

郎溪县医疗保障局 郎溪县财政局 郎溪县扶贫开发局 郎溪县民政局

文件

郎医保综〔2019〕13号

关于印发《郎溪县城乡医疗救助实施办法》的 通知

各乡镇人民政府、十字铺茶场：

现将《郎溪县城乡医疗救助实施办法》印发给你们，请认真贯彻落实。



郎溪县医疗保障局



郎溪县财政局



郎溪县扶贫开发局



郎溪县民政局

2020年6月1日

郎溪县城乡医疗救助实施办法

根据省医保局、省财政厅、省民政厅、省扶贫办《城乡医疗救助实施方案》和市医保局等四部门《关于印发宣城市城乡医疗救助实施办法的通知》（宣医保秘〔2020〕28号）等相关文件精神，结合我县实际，制定本实施办法。

一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻落实党的十九大和十九届二中、三中、四中全会精神，健全社会救助体系、保障困难群众基本医疗权益，最大限度减轻困难群众医疗支出负担，实现困难群众享有基本医疗保障，为决胜全面建成小康社会提供健康保障。

二、目标任务

资助困难群众参保全覆盖，住院救助和门诊救助应救尽救，以保障困难群众基本医疗权益为目标，最大限度减轻困难群众医疗支出负担。

三、救助对象

- （一）最低生活保障对象（以下简称“低保对象”）；
- （二）特困供养人员；
- （三）农村建档立卡贫困人口（以下简称贫困人口）；
- （四）低收入家庭的老年人、未成年人、重病患者、重度残疾人（以下简称“低收入医疗救助对象”）；

（五）因病致贫家庭重病患者（指因医疗费用支出超过家庭负担能力，导致基本生活出现严重困难家庭中的重病患者）；

（六）有暴力倾向、危险性评估达3级以上属肇事肇祸精神病患者；

（七）不符合贫困户识别标准但实际存在困难的群众；

（八）县政府规定的其他特殊困难人员。

低收入医疗救助对象、因病致贫家庭重病患者的认定，按照《郎溪县城乡低收入及因病支出型贫困家庭认定办法（试行）》（民救〔2016〕98号）执行。

四、救助范围

（一）对低保对象、特困供养人员和贫困人口不设病种限制。对低收入医疗救助对象、因病致贫家庭重病患者、不符合贫困户识别标准但实际存在困难的群众和县政府规定的其他特殊困难人员实施医疗救助，须是重特大疾病或重症慢性病。

重特大疾病或重症慢性病医疗救助范围要考虑收入水平略高于贫困人口的群体，既可以按照“所患病种”确定，也可以按照患者个人自付的“医疗费用”确定。主要病种是：严重器官衰竭（心、肝、肺、脑、肾）、乳腺癌等各种恶性肿瘤、耐多药肺结核、艾滋病机会性感染、慢性粒细胞白血病、急性心肌梗塞、脑梗死、血友病、肝肾移植前透析和手

术后抗排异治疗、II型糖尿病、甲亢、唇腭裂、重性精神疾病、晚期血吸虫病和县政府规定的其它病种等。对经大病保险报销后仍有困难的医疗救助对象实施重特大疾病医疗救助。重特大疾病医疗救助的合规费用范围参照我县大病保险的相关规定确定。

（二）对救助对象经基本医疗保险、大病保险和各类补充医疗、商业保险等（以下简称“各种保险”）报销及优抚医疗补助后，仍难以负担的合规医疗费用给予医疗救助。对因各种原因未能参加城乡居民医保的救助对象，按照第五条第7项计算。对实行按病种付费无法区分合规医疗费用的，合规自付医疗费用按基本医疗保险和各种保险报销后剩余的医疗费用确定。

（三）下列情形发生的医疗费用不属于医疗救助范围：

1. 自杀、自残、打架斗殴、酗酒、吸毒；
2. 镶牙、整容、矫形、配镜；
3. 有第三者赔偿责任的交通事故、工伤事故、医疗事故；
4. 违法、违规、违章造成的伤害；
5. 其他由县医疗保障局认定的不属于医疗救助的情形。

