

阳泉市医疗保障局
阳泉市民政局
阳泉市财政局
阳泉市卫生健康委员会
阳泉市退役军人事务局
阳泉市扶贫开发办公室

文件

阳医保发〔2019〕45号

关于印发《阳泉市城乡医疗救助实施办法（试行）》的通知

各县（区）医疗保障局、民政局、财政局、卫生健康和体育局、退役军人事务局、扶贫开发办公室，市医疗保险管理服务中心，市级有关定点医疗机构：

为适应机构改革后城乡医疗救助工作面临的新形势、新任务，为进一步完善我市医疗保障工作体制机制，强化政策和工

作衔接，切实保障城乡困难群众医疗救助权益，根据省医疗保障局、民政厅、财政厅、卫生健康委员会、退役军人事务厅、扶贫开发办公室联合下发的《关于进一步健全完善制度扎实做好城乡医疗救助工作的通知》（晋医保发〔2019〕46号）、市政府办公室《关于切实做好城乡医疗救助职能调整交接工作的通知》（阳政办发〔2019〕35号）和《关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作的实施意见》（阳政办发〔2016〕80号）精神，按照兜底线、织密网、建机制的要求，结合我市实际，制定了《阳泉市城乡医疗救助实施办法（试行）》，现印发你们，请认真遵照执行。

阳泉市医疗保障局

阳泉市民政局

阳泉市财政局

阳泉市卫生健康委员会

阳泉市退役军人事务局

阳泉市扶贫开发办公室

2019年10月15日

阳泉市医疗保障局办公室

2019年10月15日印发

阳泉市城乡医疗救助实施办法（试行）

城乡医疗救助是医疗保障和社会救助体系的重要组成部分，是减轻城乡困难群众医疗费用负担的重要举措。为进一步健全完善医疗救助制度，确保医疗救助工作持续健康发展，结合我市实际，制定如下实施办法。

一、指导思想

最大限度地减轻困难群众医疗费用负担，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，不断提高医疗救助管理服务水平，切实维护困难群众基本医疗权益。

二、基本原则

坚持统筹衔接原则。推进医疗救助制度城乡统筹发展，加强与基本医疗保险、城乡居民大病保险、城镇职工大病保险、疾病应急救助、大病医疗互助及各类补充医疗保险、商业保险等制度的有效衔接，形成制度合力。

坚持托住底线原则。结合实际继续落实县级经办主体责任，既要尽力而为，又要量力而行，防范过度保障，根据救助对象医疗费用、家庭困难程度和负担能力等情况，科学合理制定救助方案，确保其获得必需的基本医疗卫生服务。

坚持公开公正原则。公开救助政策、工作程序、救助对象以及实施情况，主动接受群众和社会监督，确保过程公开透明、结果公平公正。

坚持高效便捷原则。强化相关职能部门的沟通协作和信

息共享，确保机构改革前后的救助工作有机衔接，优化救助流程，简化结算程序，加快信息化建设，增强救助时效；发挥救急难功能，使困难群众及时得到有效救助。

三、目标任务

进一步完善政策措施，健全工作机制，实现医疗救助制度科学规范、运行有效，与相关社会救助、医疗保障政策相配套，保障我市城乡居民基本医疗权益。

四、医疗救助内容

（一）救助对象范围

1、**重点救助对象。**包括城乡低保对象、特困供养人员（含孤儿）和在乡重点优抚对象。以上救助对象分别由县级民政或退役军人事务部门认定。

2、**建档立卡贫困人口。**脱贫攻坚期内，建档立卡贫困人口（含已纳入低保、特困供养范围的）要严格按照《山西省农村建档立卡贫困人口医疗保障帮扶方案》（晋发〔2017〕44号）的规定，落实医疗救助相关政策。由县级扶贫部门认定。

