

安徽省医疗保障局 安徽省民政厅 安徽省农业农村厅

文件

皖医保发〔2025〕16号

安徽省医疗保障局 安徽省民政厅 安徽省 农业农村厅关于进一步做好困难群众医疗保障 服务管理工作的通知

各市、县医疗保障局、民政局、农业农村局：

为贯彻落实《国家医保局办公室 农业农村部办公厅关于更好保障困难群众医疗保障权益进一步做好就医服务管理工作的通知》（医保办发〔2024〕28号）、《国家医保局办公室 民政部办公厅关于进一步做好医疗救助对象信息共享工作的通知》（医保办函〔2024〕99号）要求，织密织牢困难群众医疗保障网，有效防范化解因病致贫返贫风险，更好维护困难群众医疗保障权

益，现就进一步做好困难群众医疗保障服务管理工作通知如下：

一、加强医疗救助对象信息共享管理

各级医保、民政、农业农村部门要根据工作需要，以签订协议等形式明确数据共享清单。县级民政、农业农村部门要向同级医保部门提供医疗救助对象身份信息底数，于次月 10 日前将上月新调整的医疗救助对象名单推送给同级医保部门（如遇特殊情况，可即时推送医疗救助对象身份信息），县级医保部门在收到名单 5 个工作日内完成参保状态核查、身份标识，并向同级民政、农业农村部门反馈参保信息。在医疗救助对象认定时，部门联动做好医疗救助定点医院、救助待遇、经办结算等事项一次性告知工作。市级医保部门向同级民政、农业农村部门提供各类医疗救助对象参加基本医疗保险、享受医疗救助和高额医疗费用情况等必要信息。切实做好高额医疗费用负担患者监测预警，按照省定分类监测预警标准和流程，省级医保部门及时向同级民政、农业农村部门推送新增达到监测标准人员信息。推动实现医保、民政、农业农村等部门直接共享信息，加强救助帮扶信息反馈，实现闭环管理，推动形成“一户（人）一条救助链”。要严格执行信息保密制度，严格控制信息查询权限，对涉及个人隐私等信息进行加密处理，防止信息泄露。

二、切实维护困难群众健康权益

对于患慢特病等确需多次住院的困难群众，医保部门要在医保信息系统予以标识，通过数据赋能实现精细化管理。依托医保

信息平台，加强对困难群众住院就医情况的统计分析。对 1 年内住院 3 次以上的困难群众，市级医保会同民政、农业农村等部门，及时予以关注，协助其按“就高不就低”原则规范享受各项救助帮扶待遇。对 1 年内住院 5 次以上的困难群众，省级医保部门会同民政、农业农村等部门予以关切，并指导属地及时核实。对于在基层医疗卫生机构和一级医院多次住院的患者，各地医保部门要会同民政、农业农村等相关部门采取有效措施保障其得到真实和高质量的医疗服务。

三、规范落实医疗救助政策

落实落细医疗救助政策，对符合条件的救助对象及时兑现待遇。住院治疗期间因困难身份变动导致医疗救助待遇发生变动的救助对象，在一个住院周期内按照“就高不就低”原则享受医疗救助待遇。因部门间信息共享时间差造成救助对象在结算时未“一站式”结算医疗救助待遇的，参保患者可申请手工结报。年度内，发生多种医疗救助对象身份变化的，待遇不重复享受，医疗救助年度报销额度按就高标准。年度内，因动态退出或救助身份类型变动影响资助标准变化的已参保缴费医疗救助对象，个人已享受的资助参保补贴不调整。集中参保期外动态新增的已参保缴费医疗救助对象，次年起落实相应参保资助政策；未参保缴费的，实行随参随缴，落实参保资助政策。经反复动员后，因个人原因未参加基本医保的医疗救助对象，不纳入医疗救助范围，并按照省医保局等七部门《关于健全基本医疗保险参保长效机制的

实施意见》（皖医保发〔2024〕6号）有关规定设置一定的待遇等待期，等待期内不享受医疗救助。自2026年起，新增医疗救助对象自身份认定之日次月起享受医疗救助待遇，主要因重大疾病被认定为特困人员、低保对象、防止返贫监测对象的，身份认定前6个月内个人自付的合规医疗费用可依申请追溯救助，动态调出医疗救助对象自身份退出次月起停止享受医疗救助待遇。对于参保地与户籍地不一致的医疗救助对象，由参保地落实基本医疗保险、大病保险待遇，由救助对象身份认定地落实医疗救助待遇。

