

宣医保〔2022〕17号

关于印发《宣城市城乡医疗救助保障待遇 实施办法》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：

现将《宣城市城乡医疗救助保障待遇实施办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

宣城市医疗保障局

宣城市民政局

宣城市财政局

宣城市卫生健康委员会

宣城市乡村振兴局

2022年10月12日

宣城市城乡医疗救助保障待遇实施办法

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《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）、《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。县（市、区）财政部门应当根据基金需求和上级财政补助基金情况，统筹安排财政医疗救

助基金和工作经费。实施过程中基金缺口部分，由县（市、区）财政及时予以弥补。

第四条 医疗救助基金由县（市、区）财政部门统一管理、分账核算、专款专用，并定期开展专项审计或绩效评价，并将审计或评价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、最低生活保障家庭成员、低保边缘家庭成员和支出型困难家庭中的因病致贫重病患者认定工作；

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、

低保对象、返贫致贫人口、防止返贫监测对象、低保边缘家庭成员和因病致贫重病患者等特殊群体，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 医疗救助适用于医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民，对象分为特困人员、低保对象、返贫致贫人口、防止返贫监测对象（脱贫不稳定和纳入相关部门农村低收入人口监测范围的人口）、低保边缘家庭成员以及支出型困难家庭中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（以下简称因病致贫重病患者）六类人员。其他特殊困难人员可由民政、乡村振兴部门根据职责纳入上述六类人员类别后救助。

第十条 医疗救助范围包括：

（一）资助参保。对特困人员给予全额资助，低保对象给予 80%-90%定额资助，返贫致贫人口给予 70%-80%定额资助，防止返贫监测对象给予 50%定额资助，具体资助标准在每年城乡居民医保征缴文件中统一确定。当年动态新增的救助对象（特困人员、低保对象、返贫致贫人口、防止返贫监测对象、低保边缘家庭成员以及因病致贫重病患者），在城乡居民医保集中参保缴费期结束后可补办城乡居民医保参保手续，按相关规定享受资助参保政策并缴纳个人参保费用。已参加城乡居民基本医保，进入保障年度后新认定为救助对象的不再追补资助。

（二）医疗费用救助。医疗救助对象在参保地定点医疗机构或按规定转诊异地就医发生的住院费用及门诊慢性病、特殊病医疗费用。

第十一条 医疗救助的基本救助水平为：在市域内定点医疗机构或按规定程序转诊异地就医（急诊、抢救除外）发生的住院和门诊慢特病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：对特困人员不设起付线，救助比例 80%；对低保对象不设起付线，救助比例 75%；返贫致贫人口年度个人自付合规费用累计超过 1500 元的，超过部分救助 70%；防止返贫监测对象、低保边缘家庭成员年度个人自付合规费用累计超过 3000 元的，超过部分救助 60%；因病致贫重病患者年度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 5 万元。

第十二条 建立倾斜救助机制。对规范转诊且在省域内就医的特困人员、低保对象、返贫致贫人口、防止返贫监测对象和低保边缘家庭成员在定点医疗机构发生的住院和门诊慢特病费用，经基本医疗保险、大病保险、基本救助后，个人自付合规费用仍然较高的，适当给予倾斜救助。对上述救助对象年度个人自付合规费用 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。

（一）分类健全因病致贫和因病返贫双预警机制，对经

基本医保、大病保险等支付后个人年度医疗费用负担仍然较重的医疗救助对象，以 1.5 万元设定监测标准。对稳定脱贫人口、普通参保人员，以 3 万元设定监测标准。加强部门间信息共享和核查比对，医保部门及时将达到监测标准的人员信息推送给民政、乡村振兴等部门，民政、乡村振兴等部门根据预警信息，协同做好风险研判和处置，符合医疗救助对象条件的，及时按规定纳入医疗救助及其它社会救助范围，实施医疗救助对象信息动态管理。

（二）畅通依申请救助渠道。全面建立依申请救助机制，按照户申请、村（社区）评议、乡镇（街道）审核、县级医保与民政、乡村振兴等部门联合确定的程序，对因病致贫重病患者在身份认定前当年内个人自付的合规医疗费用给予相应救助。年度内动态新增加的救助对象在身份认定前当年内个人自付的合规医疗费用可依申请追溯给予相应救助。因个人原因未参加基本医保的原则上不纳入医疗救助范围。

第十四条 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、按床日付费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。

第十五条 医疗救助对象在市域内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，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。

第十六条 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。按规定转诊的救助对象，执行全市统一的救助标准，未按规定转诊的救助对象所发生的医疗费用原则上不纳入医疗救助范围。

第十七条 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。

第十八条 经基层首诊转诊的特困人员、低保对象、防止返贫监测对象在市域内定点医疗机构住院，实行“先诊疗后付费”，全面免除其住院押金。

第十九条 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。

第二十一条 本办法自2023年1月1日起执行。同时停止执行《宣城市统一城乡医疗救助保障待遇实施办法（试行）》。

第二十二条 本办法由市医疗保障局负责解释。实施期间，国家和省医疗救助政策有新规定的，从其规定。