

# 医保政策汇编与操作手册

医保办

**2019 年度**

# 目录

第一部分 基本管理要求.....	1
第二部分 医保政策.....	4
第一章 安徽省直城镇职工医保.....	4
第一节 门诊.....	4
第二节 住院.....	5
第三节 生育保险.....	6
第二章 合肥市医保.....	7
第一节 合肥市城乡居民医保.....	7
第二节 合肥市在校大学生医保.....	13
第三节 合肥市城镇职工医保.....	14
第四节 生育保险.....	16
第三章 省内异地就医.....	17
第四章 跨省异地就医.....	21
第五章 新农合.....	22
第一节 安徽省新农合.....	22
第二节 安徽省健康扶贫.....	23
第三节 跨省新农合.....	24
第三部分 法规.....	25
安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法（第 284 号）.....	25
安徽省医疗保障协议医师管理实施细则（试行）.....	28
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）.....	33

## 第一部分 基本管理要求

**一、把握入院标准：**所有患者必须先门诊后住院，除急危重病人外不得直接收治住院。同时要杜绝参保患者小病大养，挂床、挂牌、入院体检、开药的现象。

**二、保证人证相符：**接诊医师要严格把关，在确保人证相符后，方可开入院通知，病区护理单元负责进行终极身份识别，做到患者身份和社会保障卡（身份证）的信息相符，发现人、证不符时按自费处理并及时上报医保办，严防冒名顶替的现象发生。

**三、坚持合理诊疗：**在医保规定的范围内，坚持“因病施治、合理用药、合理检查”的原则，最大限度减少和杜绝不必要的检查和重复检查，充分利用基层医院检查结果。

**四、意外伤害区别：**合肥市域外所有城乡居民医保、异地就医患者意外伤害一律按自费住院，出院后回当地医保中心办理报销。省直城镇职工医保、合肥市城镇职工医保、城乡居民医保除自行受伤外一律按自费住院，自行受伤的患者需签《合肥市基本医疗保险意外伤害无第三方责任人承诺书》并按医保结算。

**五、参保患者请假：**住院医保患者原则不允许离院或回家住宿，如有特殊情况外出请假（最多一次机会），需患者或监护人详细说明事由并签字，由管床医师、责任护士签字后方可外出。未办理离院手续的按挂床住院处理，出院时按自费结算，患者所发生的医疗总费用不计入科室业务收入。

**六、自费药品告知：**住院治疗的参保患者，必须坚持以甲类药为主，乙类药为辅、控制使用自费药的原则，如需使用自费药，医师应及时告知患者或家属，并签字认可，否则费用由医师个人承担。

**七、用药规范合理：**住院治疗的参保患者，医师需首选价格低廉、疗效确切的药品，同时要认真查阅药品说明书，掌握药品的使用范围及适应证，具有同等功效的药品不得同时并用。辅助用药（含中成药）单次住院期间只能使用一个品种，使用疗程不得超过两周，若需要同时使用两个或两个以上的、使用时间需延长的须报医务部审批，通过后方可使用。

**八、执行处方规定：**

门诊：常见病处方不超过 5 天给药剂量，急性病处方不超过 3 天给药剂量，慢性疾病处方不超过 14 天给药剂量；门诊特殊病处方不超过 30 天给药剂量。

住院：严把出院带药关，只能提供与疾病治疗有关的药品（限口服药）；急性病不得超过 7 天量，慢性病不超过 15 天量，品种数不超过 4 个。

**九、病历资料完整：**住院治疗的医保患者，必须要按医嘱用药、检查、治疗。严禁搭车开药、超量开药、冒名顶替检查和治疗。要做到用药有医嘱，检查有医嘱有报告，大型检查有审批，各种治疗或医疗服务有医嘱，有详细的治疗及医疗服务记录。严禁出院带一切检查和治疗项目费用。

**十、按照标准收费：**各科室要严格按政府规定的收费标准合理收费，不许分解收费，超标准收费，更不许私立收费项目收费，做到医嘱记

录与收费相一致。

**十一、合理控制费用：**坚持合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，对住院费用超五万元的在院病历要进行科内讨论，制定合理的控费方案，并由科主任签字执行。严格控制医保患者使用特殊（高值）医用耗材，如根据病情必须使用时，需到医保办办理审批备案手续，急诊手术的可在术后3日内补办审批备案手续。

**十二、住院押金收取：**参保患者住院期间所交的住院押金不得低于医疗费用总额的50%，异地医保、城乡居民参合患者需按医疗费用总额的60%收取住院押金；省内建档贫困患者免交住院押金，入院前至医保办签订贫困就医协议，享受“先诊疗后付费”医疗待遇，出院结算时交齐个人支付部分。

**十三、掌握转科（院）适应症：**无直接因果关系的两种或两种以上的病种一律不准转科，需重新办理住院手续。因我院检查、治疗条件有限，难以诊治的参保患者，应及时办理转院手续。

**十四、24小时内出院：**患者住院不足24小时自己要求出院、转院的，发生的费用原则上按自费办理出院，特殊情况下报告医保办。

**十五、门诊特病引导：**对合肥市需长期门诊治疗的特殊病患者，可引导患者至医保办咨询办理特殊病门诊卡的相关手续。

**十六、生育住院要求：**合肥市城镇职工（省直）参保人员生育、流产属于生育范围内的，按“住院生育（合肥市医保）、住院生育（省直）”进行结算；异位妊娠、宫外孕等特殊病情确诊后按合肥市城镇职工（省直）基本医疗保险结算。合肥市城乡居民参保人员根据生育情况维护

