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

吕医保发〔2019〕74号

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

各县(市、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:

为进一步健全完善我市城乡医疗救助制度,减轻城乡困难群

众医疗费用负担，确保医疗救助工作持续、健康发展，确保困难群众待遇落实、救助到位，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、省扶贫开发办公室《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）精神，结合我市医疗救助实际，现就有关事项通知如下：

一、医疗救助对象范围及认定

（一）重点救助对象。医疗救助的重点救助对象包括城乡低保对象、特困供养人员（农村五保户、城市“三无人员”、孤儿）和在乡重点优抚对象。城乡低保对象、特困供养人员由当地民政部门负责认定，在乡重点优抚对象由当地退役军人事务部门负责认定。

（二）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）严格按照《吕梁市农村建档立卡贫困人口医疗保障帮扶实施方案》（吕政发〔2017〕32号）和市医保局、财政局等七部门《吕梁市医疗保障扶贫三年行动计划（2018—2020年）》（吕医保发〔2019〕5号）的规定，落实城乡医疗救助相关政策。建档立卡贫困人口由当地扶贫部门负责认定。

（三）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、丧失劳动能力的残疾人等困难群众，以及符合条件的独生子女伤残死亡家庭和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纳入医疗救助的低收入救

助对象。纳入城乡医疗救助范围的低收入救助对象按家庭年人均收入不达当地低保标准的2倍确定。低收入救助对象认定由当地乡镇人民政府或街道办事处审核，县级医保局审批。

（四）因病致贫家庭重病患者。积极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认定为因病致贫家庭重病患者，纳入城乡医疗救助范围。认定条件暂按当年住院治疗发生的政策范围内医疗费用，扣除各项医疗保障等医疗费用报销部分，个人负担在3万元以上，且超过家庭承受能力、基本生活出现严重困难家庭中的重病患者纳入医疗救助范围。因病致贫家庭重病患者认定由当地乡镇人民政府或街道办事处审核，县级医保局审批。

二、医疗救助形式和标准

（一）资助参保救助

重点救助对象参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分，通过医疗救助给予资助；对城乡特困供养人员给予全额资助，对城乡低保对象给予30%资助。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。

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）参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分由财政全额救助，所需资金按照省级财政70%、县级财政30%的比例分别负担。

不在医疗救助重点救助对象、建档立卡贫困人口范围之内的丧失劳动能力的残疾人、低收入家庭六十周岁以上的老年人和未成年人等困难群众参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分，由

医疗救助资金给予20%资助。

（二）门诊救助

门诊救助的重点是对因患慢性病需长期服药或者患重特大疾病需要长期门诊治疗、导致自负费用较高的困难群众。卫健部门已经明确诊疗路径，能够通过门诊治疗的病种，可采取单病种付费的方式开展门诊救助。门诊费用经医疗保险相关政策报销后，个人负担政策范围内的医疗费用按50%救助，年度最高救助限额2000元。

（三）住院救助

1. 重点救助对象。城乡低保对象、在乡重点优抚对象等重点救助对象，在市域内定点医疗机构发生的住院费用，经基本医疗保险、城乡居民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，个人负担政策范围内的医疗费用医疗救助比例和年度救助最高限额标准如下：

住院自负费用区间段	市域内定点医疗机构救助比例	年度救助最高限额标准
2000元以上～10000元	70%	7000元
10000元以上～50000元	75%	30000元
50000元以上～100000元	80%	60000元
100000元以上	/	80000元

注：1. 转外就医的在市域内定点医疗机构救助比例基础上降低5个百分点。
2. 医疗救助分段计算，累加资助；最高限额累加计算，年度救助最高限额不超过8万元。

特困供养人员在定点医疗机构住院经基本医疗保险、城乡居民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，个人负担政策范围内的医疗费用给予全额救助。

2. 建档立卡贫困人口。建档立卡贫困人口的医疗保障应严格按照《吕梁市农村建档立卡贫困人口医疗保障帮扶实施方案》(吕政发〔2017〕32号)和市医保局、财政局等七部门《吕梁市医疗保障扶贫三年行动计划（2018—2020年）》（吕医保发〔2019〕5号）规定执行，各级医保部门应进一步明确医疗救助托底保障能力，建档立卡贫困人口就医住院，经城乡居民基本医保、城乡居民大病保险报销后，自负政策范围内的医疗费用医疗救助按城乡低保对象住院救助比例和年度救助最高限额标准进行救助，确保综合保障比例应达到规定标准。

