

宿州市民政局  
宿州市财政局  
宿州市卫生和计划生育委员会文件  
宿州市扶贫局  
宿州市人力资源和社会保障局

宿民发〔2017〕67号

宿州规审〔2017〕43号

---

关于印发《宿州市2017年城乡医疗救助  
实施办法》的通知

各县区民政局、财政局、卫生计生委、扶贫办、人社局：

现将《宿州市2017年城乡医疗救助实施办法》印发给你们，请遵照执行。



宿州市民政局



宿州市财政局



宿州市卫生和计划生育委员会



宿州市扶贫局

办公室



宿州市人力资源和社会保障局

2017年5月3日

# 宿州市 2017 年城乡医疗救助实施办法

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）、《安徽省人民政府关于2017年实施33项民生工程的通知》（皖政〔2017〕10号）和《安徽省人民政府办公厅转发省民政厅等部门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实施意见的通知》（皖政办〔2015〕65号）等文件精神，制定本实施办法。

## 一、指导思想

深入贯彻党的十八大和十八届三中、四中、五中、六中全会精神，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、目标任务

2017年，建档立卡贫困人口全部纳入城乡医疗救助范围，全面开展重特大疾病医疗救助工作，资助困难群众参加参保，住院救助和门诊救助应救尽救，有效缓解困难群众“看病贵”问题。

## 三、救助对象

- （一）最低生活保障对象（以下简称“低保对象”）；
- （二）特困供养人员、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) 当地政府规定的其他特殊困难人员。

#### **四、救助范围**

(一) 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。

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。主要病种是：严重器官衰竭（心、肝、肺、脑、肾）、乳腺癌等各种恶性肿瘤、耐多药肺结核、艾滋病机会性感染、慢性粒细胞白血病、急性心肌梗塞、脑梗死、血友病、肝肾移植前透析和手术后抗排异治疗、I型糖尿病、甲亢、唇腭裂、重性精神疾病、晚期血吸虫病和当地政府规定的其他病种。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。重特大疾病医疗救助的合规医疗费用范围参照当地大病保险的相关规定确定。

(二) 对救助对象经城乡基本医疗保险、大病保险和各类补充医疗、商业保险等（以下简称“各种保险”）补偿及优抚医疗补助后，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城乡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70%计算办理。对实行单病种定额付费无法区分合规医疗费用的，合规自付医疗费用按基本医疗保险和各种保险报销后剩余的医疗费用确定。

#### **五、救助标准**

对重点救助对象（低保对象、特困供养人员、孤儿、贫困人口）不设医疗救助起付线；低收入救助对象、因病致贫

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费用在年度最高救助限额内按比例给予救助。根据我市实际情况确定医疗救助比例、标准，具体情况如下：

（一）在定点医疗机构住院诊治的救助标准

1、对于不是建档立卡贫困对象的特困供养人员、孤儿，按合规自负费用的 90%比例救助，不设救助封顶线。

2、对于不是建档立卡贫困对象的低保对象普通病患者按合规住院（门诊）自负费用 75%的救助比例予以救助，救助封顶线为 6000 元/人年，重特大疾病或重症慢性病患者按合规住院（门诊）自负费用 80%的救助比例予以救助，救助封顶线为 15000 元/人年；

3、对于低收入医疗救助对象、因病致贫家庭重病患者及当地政府规定的其他特殊困难人员，重特大疾病或重症慢性病救助起付线为 20000 元，非重特大疾病或重症慢性病救助起付线为 30000 元，超过起付线以上的部分按照 70%的救助比例予以救助，救助封顶线为 6000 元/人年。

4、重点救助对象和低收入大病患者门诊医疗合规费用，当年可累加计算，年中或年终通过一站式定点医院按相应住院比例进行结算，原则上不跨年救助。

5、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的医疗救助，按照原省卫生厅等部门《关于印发〈安徽省重大疾病按病种付费并提高医疗保障水平试点工作实施方案（2010 版）〉的通知》（皖卫农〔2010〕34 号）确定的医疗救助标准（动态调整的费用定额×20%）执行。

（二）非定点医疗机构就医诊治的救助标准

1、对于不是建档立卡贫困对象中的特困供养人员，普通病患者按合规自费用用的80%比例救助，救助封顶线3000元/人年，重特大疾病按照合规住院（门诊）自费用85%的救助比例予以救助，救助封顶线为6000元/人年；

