

合肥市人民政府办公室文件

合政办〔2022〕35号

合肥市人民政府办公室关于印发合肥市重特大疾病医疗保险和救助实施办法的通知

各县（市）、区人民政府，市政府各部门、各直属机构：

《合肥市重特大疾病医疗保险和救助实施办法》已经市政府第20次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。



合肥市重特大疾病医疗保险和救助实施办法

第一章 总 则

第一条 为切实减轻困难群众和大病患者医疗费用负担，强化基本医疗保险、大病保险、医疗救助（以下简称三重制度）综合保障，防范因病致贫返贫，根据《安徽省人民政府办公厅关于印发安徽省健全重特大疾病医疗保险和救助制度若干举措的通知》（皖政办〔2022〕6号）等相关规定，结合我市实际制定本办法。

第二条 重特大疾病医疗保险覆盖全体参保人员，医疗救助对象为相关部门认定的困难人员，包括：特困人员（含孤儿和事实无人抚养儿童，下同）、低保对象、低保边缘家庭人员、因病致贫重病患者（指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患者）、返贫致贫人口、防止返贫监测对象（指脱贫不稳定和纳入农村低收入人口监测范围的人员）。计划生育特殊家庭父母、市政府确定的其他特殊困难人员参照低保对象享受待遇。因个人原因未参加基本医疗保险的人员原则上不纳入救助范围。

第三条 医疗救助坚持以下原则：

（一）坚持托底线、救急难、可持续的原则；

- (二) 坚持政府救助与社会扶助相结合的原则；
- (三) 坚持救助水平与经济社会发展水平相适应的原则；
- (四) 坚持应救尽救、及时高效的原则；
- (五) 坚持与基本医疗保险、大病保险相衔接的原则。

第四条 医疗救助资金通过财政安排、专项彩票公益金、社会捐助等渠道筹集。其中，市级财政预算安排的年度补助资金应不低于上年度全市医疗救助资金支出规模的 15%，并根据经济社会发展和待遇保障水平动态调整；县（市）区（开发区）财政按照上年度本地医疗救助资金支出规模，综合考虑中央、省、市转移支付补助资金和救助人数等因素，科学测算足额安排本级医疗救助预算资金，并承担医疗救助资金的兜底责任，年度资金缺口部分，由县（市）区（开发区）财政及时予以弥补。

医疗救助资金实行市级统筹管理，分账核算、专款专用，当年筹集的救助资金应当应救尽救。对当年结余资金超过当年救助资金总量 10% 的，市级将调减下年度对县（市）区（开发区）医疗救助补助资金的安排。对医疗救助资金开展专项审计或绩效评估，并将审计或评估结果作为资金安排的参考依据。

第五条 医疗救助工作实行属地管理，由县（市）、区人民政府、开发区管委会负责，县（市）区医疗保障部门、开发区社会事业（发展）部门负责组织实施。

民政部门负责特困人员、低保对象、低保边缘家庭、因病致贫重病患者认定工作；

乡村振兴部门负责返贫致贫人口、防止返贫监测对象认定工作；

卫生健康部门负责计划生育特殊家庭救助对象确认，监督管理医疗行为，督促医疗机构规范诊疗行为；

财政部门负责筹集并及时拨付医疗救助资金；

残联会同民政部门负责残疾救助对象认定工作；

工会负责困难职工医疗救助相关工作。

第二章 医疗保险保障

第六条 医疗救助资金对困难群众参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分实行分类资助，其中特困人员给予全额资助，低保对象给予 90%定额资助，返贫致贫人口给予 80%定额资助，防止返贫监测对象给予 50%定额资助。

已参加城乡居民基本医疗保险，在医保待遇享受期内新认定为救助对象的，个人缴费部分不再追补资助。

第七条 救助对象按规定享受统一标准的基本医疗保险待遇。大病保险对特困人员、低保对象、返贫致贫人口等实行倾斜支付，起付标准较普通参保人员降低 50%，分段报销比例分别提高 5 个百分点，不设年度支付限额。具体按《合肥市基本医疗保险待遇保障实施细则》（合政办〔2021〕21号）等规定执行。

第三章 医疗救助保障

第八条 一个年度内救助对象在我市定点医疗机构或规范转诊异地就医的住院及慢性病、特殊病门诊费用，经基本医保、大病保险报销后个人自付部分(含起付费用)纳入医疗救助范围。医疗救助资金支付的药品、耗材和诊疗项目范围与基本医保、大病保险保持一致。

