

合肥市人民政府办公室关于印发《合肥市基本医疗保险待遇保障实施细则》的通知

各县（市）、区人民政府，市政府各部门、各直属机构：

《合肥市基本医疗保险待遇保障实施细则》已经 2021 年 12 月 16 日市政府第 106 次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真遵照执行。

2021 年 12 月 30 日

合肥市基本医疗保险待遇保障实施细则

第一章 总 则

第一条 为规范基本医疗保险待遇，保障参保人员合法权益，根据《合肥市基本医疗保险办法》（合肥市政府令第 213 号）等有关规定，制定本细则。

第二条 本细则适用于本市职工基本医疗保险、职工生育保险、城乡居民基本医疗保险参保人员的参保缴费、待遇保障和服务管理等工作。

第三条 本细则所称政策范围内费用是指符合国家和省基本医疗保险药品、医疗服务项目目录等规定的医疗费用。

起付标准是指政策范围内医疗费用在医保基金支付前，由个人自付的费用。先付费用是指参保人员使用乙类药品、国家谈判药品、可单独收费的医用耗材时，个人按一定比例先行自付的费用。支付比例是指政策范围内医疗费用扣除起付标准、先付费用后，医保基金支付的比例。

第二章 职工医保

第四条 参保职工达到法定退休年龄或退休时，应当到医保经办机构办理职工医保缴费年限审核手续。缴费年限不足的，参保人员应按规定补缴，自补缴次日享受职工医保待遇。

在本市退休按月领取基本养老金且未纳入职工医保保障范围的退休人员，可自愿向属地医保经办机构提出补缴申请，自补缴次日享受职工医保待遇。

第五条 在职职工个人按 2% 费率缴纳的职工医保费全部划入本人个人账户。退休人员个人账户由统筹基金按月定额划入，2022 年按照 150 元/月划入，今后根据国家及省规定相应调整。

参保人员转出医保关系、出国（境）定居注销户籍、死亡等情形，应当按规定转移、清算个人账户。其中，参保人

员死亡的，由其继承人或受遗赠人到医保经办机构办理个人账户清算手续。

第六条 参保人员发生政策范围内普通门诊（含急诊）医疗费用，统筹基金按下列规定支付：

（一）在职职工在本市职工门诊统筹定点医疗机构发生的普通门诊费用，医保基金年度起付标准为 1000 元，支付限额为 4000 元，在社区卫生服务中心（乡镇卫生院，以下简称基层医疗机构）、市（县）级及其他医疗机构、省级医疗机构普通门诊支付比例分别为 60%、55%、50%；退休人员年度起付标准为 800 元，支付限额为 5000 元，各级医疗机构的支付比例分别提高 5 个百分点。

（二）通过处方流转平台在定点零售药店发生的外配处方购药费用可纳入基金支付，支付比例按 55% 执行。

（三）参保人员住院期间发生的普通门诊费用、慢性病和特殊病（以下简称慢特病）门诊费用、孕产妇门诊产检费用以及健康体检、疫苗接种等不属于基本医疗保险支付范围的费用，普通门诊统筹基金不予支付，不计入普通门诊费用累计范围。

（四）普通门诊医疗费用不纳入大病保险、医疗救助基金支付范围。

第七条 参保职工患有我市规定的门诊慢特病病种，可以向医保经办机构申请慢特病门诊待遇。按照我市慢特病门

诊待遇报销后的个人自付费用不纳入普通门诊费用累计范围。具体办法由市医疗保障部门另行制定。

第八条 参保人员在定点医疗机构发生政策范围内住院医疗费用，统筹基金按下列规定支付：

本市一级及以下（含乡镇卫生院、社区卫生服务中心，下同）、二级、三级医疗机构基金起付标准分别为 200 元、400 元、600 元；一个年度内住院两次及以上的，自第二次住院起基金起付标准减半。一级及以下、二级、三级医疗机构支付比例分别为 94%、92%、90%；退休人员在一级、二级、三级医疗机构的基金支付比例分别为 97%、96%、95%。

第三章 职工生育保险

第九条 参保职工在定点医疗机构生育、实施计划生育手术的，医保基金按下列规定支付相关费用：

（一）生育前（含 7 个月以上引产）的产前检查费用实行按人头定额补助，在办理生育医疗（引产）费用在院结算时，一次性发放，补助标准为每人 800 元。

（二）住院分娩费用实行定额支付。顺产（自愿剖宫产）、助娩产、剖宫产医保基金支付限额分别为 3000 元、3500 元、5000 元。生育多胞胎的，每多生育 1 名婴儿医保基金支付限额增加 10%。基金支付限额以上费用由参保人员个人承担。

(三) 计划生育手术费用实行定额支付。放置、取出宫内节育器为 240 元；怀孕 4 个月以内流产门诊、住院分别为 500 元、800 元，怀孕 4 个月以上流产为 1500 元；怀孕 7 个月以上引产为 3000 元；输卵（精）管绝育术补助 1500 元；输卵（精）管复通术 3500 元。