特定诊断（顺产或剖宫产），实行定额补助。住院保胎按自费结算。

**十七、医保不予支付项目：**在我院住院治疗的参合患者，外请专家费及与治疗无关的医疗费用，一律由参保患者个人支付；PET-CT、基因测序等检查门诊交费，由参保患者个人支付，医保不予支付。以上所发生的费用不得住院记账。

**十八、医保不予支付情景：**

- (1) 因公（工）负伤；
- (2) 犯罪、斗殴、酗酒、自残、自杀、交通事故、医疗事故等。

## 第二部分 医保政策

### 第一章 安徽省直城镇职工医保

#### 第一节 门诊

1、普通门诊：按自费就诊。

2、特殊病门诊<含申报流程>

序号	病种	门槛费	(元/月)	享受期
1	肾透析	400	200	长期
2	肾移植			
3	高血压三期			
4	冠心病			
5	糖尿病			
6	肝硬化			
7	恶性肿瘤			
8	精神病			

患有门诊特殊病种的参保人员，提出申请

填写《安徽省直基本医疗保险特殊病种门诊申请表》（需三级医院诊断盖章，我院医保办盖章和一张一寸彩照）

报送我院井岗路院区医保办，电话 0551-65746769

医保办代办特殊病门诊申请手续，办理成功后通知患者拿《特殊病门诊医疗卡》

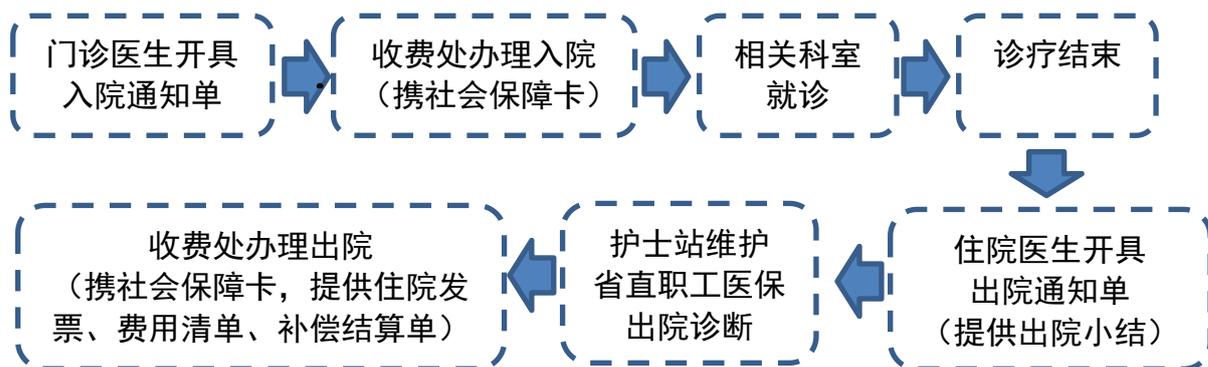
患者取得《特殊病门诊医疗卡》，到医院国医堂就诊，享受特殊病门诊待遇

## 第二节 住院

### 1、住院报销：

起付标准（门槛费）			报销比例		
首次住院	第二次住院	第三次及以上	统筹基金支付段 (0-15万)	医疗救助费用段	
				(15-25万)	(25-30万)
400	200	0	在职 92%，退休及 30 年以上工龄 96%	在职 90%，退休及 30 年以上工龄 95%	在职 95%，退休及 30 年以上工龄 97.5%

### 2、住院流程：



### 第三节 生育保险

分类	项目	结算标准 (单位：元)	备注
		省生育	
门诊	产前检查	900	包括：测血压、体重、尿常规、血常规、生化全套、免疫三项、B超等
	3个月以下流产	300	
	放置和取出宫内节育器	150	宫内节育器取出伴有嵌顿、断裂、变形、异位或绝经期1年以上者住院费用按项目据实结算
住院	3个月以下住院流产	700	
	3至7个月期间住院流产	1400	
	顺产	3000	
	助娩产	3500	
	剖宫产	5000	
	输卵管或输精管结扎术	1500	
	输卵管或输精管复通术	3500	
	生育并发症	三个目录内根据项目据实结算	
	计划生育手术当期并发症		
生育当期合并症			

## 第二章 合肥市医保

### 第一节 合肥市城乡居民医保

#### 1、门诊

门诊	就医地点	内 容
普通门诊	一级医院	按 80%比例支付单次最高支付 50 元，年度累计最高 100 元
大额门诊	二级及以上医院	单次达到 300 元，且年度累计超过 600 元超过部分按 40%报销，年度累计不超过 1500 元
特殊病门诊	一级及以上医院	起付线及报销比例参照定点医院住院标准执行，包括高血压病在内的 44 种疾病纳入特殊病范围（后期文件增加 12 个病种）

