

# 泾县医疗保障局 泾县财政局 泾县民政局 文件

泾医保〔2020〕51号

## 关于印发泾县城乡医疗救助实施细则的通知

各乡镇人民政府：

现将《泾县城乡医疗救助实施细则》印发给你们，请遵照执行。



2020年7月10日

# 泾县城乡医疗救助实施细则

**第一条** 根据《宣城市人民政府办公室关于印发宣城市2020年民生工程实施方案的通知》（宣政办秘【2020】26号）和《宣城市2020年度城乡医疗救助实施办法》的通知（宣医保秘【2020】28号）文件精神，结合我县实际，制定本实施细则。

**第二条** 城乡医疗救助坚持以下原则：

- （一）可持续和公开、公平、及时的原则；
- （二）政府主导、社会参与，政府救助与社会扶助相结合的原则；
- （三）救助水平与本地财政承受能力相适应的原则；
- （四）救助细则与基本医疗保险、大病保险等保障制度相互衔接的原则；
- （五）救助资金坚持量入为出、年度平衡的原则。

**第三条** 城乡医疗救助基金通过财政安排、福彩公益金、社会捐赠等渠道筹集。根据救助对象数量、救助标准、医药费用增长和上级财政补助资金情况科学测算资金需求，足额安排财政医疗救助基金。

**第四条** 资助救助对象参加当地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基金，在会商后，由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。其余医疗救助基金按

规定程序审批，并及时通知申请人持有关证件到有关金融机构领取。

**第五条** 医疗救助工作实行属地管理。县医疗保障局牵头组织实施；民政局负责特困供养人员、低保对象、孤儿、低收入家庭和因病致困家庭经济状况核对认定工作；扶贫局负责贫困人口认定工作；财政局负责医疗救助基金的筹集使用和监督检查。

**第六条** 救助对象分为重点救助对象和其他救助对象

（一）重点救助对象：包括最低生活保障对象（以下简称“低保对象”）、特困供养人员（或孤儿）、农村建档立卡贫困人口（以下简称贫困人口）；

（二）其他救助对象：包括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”）、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）。低收入医疗救助对象、因病致贫家庭重病患者以及其他特殊困难对象的认定，由个人申请，户籍所在地乡镇人民政府审核认定。

**第七条** 医疗救助范围

（一）资助参保费用。对低保对象、特困供养人员、贫困人口和低收入医疗救助对象参加当地城乡居民基本医疗保险给予补贴。其中，对特困供养人员个人参保缴费给予全额补贴；对低保对象、贫困人口、其他救助对象个人参保缴费给予定额

补贴，当年应及时完成下年度参保资助工作。

（二）住院医疗费用。救助对象在定点医疗机构发生的住院医疗费用。

（三）门诊医疗费用。救助对象发生的下列门诊医疗费用，纳入救助范围：

1、重点对象（特困供养及低保对象）提供省内定点医疗机构（乡镇卫生院及以上）门诊发票第一联及疾病诊断证明原件申请，其合规医疗费用按个人自付医疗费用的 50%比例计算确定。

2、其他救助对象在定点医疗机构发生的符合省内规定的门诊慢性病和特殊慢性病医疗费用，且个人自付医疗费用较高的医疗救助对象。

（四）对低保对象、特困供养人员、孤儿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和当地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。因违法犯罪、打架斗殴、酗酒、自杀、自残、吸毒、整容及交通肇事、工伤事故、医疗事故等由他方承担责任的医疗费用，不予受理。

（五）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。

1、主要病种是：严重器官衰竭（心、肝、肺、脑、肾）、各种恶性肿瘤、耐多药肺结核、艾滋病机会性感染、各

类白血病、恶性血液系统疾病、急性心肌梗塞、脑梗死、各类脑出血、血友病、肝肾透析和手术后抗排异治疗、各种器官或组织移植、I 型糖尿病、甲亢、唇腭裂、重型精神病、晚期血吸虫病及安徽省 2019 年城乡居民医保规定特殊慢性病病种范围和政府规定重大疾病（如新型冠状病毒性肺炎）。

2、医疗合规费用确定：定点医疗机构内发生且在医保规定的用药目录、诊疗项目目录及医疗服务设施目录内产生的医疗费用，如病种不符情况下，需提供大病保险补偿单“个人自付 5 万元及以上”确定。提供大病保险补偿单据的按“个人所有自付医疗费用”确定，只提供基本医疗保险结算单且无法核算“合规自费”的票据，按个人自付医疗费用的 50%计算确定。

（六）对救助对象经基本医疗保险、大病保险和各类补充医疗保险等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。

1、因各种原因未能参加城乡基本医疗保险的救助对象提供定点医疗机构住院发票第一联、出院记录及费用清单原件（须附乡镇人民政府入户调查证明）申请，其合规医疗费用按个人自付医疗费用的 50%比例计算确定。