第九条 下列情形发生的费用不纳入救助：

- (一) 自身违法造成伤害的；
- (二) 镶牙、整容、矫形、配镜的；
- (三) 交通事故、工伤事故、医疗事故等有第三者赔偿责任的；
- (四) 在港澳台、境外就医的；
- (五) 参保人员医疗费用未按照医保规定结算的；
- (六) 外购药品的（按规定在谈判药店购药除外）；
- (七) 在第三方机构检验检测的；
- (八) 在非定点医疗机构就医的（急诊抢救除外）；
- (九) 未规范转诊异地就医的（急诊抢救除外）；
- (十) 其他不应当纳入医疗救助范围的。

第十条 医疗救助年度限额为 5 万元，根据救助对象类别分别设置年度救助起付标准、救助比例：

- (一) 特困人员不设救助起付标准，救助比例为 90%；

(二) 低保对象不设救助起付标准，救助比例为 75%；

(三) 返贫致贫人口救助起付标准为 1500 元，救助比例为 70%；

(四) 低保边缘家庭、防止返贫监测对象救助起付标准为 3000 元，救助比例为 60%；

(五) 因病致贫重病患者救助起付标准为 10000 元，救助比例为 50%。

第十一条 规范转诊且在省内就医的，经基本医保、大病保险报销和医疗救助保障后，个人负担仍然较重的给予倾斜救助。倾斜救助年度限额为 8 万元。

(一) 特困人员、低保对象、返贫致贫人口、防止返贫监测对象个人自付费用 0.5 万元（不含本数，下同）以上 2 万元以下（含本数，下同）、2 万元以上 6 万元以下、6 万元以上 12 万元以下、12 万元以上分别按照 40%、50%、60%、70%比例救助；

(二) 低保边缘家庭、因病致贫重病患者个人自付费用 2 万元以上 6 万元以下、6 万元以上 12 万元以下、12 万元以上分别按照 50%、60%、70%比例救助。

第四章 救助程序

第十二条 救助对象在定点医疗机构发生的医疗费用，实行基本医保、大病保险和医疗救助“一站式”结算。应当由医疗救助

资金支付的费用，由医疗机构垫付，救助对象只需支付个人自付部分。医疗机构垫付的费用由医保经办机构按月结算。

第十三条 救助对象无法在定点医疗机构“一站式”结算和异地就医发生的医疗费用，可在医疗费用发生后一年内向户籍地乡镇人民政府、街道办事处或社区（以下简称乡镇街道社区）申请救助。对因疫情等特殊情况未及时申请救助的，可放宽申请时限，按医疗费用结算年份计入相应年度救助限额。

（一）申请。救助对象应向属地乡镇街道社区提出书面申请，并提供户口簿、身份证、享受救助的相关证件、医疗费用发票、医疗费用清单、出院小结、相关病历等材料。救助对象死亡的可由其共同生活的家庭成员提出救助申请。

（二）审核。对已认定困难类型的救助对象，乡镇街道社区经办人员应审核申请材料的完整性，并出具书面受理通知书，10个工作日内完成登记、审核后报县级医疗救助经办机构。申请材料不全的，应一次性告知申请人。对尚未认定为救助对象的，乡镇街道社区应先依申请进行救助对象身份认定，再按程序受理救助申请。

（三）审批。县级医疗救助经办机构收到审核材料后，应在15个工作日内完成审批和资金拨付。

不符合救助条件的，需书面通知申请人。

第十四条 动态新增的救助对象和因病致贫重病患者在身份认定前一年内个人自付的医疗费用，可依申请追溯救助。已救

助费用不因困难人员类型变动进行补差。不在医保待遇享受期发生的医疗费用不纳入追溯救助范围。

第十五条 非本市参保人员在本市被认定为救助对象的，由属地乡镇街道社区按程序受理申请进行救助。

第五章 服务管理

第十六条 完善救助对象信息共享机制。民政、乡村振兴部门认定的救助对象，统一由民政部门完成重合身份核查、分类标识后，及时向医保部门推送，落实资助参保、医疗救助等待遇。

建立完善救助对象日常监测和回访机制。开展救助对象医疗费用的日常监测，医保经办机构定期将发生大额医疗费用的医疗救助对象信息推送乡镇街道社区救助经办机构，由乡镇街道社区负责联系回访，确保应救尽救、规范真实。对发生医疗费用的救助对象，每年回访应不少于一次。

