

安徽省医疗保障局 安徽省财政厅关于 进一步规范统一医保基金支付范围的通知

皖医保发〔2024〕7号

各市医疗保障局、财政局：

为进一步落实《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）要求，结合《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）精神，坚持目标导向、结果导向，按照公平普惠、应保尽保原则，规范优化我省基本医疗保险和大病保险保障相关政策，不断提升参保群众获得感。现就有关事项通知如下：

一、规范统一医保基金支付范围

按照国家医疗保障待遇清单制度要求确定医保基金支付范围，基本医疗保险（职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险）按照规定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围支付。大病保险、医疗救助支付范围参照执行。医保目录由负面清单制管理向正面清单制管理转变。居民大病保险年度封顶线为30万元。

二、优化完善医保待遇保障政策



提高医保基金支付范围内医疗费用报销水平，依规逐步扩大医疗服务项目、医用耗材医保支付范围，理顺异地就医报销政策，确保患者享受公平适度的医疗保障待遇。

（一）下调居民医保省内异地就医报销起付线。将省内临时异地就医住院治疗的，一级及以下、二级和县级、三级（市属）、三级（省属）医疗机构起付线由原来增加1倍下调为0.5倍，进一步扩大基本医保段报销受益面。

（二）降低部分医保药品和项目个人先行自付比例。国家医保谈判药品、“双通道”管理药品、纳入基本医保部分支付的医疗服务项目，个人先行自付比例高于20%的，统一下调至20%；低于20%的，继续按照现行比例执行。进一步减轻患者医疗费用负担，推动国家医保谈判创新药落地使用，促进医疗服务发展。

（三）逐步提高门诊保障待遇水平。逐步提高居民医保普通门诊统筹年度支付限额，将报销范围从参保县域内一级及以下医保定点医疗机构拓展到参保市域内一级及以下医保定点基层医疗机构。实行门诊慢特病动态调整机制，逐步扩大门诊慢特病病种范围。

（四）理顺居民医保异地就医报销比例。对省内临时外出就医的，已办理转诊手续的报销比例在参保地相同级别医疗机构基础上下降5个百分点；未办理转诊手续的报销比例在参保地相同级别医疗机构基础上下降15个百分点。对省外临时外出就医的，

已办理转诊手续的报销比例为 60%，未办理转诊手续的报销比例为 50%。对办理异地长期居住医保备案的异地长期居住人员，在省内或省外长期居住、生活、工作地就医的，起付标准、支付比例、最高支付限额等执行参保地规定的本地就医时的标准。

三、健全罕见病用药保障制度

对国家《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，罕见病患者在省内发生的符合药品法定适应症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。0—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%，支付金额计入大病保险年度最高支付限额。特困人员、低保对象和返贫致贫人口发生以上费用，可继续享受大病保险倾斜支付政策，起付线降低 50%、报销比例提高 5 个百分点，取消年度封顶线。省外异地就医的，办理异地长期居住医保备案的按照省内政策执行；已办理转诊手续的大病保险各段报销比例下降 10 个百分点，未办理转诊手续的大病保险各段报销比例下降 20 个百分点。

四、发挥医疗救助托底保障作用

因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病参保患者，按照户申请、村（社区）评议、乡镇（街道）审核、县级医保、民政等部门联合确定的程序，认定为救助对象的，在

身份认定前当年内个人自付的合规医疗费用可依申请追溯给予相应救助。

五、支持商业补充医疗保险有效衔接

支持商业保险公司按照市场化、规范化、利民化的原则，积极配合商业补充医疗保险主管部门不断优化“安徽惠民保”产品方案，逐步提高与基本医保目录外费用的衔接保障水平。支持参保人员使用职工医保个人账户资金为本人或直系亲属购买“安徽惠民保”。在开展政策宣传和参保动员宣传时，充分尊重群众参保意愿，坚持自愿参保原则，严禁与参加基本医保“捆绑”，禁止硬性摊派任务。通过构建多层次医疗保障体系，进一步提高参保人员医疗保障水平，减轻重特大疾病医疗费用负担。

本通知自 2025 年 1 月 1 日起施行。具体由省医保局会同省财政厅负责解释。

安徽省医疗保障局 安徽省财政厅

2024 年 12 月 13 日

（此件公开发布）