3、**低收入救助对象。**将低收入家庭六十周岁以上的老年人和未成年人（由县级民政部门认定）、丧失劳动能力的重度（二级及以上）残疾人（由县级残联部门认定）、计划生育特殊困难家庭成员（由县级卫健部门认定）等困难群众，以及因医疗费用支出较大、影响家庭基本生活的其他特殊困难家庭重病患者（指经医疗保险政策报销后个人负担的合规医疗费用一次性支出20000元以上或年度累计支出50000元以上的患者，由乡镇政府或街道办事处审核，县级医保部门

审批)。

4、**因病致贫家庭重病患者。**鼓励各县(区)结合当地医疗救助资金投入和使用情况,探索对发生高额医疗费用、超过家庭承受能力、基本生活出现严重困难家庭中的重病患者实施救助(具体由县级医保部门会同乡镇政府或街道办事处结合困难群众个人实际负担的合规医疗费用金额等情况认定)。

以上救助对象须参加基本医疗保险方可享受医疗救助。

(二) 救助形式和标准

1、参保救助

脱贫攻坚期内,建档立卡贫困人口参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分,根据《山西省农村建档立卡贫困人口医疗保障帮扶方案》(晋发〔2017〕44号)的规定由财政专项给予全额救助,所需资金按照省级财政70%、县级财政30%的比例分别负担。县级财政负担的30%应单独列支。

城乡低保对象、特困供养人员(含孤儿)、低收入家庭六十周岁以上的老年人和未成年人、丧失劳动能力的重度残疾人、计划生育特殊困难家庭成员等困难群众参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分,根据《阳泉市城乡居民基本医疗保险参保征收工作实施方案》(阳政办发〔2019〕62号)的精神由医疗救助资金给予全额救助。

在乡重点优抚对象由退役军人事务部门按优抚对象医疗补助政策执行。

2、门诊救助

因患门诊大额疾病需长期门诊治疗或者按规定享受特药保障的参保患者，经医疗保险相关政策报销后，个人负担的合规医疗费用仍较高的，列入门诊救助的重点对象。特困供养人员（含孤儿）在年度内按 100%的比例给予救助，低保对象在年度内按 50%的比例给予救助，限额原则上不超过 3000 元。

纳入门诊救助的门诊大额疾病病种暂定为：（1）尿毒症透析（包括血透、腹透、肠透、口服药物透析、血液滤过、血液灌流、终末期肾病）；（2）器官移植后使用抗排斥免疫调节剂；（3）恶性肿瘤（包括各类型急慢性白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、骨髓增生异常综合症、恶性组织细胞病）；（4）肝硬化失代偿期（包括慢性中、重度病毒性肝炎）；（5）慢性再生障碍性贫血；（6）血友病；（7）苯丙酮尿症。

3、住院救助

建档立卡贫困人口住院救助按照《山西省农村建档立卡贫困人口医疗保障帮扶方案》（晋发〔2017〕44号）的规定执行。

救助对象在定点医疗机构发生的政策范围内住院费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险（城镇职工大病保险）和各类补充医疗保险、商业保险报销以及优抚对象医疗补助后，扣除社会互助帮困等因素，特困供养人员（含孤儿）个人负担的合规医疗费用在年度内按 100%的比例给予救助；低保对象、在乡重点优抚对象个人负担的合规医疗费用在年度限额内按 70%给予救助，限额原则上不超过 15000 元。

患有戈谢病、庞贝氏病的患者，门诊、住院医疗费用经大病保险、专项救助和各类补充医疗保险、商业保险报销后，个人负担的合规医疗费用在年度限额内按 70% 给予救助，限额原则上不超过 15000 元。

按照基金收支基本平衡、略有结余的原则，对低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者可开展一次性救助。其在定点医疗机构发生的政策范围内住院费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险（城镇职工大病保险）和各类补充医疗保险、商业保险报销后，家庭承担个人自付仍有困难的，可申请一年一次性救助。个人负担的合规医疗费用年度超过 20000 元以上的，超过部分年度限额内按 50% 给予救助，限额原则上不超过 5000 元。一次性救助在次年 2 月底前集中受理，第二季度前给予救助。