健全因病致贫和因病返贫分类预警机制。对经基本医保、大病保险、医疗救助保障后个人负担医疗费用仍然较重的救助对象，医保部门应及时将人员信息推送民政、乡村振兴部门，实施联动精准帮扶。

第十七条 定点医疗机构要适当降低救助对象入院预缴费用，确保困难群众能及时入院治疗，按规定进行基本医保和医疗救助联网结算。认真落实分级诊疗制度，引导救助对象合理就医，

优先选择纳入基本医保支付范围的药品、耗材和诊疗项目，控制不合理费用支出。特困人员、低保对象、返贫致贫人口、防止返贫监测对象在县域内定点医疗机构和规范转诊到市级定点医疗机构治疗的，实行“先诊疗后付费”、入院免缴住院押金政策。救助对象在省内规范转诊并在定点医疗机构就医的，住院起付线连续计算。

第十八条 医疗救助经办机构要细化医疗救助服务事项清单和经办规程，依托全国统一的医疗保障信息平台，完善基本医保、大病保险和医疗救助“一站式”结算。定期与医疗机构结算医疗救助资金，对不按照规定用药、诊疗和提供医疗服务所产生的医疗费用，医疗救助资金不予支付。对规范转诊异地就医的，医保经办机构要及时将医保结算信息推送乡镇街道社区，由乡镇街道社区通知救助对象申请救助。

第十九条 各县（市）区医保部门、开发区社会事业（发展）部门应当加强医疗救助档案管理，建立健全救助台帐，实时掌握资金收支情况。在建立个人电子档案基础上，完善纸质档案，确保个人救助档案完整、准确。

第二十条 鼓励慈善组织参与重特大疾病救助，建立社会救助信息与本地慈善资源双向推送工作机制，促进互联网公开募捐信息平台建设，规范互联网个人大病求助平台信息发布。支持医疗救助领域社会工作服务和志愿服务发展，探索制定医疗机构社会工作服务标准。建立慈善参与激励机制，落实相应税收优惠、

费用减免等政策。

第二十一条 鼓励医疗互助和商业健康保险发展，支持工会组织扩大职工医疗互助保障覆盖面。支持商业健康保险发展，引导开发与基本医保、大病保险相衔接的商业健康保险产品，将更多医保目录外合理医疗费用科学纳入健康保险保障范围，提高重特大疾病补充医疗保障水平。在产品定价、赔付条件、保障范围等方面对困难群众适当倾斜，逐步实现与基本医保、大病保险、医疗救助“一站式”结算。

第六章 监督管理

第二十二条 医保部门要加强医疗保险和医疗救助资金运行分析，强化资金风险预警管控。加强医药机构医保定点管理，落实医疗机构医疗费用管控主体责任。强化医疗保险、医疗救助资金监管，严肃查处定点医药机构违法违规行为，保持打击欺诈骗保高压态势，确保基金安全高效、合理使用。

第二十三条 财政、审计部门加强医疗救助资金规范管理和审计监督，提高医疗救助资金使用效益。探索引入第三方监督机制，强化社会监督。

第二十四条 医疗机构套取骗取医疗救助资金或为套取骗取医疗救助资金提供条件的，依照医保管理有关规定处理；医疗救助对象采取虚报、隐瞒、伪造等手段骗取医疗救助资金的，停

止医疗救助，责令退回医疗救助资金；医保经办人员玩忽职守、徇私舞弊，擅自提高或者降低医疗救助水平的，按有关规定处理。单位、个人贪污、挪用、骗取医疗救助资金涉嫌犯罪的，依法移送公安、司法机关处理。

第七章 附 则

第二十五条 医疗救助经办机构应将医疗救助政策、办事程序、医疗救助资金发放情况按规定进行公示，并设立投诉及举报电话。

第二十六条 本办法所指的规范转诊异地就医人员，是指按照我市异地就医管理办法进行异地就医备案的人员，包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员，以及符合转诊规定并办理转诊手续的人员。

第二十七条 本办法由市医疗保障局负责解释。

第二十八条 本办法自 2023 年 1 月 1 日起施行，有效期 3 年。原《合肥市城乡医疗救助实施办法》（合政〔2021〕2 号）同时废止。实施期间，国家、省有新规定的，从其规定。

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市监委，
市中院，市检察院，合肥警备区。各民主党派市委，市工商联，
各人民团体。

合肥市人民政府办公室

2022年11月1日印发
