

全椒县人民政府办公室文件

全政办〔2020〕10号

关于印发《全椒县城乡医疗救助实施办法》的 通 知

各镇人民政府，县政府相关部门、直属机构：

《全椒县城乡医疗救助实施办法》已经县政府研究同意，现予以印发，请各单位结合实际，认真组织实施。



全椒县城乡医疗救助实施办法

根据《关于印发〈安徽省农村贫困人口综合医疗保障制度实施方案〉等三个健康脱贫配套文件的通知》（皖卫财〔2016〕22号）、《关于印发〈滁州市医疗救助实施方案〉的通知》（滁民办〔2018〕32号）、《关于印发全椒县农村困难群众救助工作方案的通知》（全政办〔2018〕86号）和《关于印发〈全椒县城乡医疗救助实施办法〉的通知》（〔2017〕100号）文件精神，结合工作实际，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 and 党的十九大、十九届二中、三中、四中全会精神为指导，以健全社会救助体系、保障困难群众基本医疗权益为目标，进一步健全工作机制，完善政策措施，强化规范管理，加强统筹衔接，最大限度减轻困难群众医疗支出负担，编密织牢保障基本民生安全网。

二、救助对象

- （一）最低生活保障对象（以下简称“低保对象”）；
- （二）特困人员、孤儿；
- （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) 家庭困难未参保的新生儿和刚释放的监管对象。

低收入家庭是指上年度家庭人均可支配收入低于低保标准2倍的家庭。

因病致贫家庭重病患者是指因患重特大疾病，一个年度内自付合规医药总费用(含特殊慢性病门诊)支出过大，导致实际生活水平低于低收入家庭的患者本人。即家庭年度可支配收入减去自付合规医药费用后除以家庭人口数小于低保标准2倍。

特困人员、低保对象、孤儿等困难家庭可直接上报审批；低收入医疗救助对象、因病致贫家庭重病患者须核实家庭收入和财产状况，有如下情况的不予救助：

1、家庭存款及有价证券总金额高于个人自付医疗费用金额。

2、拥有两套(含)以上商品房(包括营业性用房)。

3、拥有两套(不含)以上安置房，或同时拥有安置房和商品房。

4、家庭拥有购置价格在15万元以上(含15万元)机动车辆(作为家庭经济来源的营运车辆除外)。

5、故意隐瞒家庭收入，因拒绝配合调查、核查而无法核实收入、家庭财产或医疗费用支出情况的。

三、救助范围

(一) 对重点救助对象(包括低保对象、特困人员、孤儿和贫困人口)不设病种限制。

(二)对低收入医疗救助对象、因病致贫家庭重病患者实施医疗救助，须是重特大疾病（包括重症慢性病）或符合大病保险报销范围的疾病。

(三)建档立卡贫困人口在省内定点医院治疗的，依照《安徽省农村贫困人口综合医疗保障制度实施方案》(皖卫财〔2016〕22号)的规定实施，从健康扶贫“一站式”平台进行救助，医疗机构先行垫付，再和县医保部门结算；在省外医院治疗的，参照低保对象救助办法进行救助。

四、基本医疗救助方式及标准

(一)救助方式

1、**资助参保。**资助低保对象、特困人员、孤儿、贫困人口参加城乡居民基本医疗保险，代缴纳个人应承担的全部参保资金。

2、**实施住院救助。**对重点救助对象不设医疗救助起付线。其中：参加基本医疗保险的低保户住院治疗产生的费用，经各项保险（包括基本医疗保险、大病保险、各类补充医疗和商业保险等）补偿、优抚医疗补助及社会捐赠后仍难以负担的合规个人自付费用，由医疗救助金按照 75%进行救助；特困人员、孤儿按照合规个人自付费用 90%进行救助；对低收入家庭重病患者及因病致贫家庭重病患者设立医疗救助起付线，分别为 5000 元和 10000 元，住院产生的费用，经各项保险（包括基本医疗保险、大病保险、各类补充医疗和商业保险等）补偿、优抚医疗补助及社会捐赠后仍难以负担的合规个人自付费用，超

