第四十二条 本实施办法自2019年7月1日起施行。

第四十三条 本实施办法由市医疗保障局负责解释。

- 附件：1.六安市居民基本医保常见慢性病病种及限额
2.六安市居民基本医保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

六安市居民基本医保常见慢性病病种及限额

序号	病种	年度报销 限额（元）	报销 比例（%）
1	高血压（II、III级）	2400	60
2	慢性心功能不全	1800	60
3	冠心病	2400	60
4	脑出血及脑梗死（恢复期）	2700	60
5	慢性阻塞性肺疾病	2100	60
6	溃疡性结肠炎和克罗恩病	1800	60
7	慢性活动性肝炎	3300	60
8	慢性肾炎	2700	60
9	糖尿病	3600	60
10	甲状腺功能亢进	1500	60
11	甲状腺功能减退	1500	60
12	癫痫	1800	60
13	帕金森病	2100	60
14	风湿（类风湿）性关节炎	1800	60
15	重症肌无力	2700	60
16	结核病	1200	60

17	特发性血小板减少性紫癜	3300	60
18	硬皮病	2400	60
19	晚期血吸虫病	1200	60
20	银屑病	2100	60
21	白癜风	1500	60
22	艾滋病机会性感染	3900	60
23	白塞氏病	2400	60
24	强直性脊柱炎	2700	60
25	肌萎缩	2700	60
26	支气管哮喘	1800	60
27	精神障碍（非重性）	2700	60
28	肾病综合征	2700	60
29	弥漫性结缔组织病	2700	60
30	脑性瘫痪（小于7岁）	2100	60
31	慢性病毒性肝炎干扰素治疗期	11700	60
32	骨坏死	2700	60

附件 2

六安市居民基本医保特殊慢性病病种范围

特殊慢性病病种范围：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）。

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
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

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		
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

抄送：省医疗保障局，市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室。

六安市人民政府办公室

2019年6月13日印发