#### 2、特殊病门诊支付限额及待遇（复审）期限

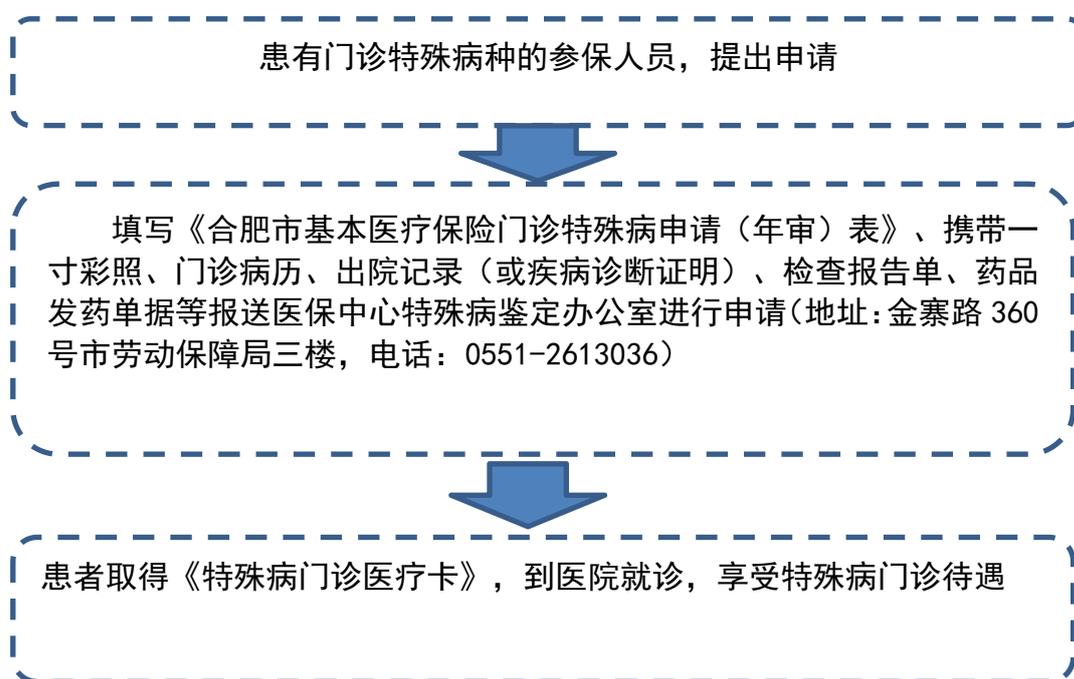
序号	病种名称	基金年支付限额		待遇（复审） 期限
		职工	居民	
1	高血压病	3600	3000	长期
2	冠心病	3600	3000	长期
3	心功能不全	3600	3000	长期
4	脑出血（脑梗死）	3600	3000	长期
5	原发性肺动脉高压	3600	3000	长期
6	慢性阻塞性肺疾病	3600	3000	长期
7	支气管哮喘	3600	3000	2 年
8	溃疡性结肠炎	9000	7500	长期
9	克罗恩病	9000	7500	长期
10	肝硬化	3600	3000	长期
11	慢性乙型病毒性肝炎	6000	5000	2 年

序号	病种名称	基金年支付限额		待遇(复审)期限
		职工	居民	
12	慢性丙型病毒性肝炎	44000	38000	6个月
13	自身免疫性肝病	6000	5000	长期
14	糖尿病	3600	3000	长期
15	甲状腺功能亢进	2400	2000	2年
16	慢性肾脏病	3600	3000	长期
17	肾病综合征	3600	3000	2年
18	肾透析	70000	60000	长期
19	类风湿性关节炎	3600	3000	长期
20	系统性红斑狼疮	4800	4000	长期
21	强直性脊柱炎	3600	3000	长期
22	白塞氏病	3600	3000	长期
23	系统性硬化病	3600	3000	长期
24	重症肌无力	3600	3000	长期
25	运动神经元病	10000	8200	长期
26	多发性硬化	10000	8200	2年
27	癫痫	3600	3000	长期
28	帕金森病	4800	4000	长期
29	老年痴呆	4800	4000	长期
30	精神障碍	3600	3000	长期
31	结核病	4800	4000	2年
32	艾滋病机会感染	4800	4000	长期
33	湿性年龄相关性黄斑病变	单眼定额: 第一年 18000 第二年 18000 第三年 4500	单眼定额: 第一年 15200 第二年 15200 第三年 3800	3年
34	银屑病	3600	3000	2年
35	心脏瓣膜置换或血管支架植	6000	5000	1年

序号	病种名称		基金年支付限额		待遇(复审)期限
			职工	居民	
	入术后				
36	器官移植术后	肝移植	第一年 60000 第二年 30000 第三年及以后 20000	第一年 50000 第二年 25000 第三年及以后 16600	长期
		造血干细胞移植			
		实体器官移植	60000	48000	
37	儿童先天遗传类疾病		-	20000	2年
38	小胖威利症		-	20000	2年
39	肝豆状核变性		20000	20000	2年
40	小儿脑瘫		-	20000	2年
41	血友病		20000	20000	长期
42	再生障碍性贫血		24000	20000	2年
43	慢性髓系白血病		30000	25000	2年
44	恶性肿瘤	肿瘤术后	5000	4100	长期
		门诊化疗 (含灌注治疗)	24000	20000	2年
		内分泌治疗	20000	16600	2年
		靶向治疗	48000	40000	1年
	恶性肿瘤 (新增)	淋巴瘤	-	参照恶性肿瘤支付标准	
		多发性骨髓瘤	-	参照恶性肿瘤支付标准	
		骨髓增生异常综合征	-		
		骨髓增生性疾病	-		
45	甲状腺功能减退		-	2000	长期
46	免疫性血小板减少性紫癜		-	3000	长期
47	晚期血吸虫病		-	3000	长期
48	白癜风		-	3000	2年
49	肌萎缩		-	3600	1年

序号	病种名称	基金年支付限额		待遇(复审)期限
		职工	居民	
50	弥漫性结缔组织病	-	3600	长期
51	心脏冠脉搭桥术后	-	5000	1年
52	心脏起搏器植入术后	-	1000	长期

申请流程:



### 3、住院

住院	覆盖区域	起付标准（元）		报销比例
		普通居民	在校学生及18岁以下居民	医保基金(30万元)
市本级	蜀山区、庐阳区、瑶海区、包河区、高新区、政务区、滨湖新区、新站区、经开区	500	250	85%
四县一市	肥西县、肥东县、长丰县、庐江县、巢湖市	1000	500	85% 未转诊的下降5%

## 4、大病保险

参保居民患重大疾病发生的高额医疗费用，在享受城乡居民基本医疗保险待遇后，一个保险年度个人负担的合规医疗费用累计超过大病保险起付线部分，由大病保险给予保障。

大病保险待遇标准		普通居民	医疗救助对象
起付线		1.5 万元	0.5 万元
起付线以上部分	0-5 万元	60%	65%
	5-10 万元	70%	75%
	10-20 万元	75%	80%
	20 万元-30 万元	85%	90%