2、基本医疗保险实行单病种定额付费无法区分合规医疗费用的，合规自费医疗费用按基本医疗保险报销及大病保险等各类保险补偿后剩余的医疗费用确定。

## **第八条 医疗救助标准**



(一) 综合考虑患病家庭负担能力、个人自付医疗费用、筹资情况等因素，分类分档确定救助比例和年度最高救助限额（封顶线）。原则上，低保对象、特困供养人员和贫困人口的救助比例高于低收入救助对象，低收入救助对象高于其他救助对象。同一类救助对象，个人自负合规费用数额越大，救助比例及金额越高。救助对象申请救助的费用为一个自然年度发生的合规医疗费用。医疗救助资金精确到十位（个位四舍五入）。

## (二) 一般医疗救助

对低保对象、特困供养人员和贫困人口不设医疗救助起付线；其他对象医疗救助起付线为 5000 元（即经基本医疗保险和各类保险补偿后可报销目录范围内自费超过 5000 元）；对起付线以上的自付合规费用（经基本医疗保险、大病保险及各类保险补偿后个人自付费用）在年度最高救助限额内按比例给予救助。（职工医保对象须经大病保险或职工补充医疗后自费 5 万元以上）。

1、特困供养人员及孤儿本年度住院及门诊合规自费部分全额救助（特殊情况乡镇人民政府出具情况证明），年度救助封顶线为 15000 元，超出部分由户籍所在地乡镇人民政府统筹解决。

2、对低保对象，本年度住院及门诊合规自付费用救助比例为 70%，年度救助封顶线为 15000 元。

3、贫困人口的医疗救助比例及资金结算方式按目前全省

统一实施文件的规定执行（直接在农村贫困人口综合医疗保障“一站式”结算平台医疗救助）。

4、低收入医疗救助对象及因病致贫家庭重病患者，按照本年度住院治疗合规自费部分减去起付线 5000 元后的 10%予以救助；年度救助封顶线为 15000 元。

5、农村建档立卡贫困人口省外医院住院合规自付费用申请医疗救助时按其原来救助对象标准救助；2014、2015 年脱贫的贫困人口（非特困供养及非低保对象）按低收入对象救助比例救助，免起付线，年度救助封顶线为 15000 元（不考虑贫困人口平台已救助金额）。

### （三）重特大疾病医疗救助

患有白血病、尿毒症、器官或组织移植、各种恶性肿瘤重特大疾病救助对象经基本医疗保险、大病医疗保险和各类补充医疗、商业保险等（以下简称“各种保险”）补偿（各类报销补偿单原件齐全，缺一不可）补偿后仍难以负担的合规医疗费用，按照本年度住院治疗合规自费部分减去起付线 5000 元后的 30%比例予以救助，年度救助封顶线为 20000 元。针对家庭特别困难或重特大疾病患者所有医疗自付费用超过 1 万元，原则上视为达到救助起付线，可以不减起付线直接按比例救助，缓解重特大疾病对象医疗支出负担。

（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。

（五）对经上述各种保险补偿、医疗救助年封顶线后，剩余个人自付医疗费用仍然较高的救助对象，由个人申请，户籍所在地乡镇人民政府审核认定并附相关情况证明，酌情予以再次救助（申请再次救助提供的医疗费用大病保险补偿单原件不能重复），再次救助的封顶线为10000元。

### **第九条 救助程序**

（一）实行定点管理。各地要在当地基本医疗保险定点医疗机构范围内，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。对确需到上级医疗机构或异地就医的医疗救助对象，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。

（二）开通即时结算。医疗救助与基本医保、城乡居民大病保险、贫困人口综合医保、疾病应急救助、商业保险等信息平台互联互通，相关部门及时准确提供相关数据，实现“一站式”即时结算。低保对象、特困供养人员和贫困人口到开展即时结算的定点医疗机构就医发生的医疗费用，救助对象只需支付个人自负的部分，应由医疗救助基金支付的，先由定点医疗机构或保险经办机构按协议垫付，再由医保部门定期据实结算。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）规范申办程序。因病致贫家庭重病患者以及当地政府规定的其他困难人员申请医疗救助，须持相关证件和证明材料，到户籍所在地乡镇提出书面申请，并出具本年度的出院记录及大病保险补偿单原件等必要的证明材料。原则上当年发生的医疗费用应在当年申请救助；乡镇人民政府在接到申请后的5个工作日内，派人入户调查、审核；对符合条件的申请人，由所在的村（居）民委员会对申请人相关情况进行公示，公示期3天。公示无异议后，由乡镇人民政府当月月底将受理材料上报县医保局，医保局接到申报材料后，在30个工作日内完成审核、审批。县财政局接到医保局的审批表，审核后将救助资金打入指定的金融机构账户，实行社会化发放。突发性重特大疾病患者，坚持特事特办，及时审核、审批。对不符合救助条件的，要向申请人说明理由、书面通知。

（四）完善管理台账。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。

#### **第十条 基金监管及保障措施**

县财政局要结合实际情况，盘活财政存量资金，优化财政支出结构，提升资金使用效益。财政局和医保局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。财政局负责医疗救助基金的筹集使用和监督检查。

（一）提升服务水平。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。

（二）严格监督管理。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。

（三）各相关部门、医疗机构之间要加强协作配合，实现救助对象身份、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。

**第十一条** 本细则自印发之日起执行，《泾县城乡医疗救助实施办法》（泾医保〔2019〕43号）同时废止。