常德市医疗救助实施细则

（征求意见稿）

1. 总则

第一条 为进一步健全完善医疗救助制度，根据中央关于深化医疗保障制度改革和完善社会救助制度的有关文件精神，以及《中共湖南省委 湖南省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（湘发〔2021〕3号）、《湖南省人民政府办公厅关于印发湖南省医疗救助办法的通知》（湘政办发〔2021〕62号），结合我市实际，制定本细则。

第二条 医疗救助是基本医疗三重保障的兜底保障制度，通过政府资助困难群众参加城乡居民基本医疗保险，对参加基本医疗保险的困难人员实施住院医疗救助和门诊医疗救助，最大限度防止困难群众因病返贫、因病致贫。

第三条 医疗救助遵循下列基本原则：政府主导、部门协作；救助水平与经济社会发展水平相适应；与基本医疗保险、大病保险（大病互助）、补充医疗保险、商业健康保险有效衔接、形成合力；公开、公平、公正、便民。

第四条 市人民政府统筹全市医疗救助工作，根据国家和省有关规定，合理确定本地区的医疗救助政策，规范工作流程。

市医疗保障部门负责全市医疗救助工作的组织实施，加强对医疗救助工作的监督管理；市民政部门负责统一全市低收入家庭认定标准，规范低收入家庭认定程序，指导区县做好相关对象认定工作，支持慈善救助发展；市财政部门负责医疗救助资金的筹集、拨付和资金使用的监督管理工作；市乡村振兴部门负责指导区县（市）做好相关对象的监测工作，会同相关部门统一制定有返贫致贫风险的重病患者的认定标准和程序；市退役军人事务部门负责指导区县（市）做好退役军人和其他优抚对象基础信息的确认；市残疾人联合会负责指导区县（市）做好残疾人相关认定工作；市卫生健康部门负责加强对全市医疗机构服务行为的监管，规范诊疗路径，促进分级诊疗；市审计部门负责指导区县（市）做好医疗救助审计相关工作。

第五条 区县（市）职责如下：

（一）区县（市）人民政府负责实施本地区医疗救助工作；

（二）乡镇人民政府（街道办事处）负责辖区内医疗救助申请受理、调查核实和基础资料审核等工作；

（三）县级医疗保障部门具体负责医疗救助工作的组织实施；

（四）县级民政部门负责特困供养人员、最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员、孤儿、事实无人抚养儿童、困难重度残疾人的认定，做好低收入人口的监测，负责第三类救助对象和再救助对象家庭经济状况的核定、评估与认定，支持慈善救助发展；

（五）县级财政部门负责医疗救助资金的筹集和监督管理；

（六）县级乡村振兴部门负责做好防止返贫监测对象（即脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户）的监测，会同相关部门做好有返贫致贫风险的重病患者认定和相关基础信息共享；

（七）县级退役军人事务部门负责退役军人和其他优抚对象基础信息的确认；

（八）县级残疾人联合会负责残疾人残疾类别、等级的认定和基础信息的确认；

（九）县级卫生健康部门负责加强对医疗机构医疗服务行为的监督管理；

（十）县级审计部门负责对医疗救助资金管理和使用情况的审计。

第二章 医疗救助对象范围

第六条 医疗救助对象分为三类：

（一）一类救助对象为特困供养人员、**孤儿、**事实无人抚养儿童（以下统称一类救助对象）；

（二）二类救助对象为最低生活保障对象、重度残疾人、最低生活保障边缘家庭成员和纳入监测范围的防止返贫监测对象（以下统称二类救助对象）；

（三）三类救助对象为不符合一类、二类救助对象条件，但因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的因病致贫大病患者（以下统称三类救助对象）。

