

关于印发《青阳县城乡医疗救助实施方案》 的通知

青医保办〔2021〕34 号

县医疗保险基金管理中心，县城乡居民基本医疗保险管理中心，县医疗保障局、县财政局、县扶贫开发局、县民政局机关各相关股室，县内各定点医疗机构，各乡镇人民政府：

现将《青阳县城乡医疗救助实施方案》印发给你们，请遵照执行。

青阳县医疗保障局

青阳县财政局

青阳县扶贫开发局

青阳县民政局

2021 年 5 月 17 日

抄报：县政府办、县民生办

青阳县城乡医疗救助实施方案

为贯彻落实《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实施意见》（皖发〔2020〕27号）有关精神，根据《安徽省人民政府关于2021年实施33项民生工程的通知》（皖政〔2021〕24号）、《安徽省医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接实施方案》（皖民社救字〔2017〕112号）和《池州市城乡医疗救助实施方案》（池医保发〔2021〕7号）等相关文件精神，为认真实施城乡医疗救助民生工程项目，结合我县实际，制定本实施方案。

一、指导思想

坚持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、五中全会精神，按照兜底线、织密网、建机制的要求，统筹城乡医疗救助体系，完善城乡医疗救助制度，实现困难群众享有基本医疗保障，最大限度减轻困难群众医疗支出负担。

二、目标任务

资助困难群众参保全覆盖，稳定实现特困人员、低保对象、脱贫人口（不含稳定脱贫人口）等全部纳入基本医疗保险、大病保险和医疗救助制度覆盖范围。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）特困人员（是指经县民政部门或乡镇人民政府审批认定，并发给特困供养证（或五保证）的特困救助供养人员）（包括孤儿和事实无人抚养儿童）；

（三）重点优抚对象；

（四）脱贫人口（不含稳定脱贫人口）（以下简称“脱贫人口”）；

（五）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”）；

（六）因病致困家庭重病患者（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）和其他特殊困难人员。

四、救助范围和条件

（一）救助范围。

1. 低保对象、特困人员、重点优抚对象和脱贫人口不设病种限制。

2. 低收入医疗救助对象、因病致困家庭重病患者和其他特殊困难人员实施医疗救助，必须是重特大疾病或特殊慢性病且医疗费用较大的患者，主要病种原则上与 2019 年病种相同。

3. 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当年度城乡居民基本医疗保险的对象，其合规医疗费用按总医疗费用的 70% 计算后，再按低收入医疗救助对象的补助标准，给予城乡医疗救助适当补偿。

重特大疾病医疗救助的合规医疗费用范围参照本地城乡居民大病保险相关规定确定。对实行按病种付费后无法区分合规医疗费用的，合规医疗费用以执行按病种付费政策、各种补充医保报销后剩余的医疗费用确定。

（二）救助条件。

1. 救助对象必须是在定点医疗机构住院治疗或门诊治疗后，凭定点医疗机构、县城乡居民基本医疗保险管理中心或县医疗保险基金管理中心出具的结算单，方可享受城乡医疗救助。

2. 医疗费用救助范围只限于城乡居民基本医疗保险和职工医疗保险规定的合规费用，不合规费用和其他购药费用不在救助范围；低保对象、特困人员、脱贫人口医疗费用区分享受政策时间范围内和范围外，享受政策时间范围外的费用按照其他困难群众政策给予救助。

3、原则上，同一病种年度不超过最高救助标准。

五、救助方式

（一）参保补贴。对低保对象、特困人员、重点优抚对象、计划生育特扶对象、重度残疾人员和脱贫人口参加城乡

居民基本医疗保险给予补贴。其中，对特困人员给予全额补贴，其他享受补贴人员按 90%给予定额补贴。当年及时完成下一年度参保资助工作。

（二）住院救助。对救助对象中的重特大疾病及特殊慢性病患者，视病情实施医前、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，采取按病种付费等方式给予救助。

（三）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。卫生健康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。

（四）医前、医中救助。由县城乡居民基本医保管理中心对患大病暂时无钱医治或重症慢性病的特殊困难救助对象实施医前、医中一次性定额医疗救助，使其能及时住院或继续接受住院治疗，治疗结束后纳入医疗救助结算。

特困人员、低保对象、重点优抚对象、脱贫人口重病患者确需医前、医中救助的，在县域内医疗机构住院治疗的，凭定点医疗机构住院证明书，经调查核实后，由县城乡居民基本医保管理中心出具证明，先由定点医疗机构垫付救助资金，待治疗结束后再结算医疗救助资金时，按实际发生医药费进行救助。在外地医疗机构治疗的对象需要医前、医中救助的，凭医疗机构住院证明书到所在乡镇有关部门办理救助手续。非特困人员、低保对象、重点优抚对象、脱贫人口一