(四) 怀孕期间、生育当期、产假期间和计划生育手术当期有合并症或并发症住院的，按职工医保普通住院政策执行。生育、计划生育手术当期合并症、并发症住院按普通住院结算的，不再享受住院分娩费用定额支付政策。

(五) 参保男职工配偶未享受生育医疗费用待遇的，生育医疗费用定额补助 1200 元。

第十条 参保人员凭有效身份凭证（身份证、医保电子凭证、社保卡）在本市定点医疗机构实行生育医疗费用直接结算。定点医疗机构在入院登记时，应当将参保人员生育证（或生殖保健服务证，下同）相关信息上传医保结算信息系统。参保人员异地生育无法直接结算的，在医疗终结后 6 个月内，凭身份凭证、生育证、医疗费用发票、费用清单、病历资料等到参保地医保经办机构申请生育医疗费用待遇。

第十一条 参保女职工在生育、计划生育手术后 6 个月内，可通过医保网上服务平台、生育定点医疗机构医保部门或参保地医保经办机构申请生育津贴待遇。申请时应当提供

身份凭证、生育证、计划生育诊断和手术相关病历资料。生育津贴于申请的次月按月发放。

第十二条 参保女职工生育时，用人单位中断缴费的，生育医疗费用按职工医保中断缴费规定处理。生育津贴发放期间用人单位中断缴费 1 个月内补缴的、用人单位变动并在 3 个月内接续参保缴费的，连续享受生育津贴待遇；超过规定时限的，自补齐缴费次月起享受剩余生育津贴待遇，中断期间生育津贴由用人单位承担。生育津贴发放期间用人单位发生变动的，生育津贴按变动前后用人单位生育津贴标准加权平均数计发。

第四章 居民医保

第十三条 居民医保集中参保期为每年 9 月 1 日至 12 月 31 日，待遇享受期为次年 1 月 1 日至 12 月 31 日。居民首次参保的，凭户口簿或居住证在户籍或居住地社区（村）居委办理参保手续；上年已参保的，可以通过医保网上服务平台自助参保缴费。在校大学生由学校组织参保缴费。高校新入学学生在集中参保期内参加下年度居民医保的，自参保缴费之日起享受居民医保待遇。

非集中参保期符合补办参保条件的，在户籍或居住地乡镇（街道，下同）补办参保手续。动态新增特困人员、低保

对象、返贫致贫人口、脱贫不稳定和纳入农村低收入监测人口未参保的，由县（市）区医保部门组织乡镇做好参保补缴费工作。

第十四条 参保居民在定点医疗机构发生的政策范围内门诊医疗费用，居民医保基金按下列规定执行：

（一）**基层普通门诊**。在参保地基层医疗机构、一体化管理的村卫生室和社区卫生服务站发生的门诊医疗费用（含一般诊疗费），医保基金按照 60% 比例支付，单次最高支付限额分别为 50 元、20 元，年度基金累计最高支付 100 元/人。

（二）**大额普通门诊**。在参保地二级及以上医疗机构（或经申请符合条件的基层医疗机构，下同）发生的门诊医疗费用（不含慢特病门诊以及健康体检、疫苗等不属于医保支付范围的费用），单次达到 200 元且年度累计超过 500 元的，超过部分医保基金按照 60% 比例支付，年度基金累计最高支付 2000 元/人。在市内跨县（市）域发生的大额普通门诊费用，医保基金支付比例降低 10 个百分点。

（三）**大学生普通门诊**。在校大学生普通门诊统筹资金按照 50 元/人标准由学校统筹包干使用，学校可以按学年进行保障，不再享受基层普通门诊和大额普通门诊待遇。

（四）**慢特病门诊**。参保居民患有我市规定的门诊慢特病病种，可以申请慢特病门诊待遇；高血压、糖尿病参保患

者未达到门诊慢特病标准需要门诊长期治疗的，纳入门诊用药保障范围。具体办法由市医疗保障部门另行制定。

第十五条 参保居民在定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费用，居民医保基金按下列规定支付：

（一）本地住院。本市一级及以下医疗机构、二级和县级医疗机构、市属三级医疗机构、省属三级医疗机构，基金起付标准分别为 200 元、500 元、700 元、1000 元，支付比例分别为 90%、85%、80%、75%。未经转诊跨县（市）域在三级及以下、省属三级医疗机构住院治疗的，起付线增加 1 倍，报销比例分别降低 10、15 个百分点。急诊抢救、传染病、恶性肿瘤以及通过县域医共体牵头医院转诊的，起付标准和报销比例不变。