过起付线的部分，按照 50%进行救助；对因特殊原因未参加基本医疗保险的重点救助对象（不包括贫困对象），住院治疗产生费用经各项保险补偿后仍难以负担的合规个人自付费用，由医疗救助金按照 65%进行救助；对符合救助条件的 0—14 周岁（含 14 周岁）儿童急性白血病和先天性心脏病患者，设立医疗救助起付线为 5000 元，经各项保险（包括基本医疗保险、大病保险、各类补充医疗和商业保险等）补偿、优抚医疗补助及社会捐赠后仍难以负担的合规个人自付费用，超过起付线的部分，按照 75%进行救助。

3、开展门诊救助。对重症慢性病门诊救助参照住院救助规定执行。对特困人员和孤儿给予年度 1000 元门诊医疗救助。

（二）医疗救助封顶线

1、低保对象年救助封顶线为 2.5 万元，特困人员和孤历年救助封顶线为 3 万元，其他救助对象年救助封顶线为 2 万元。

2、对符合救助条件的农村 0—14 周岁（含 14 周岁）儿童急性白血病和先天性心脏病患者年救助封顶线为 2.5 万元。

（三）其他规定

医疗救助只对救助对象一个自然年度内发生的医疗费用进行救助。

五、重特大疾病医疗救助

重特大疾病医疗救助是在现有医疗救助制度的基础上，有效衔接基本医疗保险和大病保险等制度，对符合条件的患重特大疾病人员实施二次医疗救助。

(一) 救助对象

对重点救助对象(低保对象、特困人员、社会散居孤儿、贫困人口)、低收入医疗救助对象、因病致贫家庭重病患者在扣除“各种保险”、城乡医疗救助后，剩余个人负担部分合规费用仍然过高，确实困难需救助者，可申请重特大疾病医疗救助。

(二) 救助病种

重特大疾病医疗救助对象所患疾病必须是重大疾病（包括重症慢性病）或符合大病保险范围的疾病。具体病种如下：

1、重症慢性病包括：再生障碍性贫血；白血病；血友病；精神障碍（重性）；恶性肿瘤放化疗；慢性肾衰竭（尿毒症期）；器官移植抗排治疗；心脏瓣膜置换术后；血管支架植入术后等；肝硬化（失代偿期）；肝豆状核变性；系统性红斑狼疮；淋巴瘤；骨髓瘤；骨髓增生异常综合征。

2、重大疾病包括：儿童先天性心脏病；儿童白血病；终末期肾病；耐多药肺结核；血友病；慢性粒细胞白血病；唇腭裂；肺癌；食道癌；胃癌；结肠癌；直肠癌；乳腺癌；宫颈癌；重性精神疾病；急性心肌梗塞；艾滋病机会性感染；I型糖尿病；甲状腺功能亢进；脑梗死（重症急性期）；急性早幼粒白血病（>14岁）；双侧感音神经性耳聋（≤14岁）；心脏瓣膜病变；冠心病；冠心病合并心脏瓣膜病变；升主动脉瘤；腰椎滑脱症；青少年脊柱侧凸（≤18岁）；椎管内肿瘤（神经纤维瘤、脊膜瘤）；垂体腺瘤；重型再生障碍性贫血；病窦或二度II型/三度房室传导阻滞；颅内动脉瘤；听神经瘤；骨肉瘤（≤25岁）；发育性髋

关节脱位（2-8岁）；恶性血液系统疾病（>14岁）；退变性脊柱侧弯；苯丙酮尿症（<18岁）；四氢生物蝶呤缺乏症（<18岁）；儿童智力障碍（<7岁）；儿童孤独症（<7岁）；急性髓细胞白血病；主动脉夹层动脉瘤。

（三）救助标准

重特大疾病医疗救助按对象合理个人自付费用分段按比例救助，经基本医疗保险、大病保险、各类补充保险等报销后个人负担的合规医疗费用，扣除起付线5000元后，按四级累进制分段计算二次医疗救助补偿，具体分段和救助标准如下：