## 5、蜀山区民政救助

### 1) 救助对象

城乡医疗救助对象为户籍在蜀山区的常住城乡居民：

(一) 城乡低保对象； (二) 农村五保对象； (三) 重点优抚对象； (四) 城乡低收入家庭（家庭人均月收入在合肥市城市居民最低生活保障标准 180%-200%之间）重病患者； (五) 经区民政部门研究认定的其他特殊困难人员。

### 2) 救助办法

#### 1) . 城乡低保对象

(1) 对患大病或重症慢性病的，凭其在定点医疗机构就医后的门

诊及住院发票，经医保统筹后个人自付部分给予 70%的救助，年度累计救助金额不超过 5 万元；

(2) 患有其他疾病的，凭其在医保定点医疗机构就医后的门诊及住院发票，经医保统筹后的个人自付部分给予 50%的救助，年度累计救助金额不超过 2.5 万元。

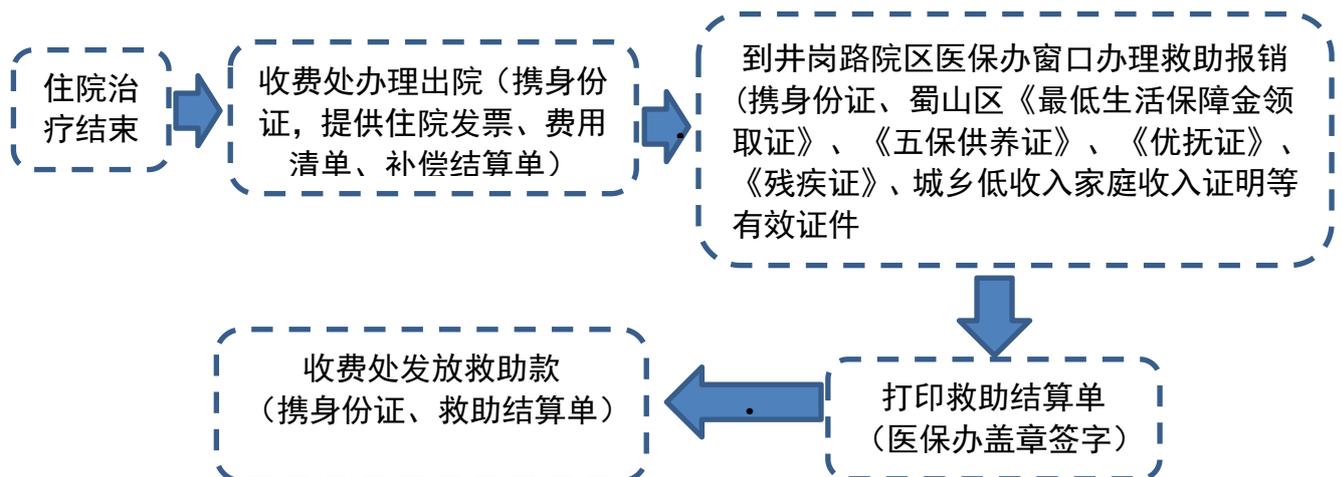
### 2) . 城乡低收入家庭重病患者

(1) 住院救助标准:个人自付金额在 1 万元至 2 万元的救助标准为自付金额的 30%，年度内累计救助金额不超过 1 万元；个人自付金额在 2 万元至 5 万元的，救助标准为自付金额的 40%，年度内累计救助金额不超过 2 万元；个人自付金额在 5 万元以上的，救助标准为自付金额的 50%，年度内累计救助金额不超过 3 万元；

(2) 对重症再生障碍性贫血、慢性肾功能衰竭尿毒症、艾滋病，需持有合肥市《门诊特殊病治疗卡》，凭其在定点医疗机构就医后的门诊和住院发票经医保统筹后的个人自付部分超过 1 万元的给予 50%救助，累计救助金额不超过 3.5 万元；

3) . 重点优抚对象和八十周岁以上的城乡低保对象，在规定救助标准的基础上再上浮 15%；

### 合肥市“蜀山区”城乡医疗救助报销流程



## 第二节 合肥市在校大学生医保

### 1、门诊

1) 普通门诊医疗统筹基金实行学校包干使用，按每位学生每年 30 元 的标准拨付高校包干使用。大学生医保参保人员在我院就诊发生的门 诊医疗费用按自费结算，凭门诊病历、发票等材料回各自学校报销。