第七条 （一）第三类救助对象申请医疗救助，应符合下列标准之一：

（1）提出医疗救助申请之前12个月的家庭人均可支配收入不足1万元，其除基本住房、基本生活必需品之外的家庭财产不足以支付医疗费用自负部分的重病患者；

（2）个人年度医保政策范围内自负医疗费用达到其家庭年可支配总收入的50%以上、因病致贫的大病患者。

（二）除市本级职工医保参保人员外的第三类救助对象，向户籍所在地医疗保障部门申请医疗救助。市本级困难人员的医疗救助申请、确认和支付等相关事宜由市医保局另文规定。

第三章 医疗救助方式和标准

第八条 医疗救助的支付范围包括：救助对象经基本医疗保险、大病保险（大病互助）、补充医疗保险等报销后，符合基本医疗保险政策支付范围的自负费用；国家规定纳入医疗保障范围的罕见病医疗费用负担（包括基本医保政策范围内维持诊疗必需的医疗费用、罕见病特殊药品费用）。罕见病根据国家卫健委等部门明确的范围确定。

下列医疗费用不纳入救助范围：

1.到非医保定点医药机构就医、购药的费用或无正当理由未经转诊程序到市域外就医的医疗费用；

2.保健、整形美容等发生的医疗费用；

3.交通、医疗事故等依法应由第三方承担支付责任的医疗费用；

4.法律法规及政策规定的其他情形。

第九条 参保资助。对一类救助对象和二类救助对象中的重度残疾人参加城乡居民医保的个人缴费部分给予全额资助；对其他二类救助对象（不含重度残疾人）参加城乡居民医保的个人缴费部分按照50%比例给予资助。在城乡居民医保集中参保缴费期对医疗救助对象实行同缴同补，个人只需按规定缴纳个人应缴部分资金；在城乡居民医保集中参保缴费期结束以后新增的各类困难人员不纳入当年参保缴费的资助范围。

第十条 住院医疗救助。救助对象住院发生属于医疗救助政策支付范围内，达到救助标准以上、10万元以内的个人自负医疗费用部分，按比例救助。

（一）一类救助对象：不设起付线，按照90%比例给予救助；

（二）二类救助对象：起付线为1500元 ，按照70%比例给予救助；

（三）三类救助对象：起付线为6500元，按照50%比例给予救助；

（四）对符合医疗救助条件的困难退役军人，在年度救助限额内，对照同类困难人员医疗救助标准提高10%比例给予救助。

第十一条 门诊医疗救助。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的医疗救助对象，个人门诊自负医疗费用较高，达到救助标准以上部分的金额，按 比例救助。

（一）特殊疾病门诊救助。按照医疗保障部门特殊疾病门诊病种范围实行救助，年度救助限额为8000元。一类救助对象不设起付线，年度限额内个人自负医疗费用按照90%比例给予救助；二类救助对象起付线为1000元，年度限额内个人自负医疗费用按照50%比例给予救助。

（二）重特大疾病门诊医疗救助。重特大疾病范围根据国家、省级医疗保障部门相关规定执行。患重特大疾病需要长期门诊治疗的，按照相应类别救助对象住院医疗救助标准执行，纳入住院医疗救助年度限额范围。重特大疾病与特殊疾病门诊病种重合的，按重特大疾病门诊享受救助。

第十二条 再救助制度。对基本医保、大病保险（大病互助）和医疗救助三重制度支付后，政策范围内个人负担医疗费用仍较重，且经民政部门或乡村振兴部门认定，有返贫致贫风险的人员，经本实施细则明确的申请、审核程序，予以再救助。

（一）起付标准。再救助起付线为6500元。

（二）救助标准。再救助对象一个自然年度内，经基本医保、大病保险（大病互助）和医疗救助三重制度支付后，累计个人负担的政策范围内医疗费用，扣除再救助起付线以后，一类救助对象予以全额救助，二类救助对象按照60%的比例给予救助，三类救助对象按照50%的比例给予救助。

（三）救助限额。年度实际救助限额3万元。

第四章 医疗救助的申请、确认和结算支付

第十三条  一类、二类救助对象凭本人身份证和相关资料到市域内医保定点医疗机构就医时，直接享受医疗救助待遇，应由医疗救助资金支付的费用，由医保定点医疗机构按本细则规定进行“一站式”结算；经转诊程序到市域外医疗机构就医的，向户籍所在地乡镇(街道)提出书面申请，经县级医疗保障部门审核后享受医疗救助待遇。第三类救助对象和再救助对象，每次医疗救助待遇享受都需经申请、公示、审核等规范程序。