3. 低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者。纳入城乡医疗救助范围的低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者在定点医疗机构发生的住院费用，经基本医疗保险、城乡居民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，个人负担政策范围内的医疗费用医疗救助比例和年度救助最高限额标准如下：

住院自负费用区间段	市域内定点医疗机构救助比例	年度救助最高限额标准
5000元以上～10000元	30%	3000元
10000元以上～50000元	40%	20000元
50000元以上～100000元	60%	40000元
100000元以上	/	60000元
注：1..转外就医的在市域内定点医疗机构救助比例基础上降低5个百分点。 2.医疗救助分段计算，累加资助；最高限额累加计算，年度救助最高限额不超过6万元。		

戈谢病、庞贝氏病患者，门诊医疗费用支出巨大，按城乡低

保救助对象住院救助政策纳入救助范围。

（四）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，对确需到上级医疗机构或异地就医的，应按规定办理转诊或备案手续。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%（不受当地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%（不受当地医疗救助年度封顶线限制）。

（五）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（具体病种按晋政办发〔2015〕98号文件规定执行），病情处于晚期，可给予每人一次性5000元的大病关怀救助。

三、完善医疗救助申请审核机制，切实提升医疗救助服务质量

（一）建立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

门应于每年7月底前将城乡低保、特困供养人员、在乡重点优抚对象名单(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。每年8月1日起,县级民政、退役军人事务部门要将城乡低保、特困供养人员、在乡重点优抚对象本季度(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、特困供养人员、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、特困供养人员、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、特困供养范围的,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《关于进一步做好农村贫困人口医疗保障精准扶贫工作的通知》(晋医保发〔2019〕15号)执行。

(二)明确医疗救助申请审核审批程序。重点救助对象申请医疗救助,在统筹地区内定点医疗机构就医或在统筹地区外就医且办理异地就医备案手续的,提供本人身份证或社会保障卡等,通过信息系统"一站式"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,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（城乡低收入家庭认定表见附件5、城乡低收入家庭诚信承诺书见附件6）；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7)。在统筹地区外就医但未办理异地就医备案的重点救助对象申请医疗救助按低收入救助对象申请医疗救助的程序执行。

（三）推进医疗救助信息系统“一站式”结算。医保经办机构要加快信息系统的升级改造，增加医疗救助结算模块，重点救助对象、建档立卡贫困人口医疗救助和医疗保险在市域内定点医疗机构住院医疗费用实现信息系统“一站式”即时结算。

四、加强医疗救助工作管理，切实保障困难群众基本权益

（一）加强定点医疗机构协议管理。各级医疗保障部门、医保经办机构要进一步加强医保定点医疗机构的协议管理，并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追究责任。

（二）强化医疗救助基金的使用管理。各县（市、区）要根据救助对象数量、救助标准、医药费用增长情况，科学测算医疗救助资金需求，加大财政投入力度，鼓励和引导社会捐赠，健全多渠道筹资机制。各级财政、医疗保障部门要严格按照《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；县级医疗保障部门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直接支付到定点医疗机构、定点药店或医疗救助对象。鼓励商业保险机构在承办大病保险的基础上，按有关规定参与医疗救助经办服务，经办服务机构要按照合同约定加强资金的管理，确保医疗救助资金安全运行和及时支付。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%，确保基金均衡合理使用，确保救助对象最大程度受益。

（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

况并逐步上报，认真做好医疗救助统计工作，为各级医疗保障部门掌握工作进展、科学决策提供依据。

各县（市、区）医保部门要按照本通知要求，细化相关工作措施，进一步完善医疗救助工作制度。各相关部门要密切协同，依据各自职责抓好医疗救助相关工作任务落实，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。

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. 城乡低收入家庭认定表

6. 城乡低收入家庭诚信承偌书

7. 不符合医疗救助条件书面告知书

吕梁市医疗保障局　　吕梁市民政局

吕梁市财政局　　吕梁市卫生健康委员会

吕梁市退役军人事务局　　吕梁市扶贫开发办公室

2019年11月28日

（此件主动公开）

附件 1

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。