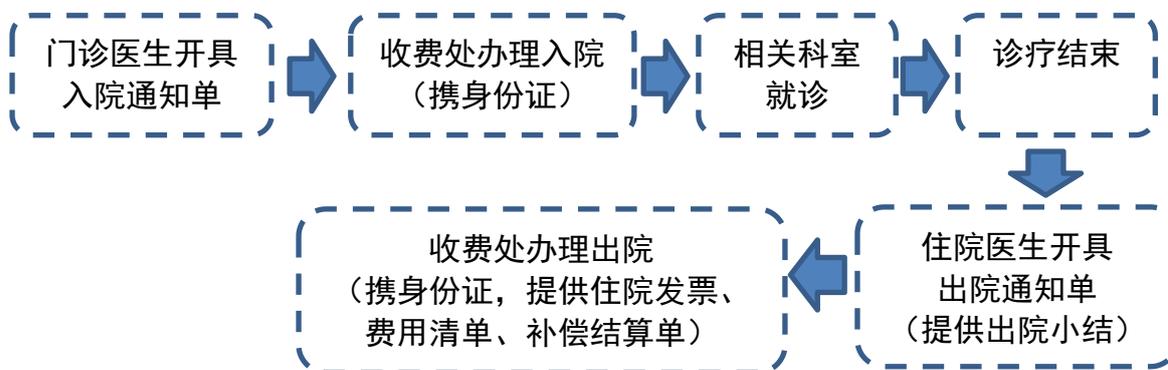
2) 特殊病门诊实施办法依据城乡居民医保特殊病门诊政策执行

### 2、住院

1)、住院待遇：

起付标准（门槛费）	报销比例	年度基金最高支付限额
250	85%	30 万

2)、住院流程：



### 第三节 合肥市城镇职工医保

#### 1、门诊

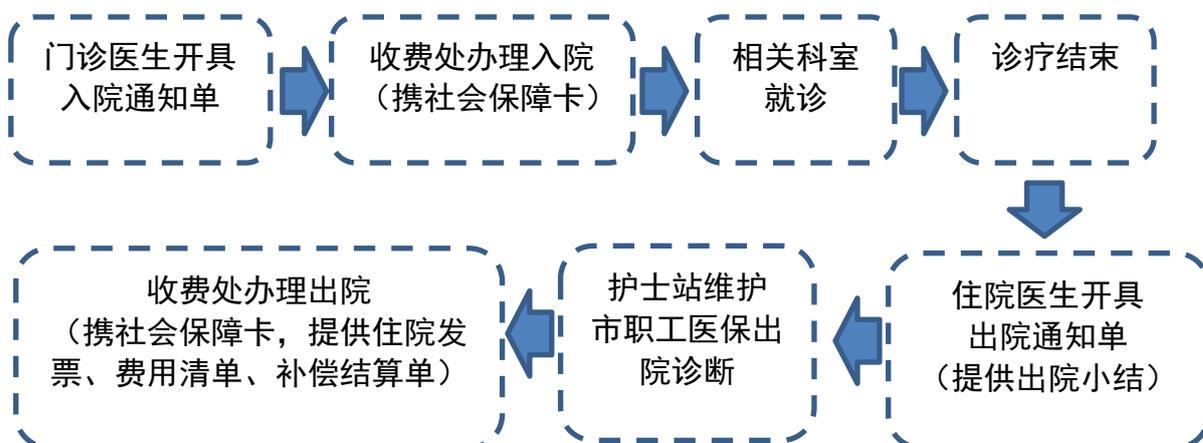
- 1) 普通门诊：持社会保障卡到门诊就诊
- 2) 特殊病门诊：实施办法依据城乡居民医保特殊病门诊政策执行  
<含申报流程>见合肥市城乡居民医保特殊病门诊

#### 2、住院

##### 1)、住院待遇：

住院	覆盖区域	门槛费 (元)	报销比例	医保基金 支付上限
市本 级	蜀山区、庐阳区、瑶海 区、包河区、高新区、 政务区、滨湖新区、新 站区、经开区	首次 400 元; 第二次及以上 减半	在职 92% / 退休及 30 年以上工龄职工 96%; 医保基金支付超 6 万元 以上报销比例为 96%。	30 万元
四县 一市	肥西县、肥东县、长丰 县、庐江县、巢湖市			

##### 2)、住院流程：



### 3、大病保险：

参保居民患重大疾病发生的高额医疗费用，在享受城乡居民基本医疗保险待遇后，一个保险年度个人负担的合规医疗费用累计超过大病保险起付线部分，由大病保险给予保障。

大病保险待遇标准		普通职工	计划生育、 特殊家庭父母
起付线		1.5 万元	0.5 万元
起付线以 上部分	0-5 万元	60%	65%
	5-10 万元	70%	75%
	10-20 万元	75%	80%
	20 万元-30 万元	85%	90%

## 第四节 合肥市生育

### 1、付费标准

医保类型	分类	项目	结算标准 (单位:元)	备注
城镇职工	门诊	产前检查	800	包括:测血压、体重、尿常规、血常规、生化全套、免疫三项、B超等
		3个月以下流产	300	
		放置和取出宫内节育器	120	宫内节育器取出伴有嵌顿、断裂、变形、异位或绝经期1年以上者住院费用按项目据实结算
	住院	3个月以下住院流产	500	
		3至7个月期间住院流产	1000	
		顺产	3000	
		助娩产	3500	
		剖宫产	5000	
		输卵管或输精管结扎术	1500	
		输卵管或输精管复通术	3500	
		生育并发症	三个目录内根据项目据实结算	
		计划生育手术当期并发症		
	生育当期合并症			
	城乡居民	合肥市城乡居民医保住院分娩定额补助 1200 元		

