

# 2025 年医疗保障政策调整明白纸

## 城镇职工和城乡居民医保基金支付范围

根据《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）文件规定，自2025年1月1日起，对城镇职工和城乡居民医保基金支付范围作出如下调整：

### 一、规范统一医保基金支付范围

严格执行国家医疗保障待遇清单制度，基本医疗保险、大病保险、医疗救助均按照国家规定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围支付（即：政策范围内医药费用，下同）。医保目录内药品、医用耗材和医疗服务项目个人先行支付部分、基本医保起付线（门槛费）纳入大病保险报销和医疗救助。医保目录外费用、医疗服务项目收费及药品费用超出我省基本医保最高支付标准部分的费用不再纳入大病保险报销和医疗救助。

### 二、调整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，个人先行自付比例由现行的10%-30%调整至10%-20%。

### 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，特殊治疗

药品尚未纳入基本医疗保险药品目录范围的，罕见病患者在定点医疗机构发生的符合药品法定适应症或有临床循证医学证据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（见下表）：

人员类别	起付线	省内分段报销比例				封顶线
		0-5万元	5-10万元	10-20万元	20万元以上	
普通参保人群	20000元	60%	65%	75%	80%	计入大病保险年度最高支付限额
特困人员、低保对象	10000元	65%	70%	80%	85%	无

省外异地就医报销比例执行如下标准：1.办理异地长期居住医保备案的按照省内政策执行；2.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。

## 城乡居民医保待遇政策

根据《安徽省医疗保障局安徽省财政厅关于印发〈安徽省城乡居民基本医疗保险和大病保险待遇保障政策〉的通知》（皖医保发〔2024〕9号）文件规定，自2025年1月1日起，对城乡居民医保待遇作出如下调整：

### 一、基本医疗保险待遇政策

一个保险年度内，参保城乡居民在医保定点医药机构发生的政策范围内医药费用，基本医保基金年度支付金额累计封顶30万元。取消住院保底报销政策。

#### （一）门诊待遇。

**1.普通门诊：**参保城乡居民在全市范围内一级及以下定点基层医疗机构（含社区卫生服务中心、乡镇卫生院）发生的政策范围内普通门诊医药费用，不设起付标准和单次报销限额，基本医保基金报销比例为**60%**，年度报销限额150元。办理异地长期居住备案的人员，在备案地发生的政策范围内普通门诊费用，执行参保地普通门诊保障政策。

**2.慢特病门诊：**参保城乡居民在协议定点医药机构发生的门诊慢特病医药费用，根据不同病种设置不同的起付标准和支付比例，并实行病种年度支付限额管理。按以下规定报销（见下表）：

病种类型	起付线	基金支付 限额	市域内就医 报销比例	市外省内就医 报销比例		省外就医 报销比例	
				按规定 转诊	未按规定 转诊	按规定 转诊	未按规定 转诊
普通慢性病	高血压 和糖尿 病为 200元， 其他病 种为 500元	根据病种 设置不同 支付限额	60%	55%	45%	50%	40%
特殊慢性病 (不含恶性 肿瘤门诊治 疗、透析和 器官移植抗 排异治疗)		除特殊规 定外，参 照基本医 保基金年 度支付限 额(30万 元)	参照普通住 院	在市内同级医疗机 构住院报销比例基 础上，按规定转诊 降5个百分点，未 按规定转诊降15个 百分点。		在市内同级医疗机 构住院报销比例基 础上，按规定转诊 降10个百分点，未 按规定转诊降20 个百分点。	
恶性肿瘤门 诊治疗			75%	70%	60%	65%	55%
透析			85%	80%	70%	75%	65%
器官移植抗 排异治疗			85%	80%	70%	75%	65%
备注：1.执行全省统一的门诊慢特病病种目录、认定标准、病种编码；2.办理异地长期居住备案的人员在备案地就医的，执行参保地待遇保障政策。							

## (二) 住院待遇。

## 1.普通住院:

①参保城乡居民在市域内医保定点医疗机构普通住院发生的政策范围内医药费用,按以下规定报销(见下表):

医院级别	起付线	报销比例
一级及以下医疗机构和乡镇卫生院(社区卫生服务中心)	200元	90%
二级和县级医疗机构	500元	80%
三级(市属)医疗机构	700元	75%