五、救助标准

对低保对象、特困供养人员、贫困人口和有暴力倾向且危险性评估达3级以上属肇事肇祸精神病患者取消医疗救助起付线。其中：

1. 特困供养人员经城乡基本医疗保险和大病医疗保险或补充医疗保险、商业保险（以下简称各种保险）补偿及优抚医疗补助后，仍难以负担的合规医疗费用（合规费用根据县城乡居民大病保险的有关规定确定），由医疗救助金按 80% 比例救助，每次救助最高为 15000 元，住院和门诊年度累计救助金额一般不超过 3 万元。

2. 低保对象经各种保险补偿后，仍难以负担的合规医疗费用，由医疗救助金按 70% 比例救助，每次救助最高为 6000 元，住院和门诊年度累计救助金额不超过 1.5 万元。

3. 贫困人口医疗救助比例及资金结算方式按现行有关规定执行。

4. 有暴力倾向、危险性评估达 3 级以上属肇事肇祸精神病患者，根据《郎溪县肇事肇祸精神病人监护治疗管理暂行规定》（郎政〔2011〕6 号）有关规定，经各种保险补偿后，仍难以负担的合规医疗费用，由医疗救助金按 70% 比例救助，每次救助最高为 6000 元，住院和门诊年度累计救助金额不超过 1.5 万元。

5. 对已参保的低收入医疗救助对象、因病致贫家庭重病患者、不符合贫困户识别标准但实际存在困难的群众和县政府规定的其他因病致贫困难人员，患第四条第（一）点规定病种或自付费用数额大，经各种保险补偿后仍难以负担合规医疗费用，按照个人自付费用年度累计 1 万元为医疗救助起

付线，超过医疗救助起付线的个人自付合规费用由医疗救助金按 50%比例救助，每次救助最高为 6000 元，住院和门诊年度累计救助金额不超过 1.2 万元。

6. 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。

7. 对因各种原因未能参加城乡基本医疗保险的救助对象，住院发生医疗费用后，其合规医疗费用按总医疗费用的 40%计算。对低收入医疗救助对象、因病致贫家庭重病患者、不符合贫困户识别标准但实际存在困难的群众和县政府规定的其他因病致贫困难人员，经各种保险补偿后仍难以负担合规医疗费用，按照个人自付费用年度累计 1 万元为医疗救助起付线，超过医疗救助起付线的个人自付合规费用由医疗救助金按 50%比例救助，年度累计救助金额不超过 1.2 万元。

对经上述各种保险补偿（含保底补偿）或医疗救助后，剩余个人自负医疗费用仍然较高的救助对象，将根据救助对象需求和医疗救助基金筹集情况酌情予以再次救助。

六、救助方式

（一）资助参保。资助低保对象、特困供养人员、贫困人口和低收入医疗救助对象参加我县城乡居民基本医疗保险

险。其中，对低保对象、特困供养人员、贫困人口，代其缴纳个人应负担的全部参保资金；对其他救助对象，可视财力代其缴纳个人应负担的部分或全部参保资金。

（二）实施住院救助。对救助对象中的大病及重症慢性病患者，视情实施医前、医中或医后救助。对已明确临床诊疗路径的重特大疾病病种，可采取按病种付费等方式给予救助。

（三）规范门诊救助。重点针对患慢性病需要长期服药和患重特大疾病需要长期门诊治疗，且个人自负医疗费用较高的医疗救助对象。每次救助最高标准为 2000 元，门诊年度累计救助金额不超过 1 万元。卫健部门已经明确诊疗路径、能够通过门诊治疗的病种，可采取单病种付费等方式开展门诊救助。

七、救助的申请、审批程序

（一）推行定点医疗机构即时结算医疗救助费用办法。按照公开平等、竞争择优的原则确定医疗救助定点医疗机构。重特大疾病医疗救助的用药范围、诊疗项目等，原则上参照基本医疗保险和城乡居民大病保险的相关规定执行。对确需到上级医疗机构或跨县域异地医院就诊的医疗救助对象，应按规定履行转诊或备案手续。定点医疗机构要取消救助对象住院押金，推行诊疗费用（挂号费、诊查费、检查费、药费和住院床位费等）优惠减免，确保困难群众及时入院接受治疗。

医疗救助与基本医疗保险、城乡居民大病保险、贫困人口综合医保、疾病应急救助、商业保险等信息管理平台互联互通、信息共享，相关部门及时准确提供相关数据，实现“一站式”信息交换和即时结算。