4、重特大疾病医疗救助

重特大疾病医疗救助是医疗救助的重要形式，实行单病种最高限额付费，限额内费用由基本医疗保险基金、医疗救助基金和患者共同负担，超过限额标准的医疗费用由定点医疗机构承担，其用药范围、诊疗项目、医疗服务设施标准等，参照基本医疗保险和城乡居民大病保险的相关规定执行，对确需到省级定点医疗机构或省内异地就医的，应按规定办理转诊备案手续。

身患省定 26 类重特大疾病的医疗救助重点救助对象（具体病种见附件 1），在重特大疾病医疗救助定点医疗机构发生的限额内费用由城乡居民医保基金支付 70%，医疗救助基金救助 20%（不受医疗救助年度封顶线限制）；低收入

救助对象、因病致贫家庭重病患者由城乡居民医保基金支付70%，医疗救助基金救助10%（不受医疗救助年度封顶线限制）。

5、大病关怀救助

重点救助对象、建档立卡贫困人口身患24类重特大疾病（具体见附件1中除大骨节病住院关节置换手术、氟骨病住院关节置换手术以外的病种），病情处于晚期，可给予每人一次性5000元的大病关怀救助。救助办法可参照《阳泉市建档立卡贫困人口24种大病晚期患者一次性关怀救助认定及救助办法》（阳民字〔2018〕3号）执行。

五、医疗救助资金筹集

（一）资金来源

城乡医疗救助资金包括中央和省级财政专项转移支付、市县（区）财政配套资金以及其他社会捐赠资金等。市、县（区）财政根据享受医疗救助困难群众（含建档立卡贫困人口、特困供养人员（含孤儿）、城乡低保对象、低收入家庭六十周岁以上的老年人和未成年人、丧失劳动能力的重度残疾人、计划生育特殊困难家庭成员、在乡重点优抚对象等）总人数的4%患门诊大额疾病人数和2%患重特大疾病人数及一定的救助标准测算，按照市、县（区）财政各负担50%列入各级财政预算。同时，鼓励和引导社会捐赠，健全多渠道筹资机制。

（二）管理形式

全市实行统一的城乡医疗救助范围、救助方式和标准的管理体系，具体经办由县级负责，并探索建立医疗救助资

金调剂制度，进一步增强医疗救助基金的抗风险能力，工作中严格执行医疗救助政策措施，确保基金均衡合理使用。

六、规范医疗救助程序

（一）完善救助对象动态调整信息共享机制

各级医保、民政、财政、退役军人事务、扶贫部门要强化协同，进一步健全完善城乡困难居民动态调整信息共享机制。县级民政、退役军人事务部门应于2019年12月25日前将现有城乡低保、特困人员（含孤儿）、在乡重点优抚对象（按规定享受优抚医疗补助的除外）名单（具体内容见附件2）报同级医保、财政部门，以便在医保结算系统标识身份。2020年1月1日起，县级民政、退役军人事务部门要将城乡低保、特困人员（含孤儿）、在乡重点优抚对象（按规定享受优抚医疗补助的除外）本季度（月）新增或减少的人员名单（见附件3），于季度（月）调整后5个工作日内提供给同级医保、财政部门，并出具重点救助对象动态调整情况证明（具体样式见附件4）。

对于动态调整后，已参加城乡居民基本医疗保险的新增低保对象、特困人员、在乡重点优抚对象，其参保个人缴费资金不退还，从各部门出具动态调整情况证明之日起按规定享受医疗救助政策；对于动态调整后，未参加城乡居民基本医疗保险的低保对象、特困人员、在乡重点优抚对象，分别由医疗救助和优抚对象医疗补助资金对其当年参保个人缴费、财政补助资金给予全额救助，从各部门出具动态调整证明之日起按规定享受医疗救助政策；对于由财政或医疗救助资金资助参保、但动态调整后已退出低保、特困范围的，

自退出之日起不再享受医疗救助政策。建档立卡贫困人口动态调整按《关于转发〈关于进一步做好农村贫困人口医疗保障精准扶贫工作的通知〉的通知》（阳医保发〔2019〕11号）执行。

