

宣 城 市 医 疗 保 障 局

宣 城 市 民 政 局

宣 城 市 财 政 局 文 件

宣 城 市 卫 生 健 康 委 员 会

宣 城 市 乡 村 振 兴 局

宣医保〔2021〕31号

## 关于印发宣城市统一城乡医疗救助保障待遇 实施办法（试行）的通知

各县市区医疗保障局、民政局、财政局、卫生健康委、乡村振兴局，市医保中心：

《宣城市统一城乡医疗救助保障待遇实施办法（试行）》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。





宣城市卫生健康委员会



宣城市乡村振兴局

2021 年 11 月 25 日

---

抄送：安徽省医疗保障局

---

宣城市医疗保障局

---

2021 年 11 月 26 日发

---

# 宣城市统一城乡医疗救助保障待遇 实施办法（试行）

第一条 为保障困难群众基本医疗需求，最大限度减轻困难群众医疗支出负担，维护社会和谐稳定，根据《社会救助暂行办法》（国务院令 第 649 号）、《安徽省人民政府关于贯彻落实〈社会救助暂行办法〉的实施意见》（皖政〔2014〕83 号）、《中共安徽省委安徽省人民政府关于深化医疗保障制度改革的意见》（皖发〔2020〕27 号）、《安徽省巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略实施方案》（皖医保发〔2021〕8 号）等文件精神，制定本办法。

第二条 城乡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）坚持医疗救助与基本医疗保险、大病保险相衔接的原则；
- （五）坚持应救尽救的原则；
- （六）坚持公开、公平、公正、及时的原则。

第三条 城乡医疗救助基金通过财政安排、专项彩票公益金、社会捐助等渠道筹集。市、县两级财政部门应当根据基金需求和上级财政补助基金情况，足额安排财政医疗救助基金和

工作经费，列入当年财政预算。实施过程中基金缺口部分，由市、县两级财政及时予以弥补。

第四条 医疗救助基金由市、县两财政部门统一管理、分账核算、专款专用，当年筹集的医疗救助基金应当应救尽救。医疗救助基金应当开展专项审计或绩效评估，并将审计或评估结果作为基金安排的参考依据。

第五条 医疗救助实行全市范围内救助对象统一、待遇保障统一、信息系统统一。

第六条 医疗救助工作实行属地管理，由县（市、区）人民政府负责，县（市、区）医疗保障部门组织实施。

民政部门做好特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障家庭成员、低保边缘家庭和支出型困难家庭认定工作；

财政部门负责筹集并及时拨付医疗救助基金；

卫生健康部门负责医疗行为的监督管理等工作；

乡村振兴部门做好返贫致贫人口和防止返贫监测对象的认定工作。

第七条 各相关部门之间要加强协作配合，实现医疗救助对象身份、家庭收入、财产状况、诊疗情况及费用等信息共享，提高管理服务水平，方便困难群众。

第八条 各地医保、民政、乡村振兴等部门要完善医疗救助对象身份信息比对机制，在每年城乡居民医保征缴工作启动

后，各地民政部门、乡村振兴部门要向当地医保部门准确提供医疗救助对象名单。当年动态新增的特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童、低保对象、返贫致贫人口、防止返贫监测对象、低保边缘家庭和支出型困难家庭等特殊群体，各地民政部门、乡村振兴部门要实时向当地医保部门推送名单，确保动态覆盖、应保尽保。

第九条 医疗救助对象分为重点救助对象、其他救助对象和依申请救助对象。

（一）重点救助对象。包括：特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障家庭成员（以下简称低保对象）、返贫致贫人口和防止返贫监测对象（乡村振兴部门认定的脱贫不稳定户、边缘易致贫户和突发严重困难户）；