般不救助，特殊情况需要救助的，经调查核实后，由县医疗保障局研究后予以救助。

（五）优惠医疗救助。提倡和鼓励医疗机构对困难居民就诊开展优惠减免活动。

（六）慈善医疗救助。鼓励和支持红十字会、慈善机构等社会团体和个人以各种形式参与医疗救助工作，开展慈善援助。

六、救助标准

对低保对象、特困人员、重点优抚对象和脱贫人口不设医疗救助起付线。

（一）住院（含特殊慢性病门诊）救助标准

1. 特困人员救助标准：年度合规医疗费用个人承担 2 万元（含 2 万元）以下的按 80% 给予救助；2 万元至 5 万元（含 5 万元）的一次性救助 1.6 万元；5 万元以上的一次性救助 2 万元。年度最高救助金额 2 万元。

2. 低保对象、重点优抚对象救助标准：年度合规医疗费用个人承担 2 万元（含 2 万元）以下的按 70% 给予救助；2 万元至 8 万元（含 8 万元）的一次性救助 1.4 万元；8 万元以上的一次性救助 2 万元。年度最高救助金额 2 万元。

3. 脱贫人口救助标准：根据《安徽省人民政府关于健康脱贫工程的实施意见》（皖政〔2016〕68 号）要求，脱贫人口全部纳入医疗救助范围，医疗救助水平按年度住院合规医药总费用的 10% 给予救助。补偿金额不得超过经城乡居民基

本医疗保险补偿、大病保险补偿后剩余的合规费用。

4. 低收入医疗救助对象、因病致困家庭重病患者等其他特殊困难人员救助标准：年度合规医疗费用个人承担 3 万元至 6 万元（含 6 万元）的一次性救助 2000 元；年度合规医疗费用个人承担 6 万元至 10 万元（含 10 万元）的一次性救助 3000 元；年度合规医疗费用个人承担 10 万元以上的一次性救助 4000 元。年度最高救助金额 4000 元。

（二）门诊（不含特殊慢性病门诊）救助标准

1. 特困供养对象救助标准：年度合规医疗费用个人承担 2 万元（含 2 万元）以下的按 50% 给予救助；2 万元以上一次性救助 1 万元。年度最高救助金额 1 万元。

2. 城乡低保对象、重点优抚对象救助标准：年度合规医疗费用个人承担 2 万元（含 2 万元）以下的按 30% 给予救助；2 万元以上的一次性救助 6000 元。年度最高救助金额 6000 元。

3. 低收入医疗救助对象、因病致困家庭重病患者等其他特殊困难人员救助标准：年度合规医疗费用个人承担 3 万元至 6 万元（含 6 万元）的一次性救助 1000 元；年度合规医疗费用个人承担 6 万元至 10 万元（含 10 万元）的一次性救助 2000 元；年度合规医疗费用个人承担 10 万元以上的一次性救助 3000 元。年度最高救助金额 3000 元。

（三）特殊救助

1. 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方式标准（第一批）的通知》（皖医保发〔2019〕41号）确定的医疗救助标准执行。

2. 对骨髓和肝脏、肾脏等重要器官移植且医疗费用巨大，家庭特别困难的患者实施重点救助，年度合规医疗费用个人承担5万元至8万元（含8万元）的一次性救助2万元；8万元以上的一次性救助3万元。年最高救助3万元。

七、救助程序

（一）全面实行定点医疗机构即时结算医疗救助费用。充分发挥医疗救助“一站式”管理服务资源作用，提高即时结算系统救助率。特困供养对象、城乡低保对象、重点优抚对象、脱贫人口在开展即时结算的定点医疗机构就医时，凭相关证件和证明材料，直接在定点医疗机构办理救助手续，由医疗机构先垫付救助基金，救助对象只需支付个人自负的部分。上述救助对象的每次即时结算的医疗救助金额，由县城乡居民基本医保管理中心根据与医疗机构签订的有关协议支付。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支付。

（二）在非定点医疗机构就医的符合医疗救助条件的对象、低收入家庭重病患者和其他特殊困难人员，在申请医疗救助时，按以下方式办理救助手续：

1. **本人申请。**申请医疗救助对象须持身份证和有关证明

材料向户籍所在地乡镇有关部门所提出申请（须有村或社区签字盖章），并出具本年度的诊断病历（门诊）、出院小结（住院）和必要的病史证明材料、定点医疗机构、城乡居民或城镇职工基本医疗保险补助结算单，填写《医疗救助申请审批表》。

2. 乡镇审核。医疗救助原则上按月集中受理，由各乡镇人民政府明确具体受理部门在接到申请后的 5 个工作日内，完成入户调查、审核工作，每月 10 日前将救助材料报县医疗保障局审批。