## 第三章 省内异地就医

### 第一节 总则与备案转诊流程

#### 1、总则

1)、安徽省内经参保地规范网上技术转诊或异地安置备案的职工医保、城乡居民医保，在我院实行异地就医联网结算。

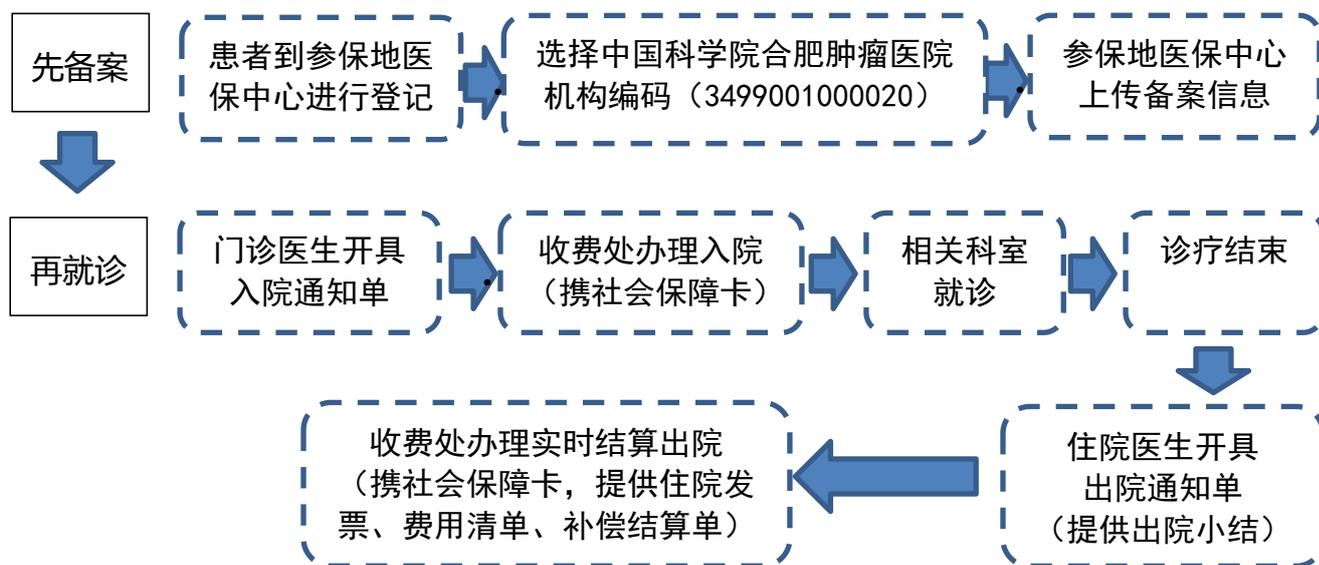
2)、就医地目录，参保地政策。

即按照安徽省医保“三大目录”执行，根据各参保地补偿政策标准进行报销。

3)、门急诊相关医疗费用回参保地咨询报销。

4)、生育相关医疗费用回参保地咨询报销。

#### 2、备案转诊流程



## 第二节 省内地市医保政策汇总

### 1、实施范围

安徽省非合肥地区的城镇职工、城乡居民。

### 2、办理条件

- 1) . 异地安置退休人员；
- 2) . 长期驻外工作、学习（一年以上）人员；
- 3) . 需要转外就医的人员；
- 4) . 其他符合异地就医条件的人员（含出差、探亲等其他外出期间因急症需要住院的参保人员）。

### 3、费用结算

报销比例及起付标准根据参保地政策执行、住院费用实时结算。城乡居民医保出院结算类型可分别按：1) 特慢病多疗程住院 2) 普通住院 3) 自费进行结算

附件（具体起付线及报销比例以当地的医保政策为准，以下所提供的数据仅供参考）：

住院	城镇职工		城乡居民	
	起付线/ 门槛费	政策性 报销比例	起付线/ 门槛费	政策性 报销比例
六安市	1200	92%	2000 元	转诊 60% 未转诊 50%
滁州市	350	90%	1200 元	转诊 70%

				未转诊 65%
蚌埠市	800	94%	2000 元	转诊 65% 未转诊 55%
淮南市	500	90%	1000 元	转诊 75% 未转诊 65%
安庆市	800	80%	1000 元	转诊 75% 未转诊 65%
池州市	840	92%	1000 元	转诊 75% 未转诊 65%
铜陵市	500	97%	1000 元	转诊 75% 未转诊 65%
阜阳市	600	82%	1000 元	转诊 75% 未转诊 65%
亳州市	200	78%	1000 元	转诊 80% 未转诊 85%
宿州市	550	76%	1000 元	转诊 75% 未转诊 65%
黄山市	500	92%	1000 元	转诊 75% 未转诊 65%
宣城市	500	92%	1000 元	转诊 75% 未转诊 65%
芜湖市	800	80%	1000 元	转诊 75%

				未转诊 65%
淮北市	800	80%	1000 元	转诊 75% 未转诊 65%

#### 4、安徽省各统筹地区社会保险经办机构联系电话

六安市人社局医保中心 0564-3376082

六安市金安区备案电话 0564-5150551

六安市裕安区备案电话 0546-5150727、3330861

六安市叶集区备案电话 0564-6496072

六安市舒城县备案电话 0564-8528700、8629444

六安市霍山县备案电话 0564-5032653、3912155

六安市金寨县备案电话 0564-7055011、7356873

六安市霍邱县备案电话 0564-2717171、2717390

淮北市人社局医保工伤生育中心 0561-3053025

亳州市人社局社保局 0558-5132323

宿州市人社局医保中心 0557-3066902

蚌埠市人社局医保中心 0552-2059648

阜阳市人社局医保中心 0558-2296121

淮南市人社局医保中心 0554-6881930

滁州市人社局医保中心 0550-3076004

马鞍山市人社局医保中心 0555-2354994

芜湖市人社局医保中心 0553-3991301

宣城市人社局医保中心 0563-2831559

铜陵市人社局社保中心 0562-2168723

池州市人社局医保中心 0566-2042415

安庆市人社局医疗生育保险中心 0556-5897104

黄山市人社局医保中心 0559-2320957

### 第三节 安徽省贫困人口

#### 1、门诊（180 政策）

贫困慢性病患者 1 个年度内门诊医药费用,经“三保障一兜底”补偿后, 剩余合规医药费用（包括限额内、限额外自付费用等）由补充医保再报销 80%

#### 2、住院（351 政策）

贫困人口通过基本医保、大病保险、医疗救助“两免两降四提高”等综合补偿后,在县域内就诊个人年度自付费用不超过 0.3 万元, 在市级医疗机构就诊个人年度自付费用不超过 0.5 万元, 在省级医疗机构就诊个人年度自付费用不超过 1 万元, 剩余合规医药费用实行政府兜底保障。

