

碭医保办〔2021〕3号

关于印发《碭山县 2021 年度城乡医疗救助 实施方案》的通知

各镇（园区），各协议医疗机构，大病保险经办机构：

现将《碭山县 2021 年度城乡医疗救助实施方案》印发给你们，请遵照执行。

碭山县医疗保障局

碭山县民政局

碭山县扶贫开发局

碭山县财政局

2021 年 5 月 12 日

砀山县 2021 年度城乡医疗救助实施方案

为贯彻落实《宿州市医疗保障局 宿州市财政局 宿州市民政局 宿州市扶贫开发局关于印发〈宿州市 2021 年度城乡医疗救助实施方案〉的通知》（宿医保秘〔2021〕21 号）有关要求，推动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、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（含孤儿）、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等制度覆盖范围。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

救助对象包括最低生活保障对象（以下简称“低保对象”）；特困人员；脱贫人口（不含稳定脱贫人口）（以下简称“脱贫人

口”);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);县政府规定的其他特殊困难人员。

推进医疗救助管理层次与城乡居民医保管理层次统筹衔接,增强困难人员医疗救助公平性。

四、救助范围

(一)对低保对象、特困人员、脱贫人口不设病种限制。对低收入医疗救助对象、因病致困家庭重病患者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。主要病种原则上与2020年病种相同。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。

(二)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。对因各种原因未能参加基本医疗保险的救助对象,其合规医疗费用按总医疗费用的一定比例计算,继续按照2020年度政策执行。

重特大疾病医疗救助的合规医疗费用范围参照宿州市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。

五、救助标准

（一）综合考虑患病家庭负担能力、个人自负医疗费用、当地筹资情况等因素，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，特困人员、低保对象、脱贫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，救助比例越高。

对特困人员、低保对象、脱贫人口不设医疗救助起付线；低收入救助对象医疗救助起付线可合理确定；对因病致困家庭重病患者等设置医疗救助起付线，对起付线以上的自负合规费用在年度最高救助限额内按比例给予救助。

对特困人员、低保对象在年度救助限额内的合规住院自付费用救助比例不低于 70%，其中，特困供养人员救助比例可适当提高。脱贫人口的医疗救助等托底保障政策继续按现行有关规定执行，待国家及省新的政策出台后，平稳过渡到新的政策体系进行保障。

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。

（二）对经上述各种保险报销（含保底报销）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，在政策范围内，根据救助对象需求、医疗救助基金等情况酌情予以再次救助。

六、救助方式

（一）参保补贴。对特困人员、低保对象、脱贫人口等参加当地城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分给予补贴，其中，对特困人员给予全额补贴，对低保对象、脱贫人口按 80—90%给予定额补贴，定额补贴标准按《宿州市贫困人口实行分类资助参保的意见》（宿医保秘〔2020〕76 号）文件执行。当年应完成下年度参保资助工作。

（二）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）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。

七、救助程序

（一）实行定点管理。在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、城乡居民大病保险等信息平台互联互通，相关部门及时准确提供数据，实现“一站式”即时结算。低保对象、特困人员和脱贫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支付。

（三）规范申办程序。因病致困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，到户籍所在地镇（园区）提出书面申请，并出具本年度的诊断病历等必要的证明材料。镇（园区）在接到申请后的5个工作日内，派人入户调查、审核；县医保部门接到申报材料后，在5个工作日内完成审批。县财政部门接到医保部门的审批表后，在30个工作日内将救助资金打入其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、书面告知。

（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。

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。县级财政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，足额安排本级财政医疗救助基金。实施过程中的缺口部分，由县财政及时予以弥补。

（二）基金使用。坚持“量入为出、年度平衡”的原则，对救助对象及时实施救助。资助救助对象参加本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，并及时以书面形式通知申请人持有关证件到有关金融机构领取。

（三）基金监管。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、保障措施

（一）明确职责分工。医疗救助工作坚持属地管理原则，实行县级以上地方人民政府负责制，由医保部门牵头组织实施，制定细化的项目实施方案，推动目标任务落实；民政部门负责低保对象和特困供养人员认定；乡村振兴部门负责脱贫人口的确定；财政部门负责医疗救助基金的筹集管理和监督。

（二）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。

（三）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。