3. 县级审批。县医疗保障局接到乡镇具体部门集中上报的材料后，在 5 个工作日内完成审批。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，要书面说明理由并通知申请人。

4. 审核发放。县医疗保障局于每月 20 日前，将城乡医疗救助文件报县财政局，县财政局接到文件后，在 3 个工作日内将救助基金分别打入农村医疗救助对象的财政涉农资金“一卡通”账户、城镇医疗救助对象的指定银行账户，实行社会化发放。各乡镇医疗救助经办部门要在申请人所在村（社区）做好救助基金发放公示工作（公示 7 个工作日）。

（三）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。

八、基金管理

（一）基金筹集。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。县财政局要根据救助对象数量、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，足额安排城乡医疗救助基金。原则上，当年筹集的城乡医疗救助基金应全部支出，当年结余基金不得超过年救助基金总量的 10%，当年救助基金不足部分由县财政局足额弥补。

（二）基金资助。用于资助城乡低保对象、特困供养对象、重点优抚对象、计划生育特扶对象、重度残疾人员和脱贫人口参保资金，由县医疗保障局、县民政局、县退役军人事务局、县卫生健康委、县残联、县扶贫开发局商同县财政局后，由县财政局据实核拨至城乡居民基本医疗保险收入基金专户。

（三）基金使用。坚持“量入为出、年度平衡”的资金管理原则，对救助对象实施及时救助。由定点医疗机构为救助对象先行垫付的医疗救助基金，由县财政局根据县医疗保障局文件每月 25 日前据实核拨至县城乡居民基本医疗保险基金收入专户，县城乡居民基本医疗保险管理中心每月 30 日前回补至各定点医疗机构。其余医疗救助基金按规定程序审批，并及时以书面形式通知申请人持有关证件到有关金融机构领取。

（四）基金监管。县财政局要结合实际，盘活财政存量资金，优化财政支出结构，提高资金使用效益。县财政局、县医疗保障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，骗取补助资金的，除责令立即纠正、扣回、停发补助资金外，将按有关规定追究有关单位和人员的责任。

九、保障措施

（一）明确职责分工。城乡医疗救助工作坚持属地管理原则，在县人民政府领导下，由县医疗保障局牵头组织实施。县医疗保障局加强调查研究，会商有关部门共同编制城乡医疗救助实施方案，组织、协调、实施好城乡医疗救助工作；县财政局负责医疗救助基金的筹集、拨付和监督检查；县民政局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、因病致困家庭重病患者的认定；县退役军人事务局负责重点优抚对象认定；县卫生健康委负责计生特扶对象认定，加强对医疗机构的监督管理，规范医疗机构诊疗服务行为；县残联负责重度残疾人员的认定；县扶贫开发局负责做好脱贫人口对象认定，及时向县医疗保障局反馈脱贫人口动态管理信息。

（二）强化协调配合。医疗救助各相关职能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”即时结算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）严格监督考核。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、冒领城乡医疗救助基金等违规违纪违法行为。

本方案自印发之日起执行，由县医疗保障局负责解释。

《青阳县困城乡医疗救助实施方案》（青医保办〔2020〕60号）同时废止。

附件：1. 青阳县城乡医疗救助申请审批表

2. 青阳县城乡医疗救助人员花名册

青阳县城乡医疗救助申请审批表

户主姓名				性别		年龄		
户主身份证号						家庭人口		
家庭住址						补偿单据张数		
患者姓名				性别		年龄		
患者身份证号						联系电话		
申请救助方式		门诊救助 <input type="checkbox"/>				住院救助 <input type="checkbox"/>		
医疗费用情况	总费用		就诊时间		总费用		就诊时间	
	进入基本医保费用		基本医保报销		进入基本医保费用		基本医保报销	
	大病保险报销		医院承担		大病保险报销		医院承担	
	其他费用报销		个人自负合规费用		其他费用报销		个人自负合规费用	
	城乡医疗救助补偿金额		就诊医院		城乡医疗救助补偿金额		就诊医院	
城乡医疗救助总补偿金额				患何种疾病				
家庭类型		1. 城乡低保户 2. 五保户 3. 重点优抚 4. 其他困难居民						
家庭成员基本情况	姓名	与户主关系	出生年月	工作单位或职务		年收入		
开户行			户名		账号			
以上信息由乡镇人民政府经办部门填写								
乡镇政府意见	经办人： 医保办负责人： 分管领导： 年 月 日							
县医疗保障局意见	经审核： <input type="checkbox"/> 该申请人符合医疗救助条件，同意予以救助金额 元； （大写： 万 仟 佰 拾 元 角 分） <input type="checkbox"/> 该申请人不符合医疗救助条件。理由如下：							
	复核人： 分管领导： 单位（盖章）： 年 月 日							

[illegible]