2、对于不是建档立卡贫困对象的的低保对象普通病患者按合规住院（门诊）自费用70%的救助比例予以救助，救助封顶线为3000元/人年，重特大疾病或重症慢性病患者按合规住院（门诊）自费用75%的救助比例予以救助，救助封顶线为6000元/人年。

3、对于低收入医疗救助对象、因病致贫家庭重病患者及当地政府规定的其他特殊困难人员，重特大疾病或重症慢性病救助起付线为20000元，非重特大疾病或重症慢性病救助起付线为30000元，超过起付线以上的部分按照70%的救助比例予以救助，救助封顶线为5000元/人年。

### （三）建档立卡贫困对象救助标准

贫困人口的医疗救助比例及资金结算方式按照《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，即贫困人口医疗救助水平按年度住院合规医疗总费用（含特殊慢性病门诊）的10%给予补助。补助金额不得超过经基本医保、大病保险补偿后剩余的合规费用。对于其它门诊等不享受民政救助的贫困人口，属于民政部门城乡医疗救助对象的，可以申请城乡医疗救助，具体救助比例和标准按照本实施办法中救助标准的（一）（二）两项之规定执行。

（四）对经上述各种保险补偿（含保底补偿）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，根据救助对象需求和县区医疗救助基金筹集等情况酌情予以再次

救助。

## **六、救助方式**

（一）资助参合参保。资助低保对象、特困供养人员、贫困人口和低收入医疗救助对象参加当地农村合作医疗或城镇居民医疗保险。其中，对低保对象、特困供养人员和贫困人口代其缴纳个人应负担的全部参合参保资金；对其他救助对象，可结合本地实际代其缴纳个人应负担的部分或全部参合参保资金。当年年度内应及时完成资助下年度的参合参保工作。

（二）实施住院救助。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）规范门诊救助。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。卫生计生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）依申请救助。个人提出书面申请并提供相关材料，乡镇（街道）审核，县区民政局审批，县区财政局打卡发放到户。审核、审批未通过的，应书面告知申请人原因。

## **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。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。重特大疾病医疗救助的用药范围、诊疗项目等，原则上参照基本医疗保险和城乡居民大病保险的相关规定执行。对确需到上级

医疗机构或跨县域异地医院就诊的医疗救助对象，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（诊查费、检查费和住院床位费等）优惠减免。医疗救助经办机构要及时确认救助对象，确保困难群众及时入院接受治疗。

医疗救助与基本医疗保险、城乡居民大病保险、贫困人口综合医保、疾病应急救助、商业保险等信息管理平台互联互通、信息共享，相关部门及时准确提供相关数据，实现“一站式”信息交换和即时结算。

（二）低保对象、特困供养人员和低收入医疗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，由定点医疗机构或保险经办机构按协议先行垫付，救助对象只需支付自负部分。定点医疗机构或保险经办机构垫付部分由民政部门据实定期结算。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）因病致贫家庭重病患者以及当地政府规定的其他特殊困难人员，在申请医疗救助时，须持相关证件和证明材料，到户籍所在地乡镇（街道）社会救助服务窗口提出书面申请，并出具本年度的诊断病历和必要的病史证明材料。乡镇（街道）在接到申请后的5个工作日内，派人入户调查、审核；县级民政部门接到申报材料后，在5个工作日内完成审批。县级财政部门接到同级民政部门的审批表后，在3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。如遇突发性重特大疾病患者，应特事特办，及时审核、审批。对不符合救助条件的，要书面说明理由，通知申请人。

（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、基金筹集管理**

（一）医疗救助基金通过财政安排、专项彩票公益金、社会捐赠等渠道筹集。县区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，由县级财政及时予以弥补。

（二）各级财政部门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，由民政部门会商同级财政部门后，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，由民政部门按规定程序审批，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）各地应坚持“量入为出、年度平衡”的原则，对救助对象实施及时救助。对当年结余资金超过年救助基金总量 10%的地区，省将调减下年度医疗救助基金补助额度。

（四）各级财政、民政部门要加强基金使用管理，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，实行市、县级人民政府负责制，由民政部门主管并牵头组织实施，卫生计生、人力资源保障、扶贫等部门负责做好救助对象参合参保相关工作，卫生计生部门加强对医疗机构的监督管理。财政部门负责医疗救助基金的筹集使用和监督检查。

(二)加强协调配合。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)加大监督考核。建立健全城乡医疗救助绩效评价考核体系，加大对城乡医疗救助工作的督促检查力度，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。

## 十、附则

本办法自发布之日起执行，由市民政局负责解释。