（二）健全医疗救助申请审核审批程序

重点救助对象（含不享受优抚医疗补助的在乡重点优抚对象）申请住院医疗救助，在市域内二级及二级以上定点医疗机构就医住院的，提供本人身份证或社会保障卡等，通过信息系统实行“一站式”结算。相关医疗救助费用由定点医疗机构垫付，县级医保部门按月结算。

低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者申请医疗救助的，凭医疗诊断书、医疗费用收据、必要的病史材料、医疗保险报销证明材料等向户籍所在地乡镇人民政府（街道办事处）提出申请，乡镇人民政府（街道办事处）要在村（居）民委员会协助下，对申请医疗救助对象的患病情况和家庭经济状况逐一入户调查，审核公示后报县级医疗保障部门审批；县级医疗保障部门按照医疗救助政策核定救助金额，并及时进行公示；审核审批过程中，不符合救助条件的由乡镇人民政府（街道办事处）书面告知申请人并说明理由（书面告知书样本见附件5）。

在市域内二级以下定点医疗机构或市域外就医住院的重点救助对象、符合申请门诊医疗救助条件的困难群众和符合申请住院医疗救助条件的参加城镇职工医疗保险的救助对象，申请医疗救助时均按照低收入救助对象申请住院医疗救助的程序执行。

退役军人事务部门对在乡重点优抚对象按规定实施优抚对象医疗补助的，应出具相关凭证。享受优抚医疗补助的在乡重点优抚对象持相关凭证按照低收入救助对象申请住院医疗救助的程序申请医疗救助。

（三）推进医疗救助信息系统“一站式”结算

市级医保经办机构要加快完成医保信息系统的升级改造，增加医疗救助结算模块，力争2019年11月1日前，重点救助对象、建档立卡贫困人口的医疗救助在县域内定点医疗机构住院医疗费用实现“一站式”即时结算。2020年1月1日起市域内二级及二级以上定点医疗机构上线统一的“一站式”即时结算系统。

七、加强医疗救助管理

（一）加强定点医疗机构协议管理

各级医保部门要将医疗救助定点医疗机构范围逐步扩大到所有基本医疗保险定点医疗机构，要进一步加强医保定点医疗机构的协议管理，在协议中增加医疗救助相关款项，明确服务内容、服务质量、费用结算以及双方的责任义务等，确保定点医疗机构严格履行服务协议。对不按规定用药、诊疗以及提供医疗服务所发生的费用，医疗救助基金不予结算；对不严格掌握住院指征、出院指征，造成小病大治、过度医疗以及违反协议、造成医疗救助资金流失或浪费的，要终止定点协议并依法依规追究责任。

（二）强化医疗救助基金的使用管理

各级财政、医保部门要严格按照《财政部关于印发〈社会保障基金财政专户会计核算办法〉的通知》（财办〔2018〕

43号)等有关要求,强化对城乡医疗救助基金的管理。市域内实行“一站式”结算的二级及二级以上定点医疗机构垫付资金与救助对象结算后,按月向县级医保部门提出结算申请,经相关业务和财务科室核实核准后,按规定及时予以结算;县级医保部门经人工审批救助的,向同级财政部门提交拨款申请,财政部门审核后,将城乡医疗救助基金由社保基金专户直接支付医疗救助对象。

城乡医疗救助基金年终结余资金可以结转下年度继续使用,基金累计结余一般应不超过当年筹集基金总额的15%。若结余超过15%,可以视情况开展二次救助,救助方案报市级医保行政部门批准后方可实施;若出现亏损,由市、县级财政给予兜底保障。

(三) 加强对医疗服务行为的监管

各级卫健部门要做好对医疗服务行为质量的监督管理,防控不合理医疗行为和费用。按照《山西省农村贫困住院患者县域内“先诊疗,后付费”工作方案》(晋卫医函[2017]13号)的有关规定,符合住院条件的重点救助对象持社会保障卡、有效身份证件等相关资料在县域内定点医疗机构办理入院手续,并签订“先诊疗、后付费”协议后,无需交纳住院押金,直接住院治疗,方便重点救助对象看病就医。