（二）其他救助对象。包括：低保边缘家庭的重病患者、支出型困难家庭的重病患者。

（三）依申请救助对象。一个年度内家庭总收入减去个人自付医疗总费用后低于农村低收入家庭标准且符合低收入家庭财产核查条件的重病患者，按照户申请、乡镇评议审核、县级医保与民政、乡村振兴等部门审批的程序，纳入依申请救助。

第十条 医疗救助范围包括：

（一）资助参保。重点救助对象参加城乡居民基本医疗保险个人负担的费用实行分类资助，其中，对特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童给予全额资助，其他重点救助对象给予定额

资助。

（二）住院救助。医疗救助对象在定点医疗机构发生的合规住院医疗费用。

（三）门诊救助。

1. 特殊门诊：医疗救助对象在定点医药机构发生的合规门诊慢特病或国家规定的罕见病病种需要长期门诊治疗的医疗费用。

2. 普通门诊：重点救助对象在定点医疗机构发生的普通门诊合规费用。

第十一条 医疗救助的标准为：

（一）一般医疗救助。重点、其他救助对象在定点医疗机构发生的住院和特殊门诊医疗费用，经基本医疗保险、大病保险等报销后，个人自付合规费用按照下列标准救助：

1. 特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童：救助比例 80%，年度救助金额最高 5 万元。

2. 低保对象：救助比例 75%，年度救助金额最高 3 万元。

3. 返贫致贫人口：个人自付合规费用累计超过 1500 元的，超过部分救助 70%，年度救助金额最高 3 万元。

4. 防止返贫监测对象：个人自付合规费用累计超过 3000 元的，超过部分救助 60%，年度救助金额最高 3 万元。

5. 低保边缘家庭、支出型困难家庭重病患者：个人自付合规费用累计超过 1 万元的，超过部分救助 50%，年度救助金额最

高 1 万元。

（二）普通门诊救助。重点救助对象在定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用，经基本医疗保险报销后的个人自付合规费用，特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童按照 100%的比例救助，其他重点救助对象按照 70%的比例救助，年度救助限额为 300 元。

（三）重特大疾病救助。对经大病保险报销后仍有困难的重点、其他救助对象实施重特大疾病救助，重点、其他救助对象在定点医疗机构发生的住院和特殊门诊医疗费用，经基本医疗保险、大病保险和一般医疗救助后，个人自付合规费用仍然过高的，按照下列标准救助：

1. 重点救助对象：个人自付合规费用 1 万元以上的，超过部分按照 50%比例救助，年度救助金额最高 2 万元。

2. 其他救助对象：个人自付合规费用 2 万元以上的，超过部分按照 50%比例救助，年度救助金额最高 1 万元。

（四）对符合救助条件的 0—14 周岁（含 14 周岁）儿童急性白血病、先天性心脏病等患儿的医疗救助，按照《安徽省医保局关于印发安徽省基本医疗保险按病种分组付费病种及医保支付标准（第一批）的通知》（皖医保发〔2019〕41 号）确定的医疗救助标准执行。

第十二条 建立倾斜救助机制。重点救助对象在定点医疗机构发生的住院和特殊门诊医疗费用，经基本医疗保险、大病

保险、一般医疗救助、重特大疾病救助后，个人自付合规费用仍然较高的，适当给予倾斜救助。对重点救助对象个人自付合规费用 1.5 万元以上的部分给予倾斜救助，按照 50% 的比例救助，年度救助金额最高 5 万元。

第十三条 建立防范化解因病致贫返贫长效机制。纳入依申请救助范围的人员在一个年度内，在定点医疗机构发生的住院和特殊门诊医疗费用经基本医疗保险、大病保险报销后，个人自付合规费用 2 万元以上的部分给予救助，救助比例为 50%，年度救助限额为 2 万元。

第十四条 因各种原因未能参加基本医疗保险的重点、其他救助对象，其在定点医疗机构发生的住院医疗费用中的个人自付合规费用在 2 万元以上，按照 40% 的比例救助，年度救助金额最高 1 万元。