四、实施医疗救助单独定点管理

各地要在医保定点医院范围内，选择技术条件好、服务质量优的医院作为医疗救助定点医院。原则上，按照统筹规划、合理布局、严格条件、择优遴选、动态调整的原则，每个地级市选取1—2家医院，每个县级行政区域选取1—2家医院，每个街道（乡镇）选取1个社区卫生服务中心（乡镇卫生院）作为医疗救助定点医院，医保定点的村卫生室（社区卫生服务站）均作为医疗救助定点医院，各统筹地区的医疗救助定点医院互认。因区划调整等原因，同一乡镇（街道）有两个乡镇卫生院（社区卫生服务中心）的，均可纳入医疗救助定点，省属医院或驻地方军队医院不受定点数量限制，可择优纳入定点。可根据精神病、传染病等专科需求，选择必需的专科医院作为医疗救助定点医院。困难群众在符合条件的医疗救助定点医院就医，各地可以适当方式提高对

患者的医保支持。探索实施医疗救助定点药店管理，方便困难群众购药、降低费用负担。患有肾透析等特殊疾病的困难群众就医暂不受医疗救助定点限制，可继续按照各地现行政策进行保障。

五、加强医疗救助定点医院支付管理

推进按病组（DRG）和病种分值（DIP）支付方式改革，鼓励医院控制成本、优化流程、规范行为。引导医疗救助对象和医保定点医院优先选择纳入基本医保支付范围的药品、医用耗材和诊疗项目。将医疗救助定点医院收治救助对象的服务数量、服务质量、住院率、统筹地区外就诊率等纳入定点医院协议管理绩效评价范围，评价结果与医保预算总额结余留用、年终清算等挂钩。要重点关注产生高额费用的病例，每年对医院平均医疗费用、高额费用患者数量等数据进行定向发布。

六、引导医疗救助对象合理有序就医

要进一步发挥签约家庭医生、集中供养机构等的管理服务作用，引导困难群众优先在基层医疗救助定点医院就诊。2026年起，经基层首诊、转诊到市域内医疗救助定点医院住院的患者，医疗救助实行“一站式”结算，在市域内非医疗救助定点医院就医，或未经基层转诊到市域内二级及以上医疗救助定点医院就医的医疗费用，属于医疗救助支付的部分由患者先行结算，凭票据到身份认定地医保部门审核后按规定予以救助。医疗救助对象到市域外临时异地就医应做好异地就医备案，原则上应选择就医地三级医保定点医院，规范办理转诊手续的，享受医疗救助“一站式”

直接结算；对自行外出就医、未规范办理转诊手续的医疗救助对象在市域外三级以下医院就医所发生的医疗费用，原则上不纳入医疗救助保障范围。对于所患疾病符合转诊“白名单”病种的困难群众，简化优化转诊手续。困难群众罹患“省内大病无异地”试点疾病的，在试点医院就医，按现有规定享受医疗救助待遇。

七、严厉打击欺诈骗保等违法违规行为

保持打击欺诈骗保高压态势，对开展医疗救助服务的定点医院实行重点监控，严禁以免费体检、免费就餐、免费接送、减免自付费用等名义或方式诱导、招揽、截留医疗救助对象住院就医。对个别医院以治疗名义给困难群众小病大治、有病乱治的过度诊疗、超量开药、重复开药、分解住院行为以及虚假住院、无病住院等情况，要坚决一查到底，并通报至同级相关业务主管部门。不按规定用药、诊疗以及提供医疗服务所发生的费用，医保基金不予结算。

八、着力构建多层次医疗保障体系

完善“1+3+N”的多层次医疗保障体系，按照“政府支持一点，慈善帮扶一点，医院减免一点，患者出一点”的模式构建多元化救助格局，合力减轻医疗救助对象就医负担。鼓励支持医疗救助对象按需参加商业健康保险，有条件的地市可通过村集体收入、慈善资金、医疗互助等方式资助困难群众参保。各级医保部门要积极对接慈善总会、红十字会、公益组织等部门和社会组织，引导其在医疗救助定点医院内开展慈善救助和志愿活动。各级医

保部门要通过医保信息平台等多种渠道积极主动发现特定疾病的困难群众，主动推送至有关慈善医疗救助项目，引导慈善资金提高使用效率。

九、强化责任落实

各级医保、民政、农业农村等部门要加强工作协同，协调解决困难群众医疗保障服务管理工作中遇到的突出问题。要完善困难群众身份信息共享机制，加强政策培训和宣传解读，做好就医服务管理，精准落实医保待遇，确保困难群众应保尽保、应救尽救。各市医保部门要按程序确定本统筹地区医疗救助定点医院，完善协议管理，加强对医疗救助定点医院的费用审核、监督检查等工作。



规范性文件编号：WG-2025-31-13

安徽省医疗保障局办公室

2025 年 9 月 8 日印发