## 第四章 跨省异地就医

### 1、备案转诊流程



### 2、报销政策

1)、全国范围内经参保省规范网上技术转诊或异地安置备案的职工医保、居民医保, 在我院实行异地就医联网结报。

2)、就医地目录，参保地政策。

即按照安徽省医保“三大目录”执行，根据各参保地补偿政策标准进行报销。

3)、门急诊相关医疗费用回参保地咨询报销。

4)、生育相关医疗费用回参保地咨询报销。

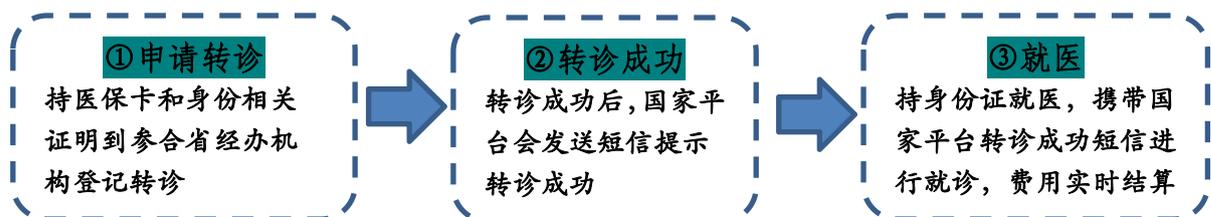
5)、未经规范转诊或异地就医备案的，出院后回参保地咨询报销。

需以下资料：结账发票、出院小结、费用清单

## 第五章 跨省新农合

1、覆盖区域：辽宁、吉林、海南、四川、贵州、西藏、陕西、甘肃

2、就医流程：



## 第三部分 法规与政策

### 安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法（第 284 号）

#### （摘录）

第十六条 协议医疗机构及其人员为参保人员提供基本医疗保险医疗服务，应当遵守下列规定

- （一）核验基本医疗保险凭证、身份证明；
- （二）提供规范、合理的医疗服务；
- （三）执行医疗服务价格规定；
- （四）执行基本医疗保险药品目录、医疗服务项目目录管理规定；
- （五）执行基本医疗保险费用结算制度；
- （六）主动出具医疗费用单据及相关资料；
- （七）关于基本医疗保险管理的其他有关规定。

协议医疗机构及其人员使用基本医疗保险基金支付范围以外的药品、医疗服务项目的，应当事先向参保人员或者其家属说明并经其同意，急诊、抢救等特殊情形除外。

第十七条 协议医疗机构及其人员为参保人员提供基本医疗保险医疗服务，不得有下列行为

- （一）无正当理由拒绝为参保人员提供医疗服务；
- （二）将应当由基本医疗保险基金支付的费用转由参保人员个人负担；

(三) 无正当理由拒绝实时联网结算，不为参保人员提供结算单据；

(四) 超出执业范围提供基本医疗保险医疗服务；

(五) 使用参保人员个人账户资金支付基本医疗保险基金支付范围以外的费用，或者套取个人账户资金；

(六) 将非参保人员的医疗费用纳入基本医疗保险基金支付范围，或者通过串换疾病诊断、药品、医疗服务项目等手段将基本医疗保险基金支付范围以外的医疗费用纳入支付范围；

(七) 违反疾病诊疗常规、技术操作规程等，为参保人员提供过度或者无关的检查、治疗，造成基本医疗保险基金损失；

(八) 将基本医疗保险结算信息系统提供给非协议医疗机构使用，或者将基本医疗保险业务交由非协议医疗机构办理；

(九) 采取挂床住院、分解住院、叠床住院等手段骗取基本医疗保险基金；

(十) 采取虚假住院或者虚假治疗等手段骗取基本医疗保险基金；

(十一) 伪造、变造医疗文书、财务账目、药品（医用材料）购销凭证等材料骗取基本医疗保险基金；

(十二) 违反药品或者医疗服务价格管理规定，擅自提高收费标准或者分解收费、重复收费，骗取基本医疗保险基金；

(十三) 其他违反基本医疗保险管理规定的行为。

### 第三十四条 协议医疗机构违反本办法第十七条规定的

由医保行政部门责令限期改正，逾期不改的，按照协议约定暂停 1 个月以上 6 个月以下的医疗保险结算关系，直至解除服务协议；

骗取医疗保险基金支出的，由医保行政部门责令退回骗取的基本医疗保险基金，并对协议医疗机构处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款；

直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，依法吊销其执业资格。

# 安徽省医疗保障协议医师管理实施细则（试行）

## （摘录）

### 积分管理

经办机构对医保医师实行积分累计考核管理，每个自然年度初始分值为12分。医保医师有违规行为的，扣除相应的分值。扣分在自然年度内累加计算，每年度末扣分清零。医保医师因违规被暂停医保医师资格的时间不受自然年度限制。