第十五条 对基本医疗保险实行 DIP 分值付费、DRG 点数付费、按病种付费、日间病床等无法区分个人自付合规费用的，按基本医疗保险、大病保险报销后剩余的医疗费用确定为个人自付合规费用。

第十六条 重点、其他医疗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。应当由医疗救助基金支付的费用，由医疗机构先行垫付，医疗救助对象只需支付个人自付部分。无法在定点医疗机构“一站式”结算的重点、其他医疗救助对象，先由个人支付医疗费



用，在医疗费用发生后至次年年底前向当地医疗救助经办部门申请结算报销。

第十七条 依申请救助对象按以下程序申请医疗救助。

（一）申请。依申请救助人员在医疗费用发生后至次年年底前，按户向乡镇人民政府、街道办事处申请，提供申请表、有效身份证、基本医保、大病保险报销后的结算单、出院小结、本年度病历和必要的病史资料及家庭经济状况查询授权书。医疗救助对象死亡的，由其共同生活的家庭成员或所在村（居）代为提出医疗救助申请。

（二）审核。乡镇人民政府、街道办事处在接到申请材料后的5个工作日内，通过评议、派人入户调查、家庭经济状况核对等方式，完成审核，符合条件的，对申请人有关情况进行公示。公示无异议后，由乡镇人民政府、街道办事处报送县（市、区）医保部门。不符合医疗救助条件的，乡镇人民政府、街道办事处应当书面告知申请人。

（三）审批。县（市、区）医保部门与民政、乡村振兴等部门在5个工作日内完成审批。审批后3个工作日内将医疗救助基金通过财政部门或“城乡医疗救助基金支出户”打入申请人社会保障卡或指定银行账户，实行社会化发放。

第十八条 医疗救助对象在宣城市区域外就医时，按基本医疗保险异地就医规定办理备案手续及费用结算。

第十九条 医疗救助实行定点医疗机构管理，定点医疗机

构的范围按照宣城市基本医疗保险定点医疗机构执行。按照平等自愿的原则，医保经办机构与定点医疗机构签订服务协议，明确双方的责任、权利和义务。

第二十条 定点医疗机构应当适当降低医疗救助对象住院治疗入院预缴费用，确保困难群众能及时入院接受治疗，按规定进行基本医保、大病保险和医疗救助“一站式”结算。

第二十一条 定点医疗机构存在以下情形的，医疗救助基金不予支付，由医疗机构承担。

（一）医疗机构将不符合住院标准的患者收住入院，或将符合出院标准应予出院的患者继续滞留住院的，或不具备基本诊治条件而截留患者住院而产生的费用；

（二）非诊疗需要，进行过度检查治疗发生的费用，违反临床用药常规及联合用药规范超剂量、超品种用药的，医嘱外滥用药发生的费用；

（三）诱导患者在住院治疗期间到药房或门诊购药的费用（医保部门另行规定的情况除外）；

（四）违反医疗服务价格政策，擅自提高收费标准、分解项目收费、私立项目收费而产生的费用；

（五）将基本医保目录外药品和诊疗项目串换为目录内支付的费用；

（六）将生活用品、保健食品和用品串换成基本医保基金支付的费用；

（七）医疗机构与患者串通或者冒用医疗救助对象身份产生的医药费用；

（八）使用临床实验类药品、诊疗项目的费用；

（九）医疗事故造成的医药费用；

（十）其他不应当纳入医疗救助范围的费用。

第二十二条 各县（市、区）医疗保障部门应当加强医疗救助档案管理，建立健全医疗救助台帐，实时掌握基金收支情况。在建立个人电子档案基础上，完善纸质档案，确保个人医疗救助档案完整、准确。

第二十三条 本办法由市医疗保障局负责解释。

第二十四条 本办法自 2022 年 1 月 1 日起施行。实施期间，国家和省医疗救助政策有新规定的，从其规定。