②参保城乡居民在市域外医保定点医疗机构普通住院发生的政策范围内医药费用,按以下规定报销(见下表):

医院级别	起付线	报销比例		备注
		急诊抢救或已办理转诊手续的	非急诊或未办理转诊手续的	
市 外 省 内	一级及以下医疗机构和乡镇卫生院(社区卫生服务中心)	300元	85%	办理异地长期居住备案的人员在备案地就医的,执行参保地待遇保障政策。
	二级和县级医疗机构	750元	75%	
	三级(市属)医疗机构	1050元	70%	
	三级(省属)医疗机构	1500元	65%	
省外定点医疗机构	当次住院总费用的20%计算(不足2000元的按2000元计算,最高不超过1万元)	60%	50%	

2.分娩住院:参保城乡居民住院分娩享受医保定额补助,自然分娩补助1600元,剖宫产补助2400元,分娩住院实际发生的生育医疗费用低于定额补助标准的,医保基金据实支付;高于定额补助标准的,医保基金按定额标准支付。有并发症或合并症住院的,按普通住院政策执行,不再享受定额补助,但当次住院

医保报销金额低于定额补助标准时，按定额补助标准据实予以补差。

**3.意外伤害住院：**参保城乡居民明确为无他方责任的意外伤害住院，按照普通住院待遇报销；其他情形除应由第三方承担的医药费用外，由医保基金依法依规予以支付。

## 二、大病保险待遇政策

一个保险年度内，参保城乡居民个人自付的住院和门诊慢特病政策范围内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（见下表）：

人员类别	起付线	市内分段报销比例				封顶线
		0-5万元	5-10万元	10-20万元	20万元以上	
普通居民	15000元	60%	65%	75%	80%	30万元
特困人员、低保对象	7500元	65%	70%	80%	85%	无

**市外异地就医报销比例执行如下标准：**

- 1.省内市域外就医的，异地急诊抢救人员和已办理转诊手续的大病保险各段报销比例下降 5 个百分点，非急诊或未办理转诊的其他临时外出就医人员大病保险各段报销比例下降 15 个百分点。
- 2.省外异地就医的，异地急诊抢救人员和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，非急诊或未办理转诊的其他临时外出就医人员大病保险各段报销比例下降 20 个百分点。
- 3.已办理异地长期居住备案的人员在备案地就医的，执行参保地待遇保障政策。

## 三、城乡居民参保激励约束政策

**1.参保激励政策：**自 2025 年度起，对连续参加城乡居民医保人员和基金零报销人员实行待遇激励政策：（1）连续参保激励。对连续参加城乡居民医保满 4 年的参保人员，之后每连续参保 1 年，大病保险年度最高支付限额提高 3000 元。（2）基金

零报销激励。对当年基金零报销的城乡居民医保参保人员，次年提高大病保险最高支付限额 3000 元。连续参保激励和基金零报销激励，累计提高总额不超过 6 万元。

**2.参保约束政策：**自 2025 年度起，对未连续参加城乡居民医保人员和断保人员实行待遇约束政策：除特殊群体外，对未在城乡居民医保集中参保期内参保或未连续参保的人员，设置参保后固定待遇等待期 3 个月。未连续参保的，每多断保 1 年，在固定待遇等待期基础上增加变动待遇等待期 1 个月，参保人员可通过缴费修复变动待遇等待期，每多缴纳 1 年可减少 1 个月变动待遇等待期，连续断缴 4 年及以上的，修复后固定待遇等待期和变动待遇等待期之和不少于 6 个月。对断保人员再参保的，每断保 1 年，降低大病保险年度最高支付限额 3000 元，累计降低总额不超过 6 万元。

参保人员如果遇到任何医保方面的问题，可以向我市各级医保经办机构咨询。咨询电话：

市 直：0564-12345

霍邱县：0564-2717216、2717256、2717390

金寨县：0564-7356873、7060039

霍山县：0564-5020090、5025375、3912155

舒城县：0564-8662403、8688512

金安区：0564-5150550

裕安区：0564-5150721

叶集区：0564-6488035、6489166