第十四条 第三类救助对象和再救助对象申请救助程序。

（一）提出申请。申请人向户籍所在地乡镇（街道）提出申请，填写医疗救助申请表，并如实提供以下材料：

1.身份证或户口簿原件及复印件（委托他人办理申请的，同时提供受委托人的身份证或户口簿原件及复印件）；

2.“一卡通”或银行卡复印件；

3.当年度疾病诊断书或病史证明材料；

4.相关医疗机构出具的当年度医疗费用结算清单、转诊证明等能够证明合规医疗费用的有效凭证等；

5.民政、乡村振兴部门出具的身份认定、家庭财产、收入状况、家庭成员等证明材料。

（二）入户核查。镇人民政府（街道办事处）受理医疗救助申请后，应当在10个工作日内，组织工作人员完成入户调查核实和基础资料审核。入户调查时，调查人员须到申请人家中调查其家庭人员状况、家庭收入财产状况和吃、穿、住、用等实际生活状况。根据申请人申报的家庭收入和财产状况，核查其真实性和完整性。调查核实后，镇人民政府（街道办事处）应当出具家庭经济状况调查表等评估材料，同时对其医疗救助申请提出初审意见，并需将相关评估和审核资料（包括医疗救助申请表、家庭经济状况调查表、相关职能部门出具的证明材料及前期收集的申请对象的相关资料）提交至县级医疗保障部门。如遇突发性重特大疾病患者，应特事特办，及时审核。经核查，不符合救助条件的，要书面通知申请人。

（三）审核支付。县级医疗保障部门在收到乡镇人民政府（街道办事处）申报材料后，应当对其进行全面审查。对符合条件的申请，在核准其救助金额后，在10个工作日内将救助资金汇入救助对象银行账户或“一卡通”账户，并将批准意见通知镇人民政府（街道办事处）；对不符合条件的申请，应当将材料退回，作出不予批准决定，并通过镇人民政府（街道办事处）书面告知申请人并说明理由。

（四）定期公示。乡镇人民政府(街道办事处)应当在每季度末，根据县级医疗保障部门当季审批的救助对象救助实施情况，在救助对象所在村（社区）固定公示栏进行公示，公示期为5个工作日，接受社会监督。公示期内有异议的，县级医疗保障部门应当自接到异议之日起10个工作日内组织调查核实，并将调查结果予以公布。经调查，确属违规享受医疗救助待遇的要及时将救助资金予以追回。

第十五条 一类、二类救助对象在市域内定点医疗机构实行“一站式”结算。

（一）参保地就医“一站式”结算。一类、二类救助对象在参保地医保定点医疗机构住院的发生的医疗费用，属于基本医保、大病保险（大病互助）、医疗救助支付的，由医保定点医疗机构按规定记账结算，救助对象只需支付由个人负担的费用，医院垫付资金由医疗机构与区县（市）医保经办机构进行结算。

（二）市域内异地就医“一站式”结算。一类、二类救助对象在参保地以外的市域内异地联网结算医院住院发生的医疗费用，属于基本医保、大病保险（大病互助）、医疗救助支付的，由医疗机构先行垫付，市、县级医保部门再按照异地就医费用结算相关规定与医疗机构进行结算。区县医疗保障部门应综合考虑往年数据、政策调整、医疗费用增长等因素，合理测算异地住院“一站式”结算年度支出，并在年初向市医保事务中心向资金专户预拨2个月的备用金，以后每个月15日前拨付上月结算资金，年底进行统一清算。

第十六条 各区县（市）医保部门要建立详细、精准的医疗救助台账，及时在医保信息系统内做好各类救助对象身份标识。医保与民政、乡村振兴、残联等部门要定期进行信息共享，将各类救助对象纳入防止返贫、致贫监测范围，重点监测经基本医保、大病保险（大病互助）等支付后个人医疗费用负担仍然较重的低收入家庭成员和防止返贫监测对象，掌握其医疗费用支出和个人负担情况，及时更新基础数据，按规定落实医疗救助待遇。