（二）低保对象、特困供养人员、贫困人口凭相关证件和证明材料到开展即时结算的定点医疗机构就医，所发生的医疗费用，应由医疗救助基金支付的，由定点医疗机构按协议先行垫付，救助对象只需支付自付部分。定点医疗机构垫付部分由县医保局据实定期结算。对不按规定用药、诊疗和提供医疗服务所发生的医疗费用，城乡医疗救助基金不予结算。

（三）低收入医疗救助对象、因病致贫家庭重病患者、不符合贫困户识别标准但实际存在困难的群众和县政府规定的其他特殊困难人员，在申请医疗救助时，须持相关证件和证明材料，到户籍所在地乡镇（十字铺茶场）社会救助服务窗口提出书面申请，并出具本年度的诊断病历和必要的病史证明材料；乡镇（十字铺茶场）在接到申请后的5个工作日内，完成入户调查、审核等工作，并于每月16日前将申报材料报县医疗保障局。县医保部门接到材料后，在5个工作日内完成审批。县财政部门接到县医保部门的审批表后，在3个工作日内将救助资金打入其指定金融机构，实行社会化发放。对农村医疗救助对象，要通过财政涉农资金“一卡

通”发放到户。如遇突发性重特大疾病患者，应特事特办，及时审核、审批。对不符合救助条件的，要书面说明理由，通知申请人。

（四）规范医疗救助台帐，建立信息准确、数据完善的救助花名册，实时掌握医疗救助基金收支情况。加强医疗救助档案管理，要在电子档案基础上，建立完善纸质档案，确保个人救助档案中定点医疗机构提供的费用结算清单、医疗费用凭证、出院小结等相关凭证齐全。医疗救助只对救助对象一个年度内发生的医疗费用进行救助，原则上不跨年度救助。

八、资金筹集管理

（一）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。县级财政每年都要安排城乡医疗救助基金，并列入当年财政预算。根据救助对象数量、救助标准、医药费用增长情况以及医疗保险、大病保险、商业保险报销水平等，科学测算医疗救助资金需求，县财政根据测算的资金需求和上级财政补助资金情况，足额安排本级财政医疗救助资金，实施过程中的缺口部分，由县级财政及时予以弥补。

（二）坚持“量入为出、年度平衡”的资金管理原则，对救助对象及时实施救助。资助救助对象参加基本医疗保险的资金和定点医疗机构为救助对象先行垫付的医疗救助资金，经县医保部门同县财政部门会商后，由县财政部门定期

核拨至基本医疗保险和定点医疗机构资金专户，并通知经办机构为其办理有关手续。其余医疗救助资金，由县医保部门按规定程序审批。救助资金实行社会化打卡发放。

（三）县财政部门要结合实际情况，盘活财政存量资金，优化财政支出结构，提升资金使用效益。县财政、医保部门要加强资金使用管理情况检查，确保资金使用安全、管理规范。对存在虚报冒领、挤占挪用、贪污浪费等违纪违法行为的，按照有关法律法规严肃处理。对故意编造虚假信息，骗取上级补助的，除责令立即纠正、扣回、停发上级补助资金外，还应按规定追究有关单位和人员的责任。

九、组织实施

（一）医疗救助工作坚持属地管理原则，实行县人民政府负责制，由医保部门牵头组织实施，民政部门负责低保对象和特困供养人员认定，协助做好低收入医疗救助对象、因病致贫家庭重病患者的认定；扶贫部门负责做好建档立卡贫困人口确定；财政部门负责医疗救助基金的筹集使用和监督检查。

（二）各部门间应加强各种救助制度与保险制度的衔接，完善“一站式”管理服务和做好大病保险与医疗救助制度的衔接。实现不同医疗保障制度之间人员信息、就医信息和医疗费用信息的共享，提高管理服务水平，方便困难群众。

（三）建立健全城乡医疗救助绩效评价考核体系，严格

对城乡医疗救助工作的督促检查，加强社会监督，增强约束力和工作透明度。健全责任追究机制，严肃查处挤占、挪用、虚报、冒领城乡医疗救助资金等违规违纪违法行为。

抄送：宣城市医疗保障局。

郎溪县医疗保障局

2020年6月1日印发