1、0.5万元（不含）至2万元（含），低保对象、特困人员和孤儿按40%予以救助，其他救助对象按20%予以救助；

2、2万元以上至5万元（含）部分，所有救助对象按40%予以救助；

3、5万元以上至10万元（含）部分，所有救助对象按50%予以救助；

4、10万元以上部分，所有救助对象按80%予以救助；

重特大疾病医疗救助封顶线为10万元。

六、其他医疗救助

对不符合本文件规定的大病患者，住院治疗产生的医疗费用中个人承担的合规部分，当年达到或超过5万元的，经予个人承担合规医疗费用50%的医疗救助，封顶线为10万元。

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，即

“一站式”结算服务。医疗救助的定点医疗机构和用药范围、诊疗项目等，原则上参照基本医疗相关规定执行。对在滁州市外医疗机构就诊的医疗救助对象，应按规定履行转诊备案手续，未办理转诊备案手续的不享受医疗救助政策待遇。定点医疗机构要取消救助对象住院押金，推行诊疗费用优惠减免，确保困难群众及时入院接受治疗。

（二）重点救助对象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，由定点医疗机构先行垫付，救助对象只需支付自付部分。在县外非定点医院就医的重点救助对象出院后，先办理基本医保报销，然后凭医保报销单到所在镇“一站式”定点医院结算医疗救助金，结算时由本院结报员将报销结算相关信息录入城乡医疗救助“一站式”结算系统，所在镇“一站式”定点医院先行垫付结算资金，垫付资金按月与县医保中心结算。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，到户籍所在地镇政府为民服务大厅医保窗口提出书面申请，并出具本年度的诊断病历和必要的病史证明材料。镇在接到申请后的5个工作日内，派人入户调查、审核；县级医保部门接到申报材料后，在10个工作日内完成审批。县级财政部门接到同级医保部门的审批表后，在5个工作日内将救助资金打入其指定的金融机构，实行

社会化发放。

（四）规范医疗救助台账，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。

八、救助资金筹集与管理

医疗救助基金通过上级转移支付、县级财政资金配套、专项彩票公益金、社会捐赠等渠道筹集。

（一）医疗救助基金通过财政安排、福利公益金、社会捐赠等渠道筹集。县医保局会同县财政局根据救助对象数量、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，编报医疗救助资金预算，纳入财政年度预算。

（二）县财政局对城乡医疗救助基金实行分账核算，专款专用。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，由县级医保部门商县级财政局后，由县财政局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，由县医保部门按规定程序审批，并及时通知申请人持有关证件到县财政局指定的金融机构领取。

（三）坚持“量入为出、年度平衡”的原则，对救助对象实施及时救助。

九、组织实施

（一）医疗救助工作在县人民政府领导下，由县医保部门主管并组织实施，相关部门应密切配合，共同抓好落实。

（二）各镇政府负责做好重点救助对象与本镇定点医院及时结报协调工作；做好在县外非定点医院就医的重点救助对象，到本镇定点医院实行“一站式”结算服务工作；做好其他救助对象（低收入、因病致贫）在镇为民服务大厅医保窗口的申报、家庭收入和财产状况的核查工作。

（三）所有定点医院要做好在本院就医的住院和门诊患者通过“一站式”系统实行资金结算工作。

（四）县财政局会同县医保部门制定城乡医疗救助资金管理办法，筹集并及时拨付医疗救助资金。为保障医疗救助工作正常开展，县财政每年按上年度城乡医疗救助资金支出总额的1%，安排必要的工作经费和系统维护费用，并列入财政预算。

（五）县卫健委要加强对医疗机构监督管理，规范医疗服务行为，提高救助服务质量。

（六）县民政部门负责低保、特困、孤儿人员认定、城乡困难群众医疗救助“一站式”服务管理系统基础信息采集录入、人员动态管理等工作；协助镇为民服务大厅医保窗口工作人员出具《申请救助家庭经济状况核对报告》。

（七）扶贫部门负责做好建档立卡救助对象的确定工作。

十、相关要求

（一）有关单位、组织和个人要如实提供实施医疗救助所需情况资料，配合医疗救助调查工作，确保公开、公平、公正。

（二）对相关责任单位或个人违反有关规定、营私舞弊者，定点医疗推诿或延误时限造成严重后果者，予以严肃处理；涉嫌犯罪的移交司法机关处理。

（三）对套取医疗救助资金的单位，追回所套取的资金，取消医疗救助定点服务机构资格；对骗取医疗救助资金的个人，如数追回所骗资金，并取消其当年享受医疗救助的资格。

（四）加强医疗救助与社会力量衔接机制建设，支持、引导社会力量积极捐赠资金，参与医疗救助。

（五）本实施办法自 2020 年元月 1 日起实施。以患者住院入院时间和慢性病诊治时间为准。