第五章 资金筹集与管理

第十七条 医疗救助基金的来源包括：

（一）上级财政下拨的医疗救助资金；

（二）各区县（市）本级财政预算的配套资金；

（三）社会捐赠资金；

（四）其他资金。

医疗救助资金实行专户储存、专户管理、专款专用。

第十八条 医疗保障部门要根据救助对象规模、救助标准、医药费增长等因素科学测算医疗救助资金需求。县级财政部门要根据资金需求以及工作开展情况，结合本地财力，统筹安排本级财政医疗救助资金，并纳入预算管理。当年度区县（市）医疗救助资金出现缺口的，由各区县（市）医疗救助累计结余资金解决，不足部分由各区县（市）人民政府负责补足。

第十九条 中央、省转移支付的医疗救助资金按省财政和省医疗保障部门的分配方案安排至区县。省方案未确定部分，由市医疗保障部门会同市财政部门根据省级有关规定，严格按照因素法分配。

第二十条 各区县（市）要加强医疗救助资金使用管理，确保安全使用、管理规范。对脱贫攻坚期间农村建档立卡贫困人口医疗保障相关政策和项目的资金加强整合，全面实行基本医疗保险、大病保险（大病互助）和医疗救助三重保障，实现全市范围内政策、管理、服务基本统一。

第二十一条 资助救助对象参加城乡居民医保的补助资金，在集中参保缴费期结束后一个月内，县级医疗保障部门提出申请，经财政部门审核后由相关职能部门核拨至基本医疗保险基金账户。“一站式”结算需要的医疗救助资金，医疗保障部门提出申请，经财政部门审核后由相关职能部门或单位定期核拨至“一站式”结算资金专户，医疗保障部门按规定及时拨付至定点医疗机构资金账户。其余医疗救助资金按规定程序审核，并按规定及时汇入救助对象银行账户。

第六章 保障措施

第二十二条 区县（市）人民政府要加强医疗救助工作的管理，为医疗救助工作开展提供必要的组织条件和物资保证。县级医疗保障部门、乡镇（街道）人民政府要强化医疗救助责任，按要求配备与其职能任务相适应的人员力量，落实工作经费，保障医疗救助工作顺利开展。

第七章 监督管理

第二十三条 任何单位和个人不得骗取、挪用、克扣、截留医疗救助资金。

第二十四条 采取虚报、隐瞒、伪造等手段，骗取医疗救助资金的，一经查实立即取消救助，由医疗保障部门责令退回非法获取的医疗救助金；构成犯罪的，依法追究法律责任。

第二十五条  医疗救助经办工作人员应当依法对医疗救助申请开展调查、审核、审批。在医疗救助工作中有滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊行为的，一经发现，移送纪检监察部门处理，并追究有关人员的责任；构成犯罪的，依法追究法律责任。

第二十六条  医疗机构违反服务协议，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；造成医疗救助资金流失或浪费的，终止定点服务协议，并依法追究责任。

第八章  附  则  
  第二十七条  本办法自2022年1月1日起施行，有效期为5年。各市（区）此前医疗救助相关办法废止；国家和省有新规定的，从其规定执行。

附件：《常德市医疗救助申请表》

常德市 （区）县医疗救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | 身份证号码 | |  | |
| 家庭住址 | 乡镇（街道） 村（社区） 组 | | | | | | | | | |
| 户籍地 |  | | | | | | | | 联系方式 |  |
| 救助对象类别 | 一类救助对象：□特困供养人员 □孤儿 □事实无人抚养儿童  二类救助对象：□低保 □重度残疾人 □低保边缘家庭成员  □纳入监测范围的防止返贫监测对象  三类救助对象：□ | | | | | | | | | |
| 申请人病情及费用支出情况（单位：元） | | | | | | | | | | |
| 就诊住院时间 | 病种 | 医疗支出及补偿情况 | | | | | | | | 政策内个人  自付费用 |
|  |  | 住院总费用 | | 基本医疗  报销费用 | | 城乡居民大病  保险（大病互助）报销费用 | | 补充医保  报销费用 | |
|  | |  | |  | |  | |  |
| 门诊总费用 | | 基本医疗报销费用 | | | | 补充医保  报销费用 | | 政策内个人  自付费用 |
|  | |  | | | |  | |  |
| 申请理由 | 申请人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 村（社区）  意 见 | （公章）  负责人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 乡镇（街道）  意见 | 负责人（签名）： （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 区县医保部门  审批意见 | 经办人（签字）： 负责人（签字）：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | |