



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

合政办〔2024〕25号

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》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

合肥市人民政府办公室

2024年12月31日

（此件公开发布）



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《安徽省人民政府办公厅关于基本医疗保险省级统筹的实施意见》（皖政办〔2024〕3号）、《合肥市基本医疗保险办法》（合肥市人民政府令第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。职工医保累计缴费年限男满二十五年、女满二十年并且实际缴费年限满十五年的,办理在职转退休手续后不再缴纳职工医保费,享受退休人员职工医保待遇;未达到上述缴费年限的,以办理补缴时上年度省平均工资为基数,按照百分之六比例一次性补缴或继续按月缴费,补缴或续缴至规定年限后按规定享受退休人员职工医保待遇。

在本市退休按月领取基本养老金且未纳入职工医保的退休人员,可自愿向属地医保经办机构提出补缴申请,以办理补缴时上年度省平均工资为基数,按照百分之六比例一次性补缴职工医保费后,自补缴次日享受退休职工医保待遇。

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根据省定标准按月定额划入。

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、清退个人账户。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退手续。



第六条 参保人员在门诊统筹定点医药机构发生政策范围内普通门诊（含急诊，下同）医疗费用，统筹基金按下列规定支付：

（一）门诊统筹医保基金起付标准分别为一级（含未定级，下同）200 元、二级和三级 400 元；在职职工在一级、二级和三级支付比例分别为 60%、50%，年度支付限额 4000 元；退休人员支付比例分别提高 10 个百分点，年度支付限额 5000 元。

（二）通过医疗保障信息平台电子处方中心在符合条件的定点零售药店发生的外配处方购药费用可纳入基金支付，按一级医疗机构标准执行。

（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）门诊个人自付费用以及健康体检、公共卫生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。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的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 1000 元。

(二)住院分娩费用实行定额支付。顺产、助娩产、剖宫产医保基金支付限额分别为 3300 元、3800 元、5300 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 个月及以上流产为 1500 元；怀孕 7 个月及以上引产为 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顺产（含助娩产）1600 元、剖宫产 2400 元。

第十条 参保职工生育津贴以生产（计划生育）时所在用人单位上年度职工月平均工资为标准，失业人员在领取失业保险金期间生育的，以失业保险金代缴基数为标准，按下列规定发放相应天数生育津贴：

（一）顺产 98 天，助娩产或剖宫产的增加 15 天，生育多胞胎的，每多生育 1 个婴儿增加 15 天。符合省计划生育奖励政策增加产假天数的，增发相应天数津贴。

（二）流产、引产的，4 个月以内按 15 天计发，满 4 个月不满 7 个月按 42 天计发，7 个月及以上按 98 天计发。

规范参加职工医保的灵活就业人员在医保待遇享受期内生育的，享受生育补助金待遇，具体标准按省统一规定执行。



第十一条 生育津贴(生育补助金)于生产的次月一次性发放,用人单位因当年度社保缴费基数调整等原因,调整上年度缴费基数的,已发放的生育津贴不再调整。用人单位上年度职工月平均工资高于缴费基数上限的,生育津贴与工资差额部分由用人单位补足。处于连续参保状态的职工单位欠费的,参保单位应补齐生产前6个月的医疗保险费。

第十二条 参保职工在本市定点医疗机构生育的,医疗机构按规定将身份凭证(身份证、医保电子凭证、社保卡,下同)及生育证(或生育保健服务证,下同)等信息上传至医保信息系统,实行生育医疗费用直接结算及生育津贴待遇“免申即享”。参保人员异地生育无法直接结算及未能享受生育津贴“免申即享”的,在下一个结算年度结束前,凭身份凭证、生育证、医疗费用发票、费用清单、病历等资料到参保地医保经办机构或通过医保网上服务平台申请生育保险待遇。

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。按规定在省规定延长参保期内参保的,自参保缴费次日享受待遇。居民参保时,



凭户口簿或居住证在户籍或居住地社区（村）居委办理或者通过医保、税务网上服务平台进行参保登记后自助参保缴费。高校新入学学生在集中参保期内参加我市下年度居民医保，当年未在户籍地参保的，自参保缴费之日起可享受我市居民医保待遇。

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工作。

第十四条 除新生儿、动态新增的医疗救助对象、相关部门认定的低收入人口、征兵工作部门提供的退回新兵、符合规定的职工医保中断缴费人员、当年退出现役的军人及随迁的由部队保障的随军未就业配偶、刑满释放等退出其他制度保障的人员外，对未在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；其中，未连续参保的，每多断保1年，原则上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原则上不少于6个月。修复缴费标准参照修复缴费当年我省城乡居民医保个人缴费标准。



第十五条 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。在市域内基层医疗机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心以及一体化管理的村卫生室和社区卫生服务站，下同）发生的门诊医疗费用，医保基金按照 60%比例支付，年度基金累计最高支付 150 元/人（含一般诊疗费）。

（二）大额普通门诊。在市域内二级及以上医疗机构发生的门诊医疗费用，年度累计超过 800 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。参保居民（大学生除外）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）慢特病门诊。参保居民患有省规定的慢特病病种，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。

（四）大学生普通门诊。具备包干能力的高校，在校大学生普通门诊统筹包干资金按照 70 元/人标准由学校统筹包干使用，参保大学生门诊包干报销待遇不得低于城乡居民普通门诊待遇，不再享受城乡居民基层普通门诊和大额普通门诊待遇；未实行门诊包干的高校，参保大学生按普通居民享受普通门诊待遇。



参保居民在门诊发生的符合规定的产前检查相关医疗费用纳入门诊保障，享受普通门诊统筹待遇；在住院期间发生的普通门诊费用，慢特病门诊个人自付费用以及健康体检、公共卫生等不属于基本医疗保险支付范围的费用，不纳入基层普通门诊和大额普通门诊费用报销或累计范围。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。

第十六条 参保居民在本地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：

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%、80%、75%、70%。未经医疗机构规范转诊跨县（市）域在省属三级医疗机构住院治疗的，起付线增加 0.5 倍，报销比例降低 10 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。

第十七条 参保居民按规定享受下列其他待遇：

（一）参保居民在门诊发生的符合规定的产前检查相关医疗费用纳入门诊保障，享受普通门诊待遇。住院分娩发生的医疗费用定额补助顺产（含助娩产）1600 元、剖宫产 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。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。分娩当期按住院待遇结算的，不再享受定额补助。

（二）残疾人配备辅助器具补助。残疾人装配下肢假肢、7周岁及以下听力障碍儿童配备助听器的，补助周期三年，补助标准按省医疗保障局统一规定执行。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

第十八条 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）大病保险年度起付标准为 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 65%、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 80%。



（三）大病保险年度支付限额为 30 万元。我市特困人员、低保对象、返贫致贫人口大病保险起付标准降低 50%，各分段支付比例提高 5 个百分点，不设年度支付限额。

（四）2025 年起，对连续参加居民医保满 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。对当年基金零报销的居民医保参保人员，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。居民发生大病报销并使用奖励额度后，前期积累的零报销激励额度清零。断保之后再次参保的，连续参保年数重新计算，前期激励额度不清零。跨制度转移接续可认定为连续参保，但职工医保缴费年限不计入居民医保连续参保年限。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。

第十九条 大病保险基金支付范围按省医疗保障部门规定范围执行。

第六章 就医结算服务

第二十条 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。

第二十一条 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。

第二十二条 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。

第二十三条 支持紧密型县域医共体、城市医疗集团建设，鼓励基层首诊、双向转诊。实行双向转诊的，扣除上转首次、免除下转第二次住院起付费用。省规定的多疗程住院病种，参保人员在一个年度内因同一病种在同一家医疗机构住院的只计一次起付标准。

第二十四条 参保人员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限额下据实结算，年终清算。具体办法由市医疗保障部门另行制定。



第二十五条 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，医疗费用按普通住院报销政策执行。

第二十六条 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。

第二十七条 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。

第二十八条 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。

第二十九条 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

第三十条 《合肥市基本医疗保险办法》（合肥市政府令第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。

第三十一条 本细则由市医疗保障局负责解释。

第三十二条 本细则自2025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。