#### （一）扣分规则

1. 医保医师有下列违规行为之一的，每起计扣1分：

（1）未按病历书写规范书写门诊、住院病历，病历记录不及时、不规范或无法辨认的；

（2）不按规定查看既往就诊记录、记载门诊病历，导致重复配药、重复检查的；

（3）违反医疗保险药品配药量、限制使用条件规定，或无充分理由超药品使用说明书范围用药的；

（4）不执行门诊处方外配制度，拒绝为参保病人开具外配处方的；

（5）使用需参保人员自费的药品、医疗服务项目或医用材料等，未履行告知义务被参保人员投诉的；

（6）不执行首诊负责制，推诿、拒收参保病人，以各种借口使参保人员提前或延迟出院的；

（7）让住院参保人员带医疗检查或治疗项目出院的；

(8) 未按规定参加医疗保障部门或定点医疗机构举办的医疗保险业务培训的；

(9) 其他违反医疗保障政策规定，未造成医保基金损失的情形。

2. 医保医师有下列违规行为之一的，每起计扣 2 分：

(1) 未按规定核验就诊人员身份，导致冒名门诊就医的；

(2) 对因工伤、意外伤害就诊的参保人员，未如实记载受伤原因和经过的；

(3) 将服务编码转借给被暂停、解除或未签订服务协议的医师开具医保处方的；

(4) 冒用其他医保医师服务编码开具医保处方的；

(5) 医疗收费与病历记录、医疗服务不符的；

(6) 有分解检查、治疗、处方和收费等违规行为的；

(7) 不因病施治，过度医疗造成医保基金损失的；

(8) 收治不符合入院治疗指征的参保人员的；

(9) 不因病施治，门诊慢性（特殊）病用药与认定病种不符，造成医保基金损失的；

(10) 开具与疾病无关的药品、检查治疗项目的；

(11) 其他违反医疗保障政策规定，造成医保基金损失的行为。

3. 医保医师有下列违规行为之一的，每起计扣 6 分：

(1) 将医保目录外药品、诊疗项目和医疗服务设施纳入医保基金支付的；

(2) 故意不核实患者身份，导致冒名住院造成医疗保险基金损失的；

(3) 故意为参保人员串换医疗保险药品、医疗服务项目，造成医疗保险基金损失的；

(4) 故意夸大、掩盖医疗事实，造成医疗保险基金较大损失的；

(5) 为参保人员提供医疗服务过程中，出现医疗责任事故造成参保人严重伤害的；

(6) 其他违反医疗保障政策规定，造成医疗保险基金较大损失的行为。

4. 医保医师有下列违规行为之一的，每起计扣 12 分：

(1) 拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展必要监督检查的；

(2) 被卫生健康行政部门吊销医师、助理医师或乡村医生执业证书，或被注销注册、收回执业证书的；

(3) 通过编造医疗文书、出具虚假医疗证明、办理虚假住院等方式，骗取医疗保险基金的；

(4) 为参保人员提供虚假证明材料，串通他人虚开门诊、住院票据套取医疗保险基金的；

(5) 故意曲解医保政策和管理规定，挑动参保人员集体上访，造成恶劣影响的；

(6) 经经办机构定期考评不合格的；

(7) 因违规行为，造成恶劣社会影响的；

(8) 其他严重违反医疗保障政策规定，危害参保人员利益或造成医疗保险基金重大损失的行为。

## (二) 扣分处理

一个自然年度内，医保医师累计扣分达到 6 分的，执业地经办机构应会同定点医疗机构对相关医师进行约谈，并做好约谈记录；

累计扣分 9-11 分的，经办机构可暂停医师服务协议 1-3 个月；

累计扣分达到 12 分的或连续三年违规扣分 9 分以上的，经办机构应与医保医师解除服务协议，

经办机构自解除协议之日起一年内不再接受该医师重新签订服务协议的申请；一次性扣 12 分的，视情节严重程度，经办机构自解除协议之日起 1-5 年不得与其签订医保医师协议。

医保医师违规被解除服务协议的，经办机构应将有关情况报当地医疗保障行政部门和省级经办机构，并向当地卫生健康行政部门通报。

# 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）

（摘录）

相关保障待遇：

参保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，按以下规定执行：

### （一）门诊。

1. 普通门诊。在参保县（市、区）域内一级及以下医疗机构发生的普通门诊医药费用报销比例为 55%。同时以户或人为单位，设定年度起付线和报销限额。可将普通门诊报销向县（市、区）域内二级医疗机构延伸。

2. 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 60%。同时按病种设定年度起付线和报销限额。省外医疗机构发生的常见慢性病门诊医药费用可按规定纳入报销范围，具体由各市规定。

3. 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，年度内按就诊最高类别医疗机构计算 1 次起付线。省外医疗机构发生的特殊慢性病门诊医药费用可按规定纳入报销范围，具体由各市规定。

4. 其他门诊。各市可根据基金承受能力，建立大额医药费用门诊和罕见疾病门诊报销制度。

## (二) 普通住院。

### 1. 起付线与报销比例。

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%。

各市可根据基金承受能力设定一级及以下、二级和县级医疗机构分段报销政策。对于上年度次均费用达到或接近上一级别医疗机构的，可执行上一级别医疗机构报销政策。

到市域外（不含省外）住院治疗的，上述类别医疗机构起付线增加 1 倍，报销比例降低 5 个百分点。

到省外医疗机构住院治疗的，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 60%。

### 2. 封顶线与保底报销。

(1) 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 20—30 万元，具体由各市根据基金承受能力等因素确定。

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

### 3. 特别规定。

(1) 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，报销比例(含保底比例)再降低 10 个百分点。

(2) 参保人员到各市确定的毗邻省外医疗机构住院，可参照省内或市域内同类别医疗机构报销政策执行。

(3) 医保按病种付费等政策另行规定。

#### (三) 分娩住院。

分娩(含剖宫产)住院定额补助 800—1200 元，具体由各市根据基金承受能力等因素确定。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。

#### (四) 意外伤害住院。

由各市根据实际情况和基金承受能力制定报销政策，需事前报省医保局备案。

#### (五) 大病保险。

一个保险年度内，参保人员负担的合规医药费用累计超过大病保险起付线的部分，大病保险基金分费用段按比例报销。

1. 起付线。一个保险年度计 1 次起付线，大病保险起付线为 1—2 万元，具体由各市根据基金承受能力等因素确定。

2. 报销比例。大病保险起付线以上 5 万元以内段，报销比例 60%；5—10 万元段，报销比例 65%；10—20 万元段，报销比例 75%；20 万元以上段，报销比例 80%。

3. 封顶线。省内医疗机构大病保险封顶线 20—30 万元，省外医疗机构大病保险封顶线 15—20 万元，具体由各市根据基金承受能力等因素确定。