(四) 扎实做好医疗救助统计及运行分析工作

各级医保经办机构要通过医疗保障统计报表系统,按时填报本地区医疗救助工作开展情况并逐级上报,认真做好医疗救助统计工作;同时,要按季度做好基金运行分析并定期逐级上报,为各级医疗保障部门掌握工作进展、适时调整

救助标准提供科学决策依据。

八、工作要求

（一）加强组织领导

市、县级医保部门要充分发挥牵头作用，建立健全协调会商工作机制，定期分析研究医疗救助政策实施及基金运行情况；各有关部门要充分认识到健全完善医疗救助制度的重要性，加强组织领导，细化政策措施，强化基层经办能力建设，加大资金投入和督促检查力度，不断提高工作水平，进一步编密织牢困难群众医疗保障网，切实减轻患病困难群众的医疗费用负担。同时，要密切关注医疗救助工作出现的新情况、新问题，对于医疗救助政策难以解决的个案问题，充分利用社会救助协调工作机制，专题研究解决措施，避免冲击社会道德和心理底线的事件发生。

（二）落实部门职责

各级医保部门要加强与同级民政、财政、卫健、扶贫、退役军人事务以及工会等部门的协同配合，做好医疗救助政策的组织实施工作，积极推进医疗救助信息化建设；财政部门要结合中央、省下拨资金，合理安排医疗救助资金，并根据医保部门资金支出计划按时下拨救助资金；民政、退役军人事务和扶贫部门要加强救助对象的认定和动态调整管理工作，并按规定及时通报同级医保、财政部门动态调整信息；卫健部门要加强对医疗机构的监管，规范医疗服务行为，防范纠正过度医疗现象，落实救助对象有关优惠减免政策，督促定点医疗机构要为救助对象提供方便、快捷、优质的就医条件，引导救助对象合理就医。

（三）做好制度衔接

各级医保、财政、民政、卫健、扶贫、退役军人事务、工会以及保险监管等部门要加强协作配合，共同做好医疗救助与基本医疗保险、大病保险、大病医疗互助、疾病应急救助、临时救助、商业保险的有效衔接，帮助所有符合条件的困难群众获得补偿和医疗救助，让困难群众得到更多实惠。

本办法从2020年1月1日起执行，2019年度仍按现行政策规定执行。

- 附件：
1. 省定26类重特大疾病病种
 2. ____县医疗救助重点救助对象名单
 3. ____县____年____季度（月）医疗救助重点救助对象动态调整名单
 4. 医疗救助重点救助对象动态调整情况证明
 5. 不符合医疗救助条件书面告知书

省定 26 类重特大疾病病种

儿童白血病、儿童先心病、重性精神疾病、乳腺癌、宫颈癌、终末期肾病、结肠癌、直肠癌、食道癌、胃癌、肺癌、急性心肌梗塞、I 型糖尿病、甲亢、脑梗死、唇腭裂、血友病，慢性粒细胞白血病、艾滋病机会性感染、耐多药肺结核、儿童苯丙酮尿症、儿童尿道下裂、儿童先天性巨结肠、儿童先天性肥厚性幽门狭窄、大骨节病住院关节置换手术、氟骨症住院关节置换手术。

附件 4

医疗救助重点救助对象动态调整情况证明

(模板)

_____年_____季度(月)新增(低保□特困□在
乡重点优抚对象□)人员__户_____人;减少
_____户_____人(具体名单附后)。

特此证明

_____县 XX 局 (盖章)

年 月 日

附件 5

不符合医疗救助条件书面告知书

(20) 第 号

申请人***:

你于 年 月 日提交的医疗救助申请收悉。
经研究,不符合我市(县、区)医疗救助政策的以下规定:_____

_____, 决定不予受理, 特此书面告知。

如对本决定不服, 可自收到本决定之日起 60 日内依法
提起行政复议, 或 6 个月内向人民法院提起诉讼。

乡镇人民政府(街道办事处) (盖章)

年 月 日