参保学生、18 周岁及以下居民住院起付标准减半。

恶性肿瘤放化疗（含靶向治疗）、脑瘫康复等需要分疗程间段多次住院患者，在同一医疗机构住院的，一个年度内只计算一次起付标准。

（二）保底报销。住院起付标准以上符合规定的医疗费用实行保底报销，报销比例为 45%。

第十六条 参保居民按规定享受下列其他待遇：

（一）住院分娩补助。参保居民住院分娩发生的医疗费用定额补助 1200 元。参保居民妊娠期、分娩期发生并发症、

合并症住院医疗费用，按照住院医保待遇执行，不再享受定额补助。

（二）残疾人配备辅助器具补助。残疾人装配辅助器具按照装配费用的 50% 比例给予补助，补助周期五年。下肢残疾人装配下肢假肢，每具大腿假肢最高补助 2000 元，每具小腿假肢最高补助 1000 元；7 周岁及以下听力障碍儿童配备助听器，每只最高补助 3500 元。符合规定的残疾人，凭残疾人证复印件、辅助器具装配单及发票在参保地经办机构办理补助手续。

第五章 大病保险

第十七条 参保人员在定点医药机构发生符合规定的住院和慢特病门诊医疗费用经基本医保报销后，个人承担部分由大病保险基金按下列规定支付：

（一）大病保险起付标准为 1.5 万元。

（二）大病保险实行累计分段按比例支付，起付标准（不含本数，下同）以上费用分段按比例支付。5 万元以下（含本数，下同）基金支付比例 60%、5 万元以上 10 万元以下基金支付比例 70%、10 万元以上 20 万元以下基金支付比例 75%、20 万元以上基金支付比例 85%。

特困人员、低保对象、返贫致贫人口大病保险起付标准降低 50%，各分段支付比例分别提高 5 个百分点。

第十八条 大病保险实行负面清单制度，属于省医疗保障部门规定的负面清单范围内的住院和慢特病门诊医疗费用不纳入大病保险保障范围。

第六章 就医结算服务

第十九条 参保人员在本市定点医药机构发生的医药费用实行联网结算，个人只需支付由个人承担的部分，医保基金承担的部分由医保经办机构与定点医药机构结算。定点医药机构应当完整上传就医诊疗和购药信息进行联网结算，无正当理由不得让参保人员自费结算相关费用。

第二十条 参保人员使用乙类药品、国家谈判药品、可单独收费医用耗材的先付比例为：乙类药品由市医疗保障部门根据医保基金使用情况确定；国家谈判药品按省规定执行；可单独收费医用耗材国产、进口分别为 20%、50%。部分支付类医疗服务项目暂不设先付比例。

第二十一条 鼓励家庭医生签约服务，医保基金按照签约服务考核情况给予补助。具体办法由市医疗保障部门会同市财政、市卫生健康部门另行制定。

第二十二条 鼓励基层首诊、双向转诊。实行双向转诊的，免除上转首次及下转第二次住院起付费用。

第二十三条 参保居民在本市医养结合定点机构发生的住院医疗费用，按二级医疗机构住院起付标准、基金支付比例执行，一个年度计算一次起付标准。医保基金与定点机构实行床日费用限额标准下据实结算。具体办法由市医疗保障部门另行制定。

第二十四条 参保人员在定点医疗机构发生的日间手术、日间放化疗、器官捐献手术（不含器官源或组织源费用以及院外配型、检测检验、运输、储存等费用），以及急诊抢救留观期间死亡的，按照普通住院报销政策执行。

第二十五条 参保人员发生意外伤害在本地住院的，医疗机构应当如实记录意外伤害经过，无第三方责任或无法确定第三方的，参保人员应提供承诺书，医疗机构按规定联网结算。因第三方造成伤病的，超过第三方责任部分的医疗费用，由医保基金按规定支付，参保人员医疗终结后持相关材料到参保地医保经办机构手工报销。第三方责任大小依据人民法院或者有关部门出具的生效的法律文书认定。

第二十六条 异地就医实行备案管理，医保结算实行就医地管理。具体办法由市医疗保障部门另行制定。

第二十七条 医保经办机构应当制订经办规程，优化经办服务，指导医药机构全面落实各项医保政策。医药机构提

供医保服务时遇到自身无法处理的特殊问题，应当及时与医保经办机构联系，在医保经办机构指导下处理，医保经办机构、医药机构不得相互推诿。

第二十八条 定点医疗机构提供医疗服务和医保结算过程中应当遵守下列规定：

- （一）设立专门的医疗保险管理部门和医疗保险窗口；
- （二）提供医疗费用日明细清单查询服务；
- （三）使用医保部门统一规定的结算单。

第七章 附 则

第二十九条 《合肥市基本医疗保险办法》（合肥市人民政府令第 213 号）实施前，参保职工欠缴的职工医疗救助保险费按照原渠道清欠。

第三十条 本细则由市医疗保障局负责解释。

第三十一条 本细则自 2022 年 1 月 1 日起施行，有效期 3 年。原相关政策规定与本细则不一致的，以本细则规定为准。国家、省有新规定的，从其规定。