

山西省医疗保障局
山西省民政厅
山西省财政厅
山西省卫生健康委员会
山西省退役军人事务厅
山西省扶贫开发办公室

文件

晋医保发〔2019〕46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

各市医疗保障局、民政局、财政局、卫生健康委员会、退役军人事务局、扶贫开发办公室：

城乡医疗救助既是医疗保障体系的重要内容，也是社会救助

体系的重要组成部分,是减轻城乡困难群众医疗费用负担,促进全体公民公平享有基本医疗保障的重要举措。随着机构改革的不断深入,医疗救助工作进入了新的发展阶段,同时,面临的一些新情况、新问题也日益凸显,为适应新形势、新变化,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,确保困难群众待遇落实、救助到位,现就有关事项通知如下:

一、准确把握医疗救助对象范围,切实织密困难群众医疗保障网

(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、特困人员和在乡重点优抚对象。

(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)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。

(三)低收入救助对象。各地要结合实际,逐步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救助范围。具体认定条件由各设区的市医疗保障部门会同当地民政、卫健、残联等部门(单位)统一规定。

(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

实施救助。具体认定条件由各设区的市医疗保障部门结合困难群众个人实际负担的合规医疗费用金额等统一规定。

二、科学确定医疗救助形式和标准,切实细化医疗救助工作内容

(五)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;对城乡特困人员给予全额资助,对城乡低保对象通过医疗救助给予全额或定额资助。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。不在医疗救助重点救助对象、建档立卡贫困人口范围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补贴,具体补贴标准由设区的市医疗保障部门确定,经当地人民政府批准后执行。

(六)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,也可通过发放医疗救助卡、确定定点医疗机构就医或定点药店购药等形式给予定期定额救助,具体救助形式和救助金额由各设区的市医疗保障部门统一规

定。

(七)住院救助。重点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,个人负担的合规医疗费用在年度救助限额内按不低于70%的比例给予救助;住院救助的救助比例和年度最高救助限额由设区的市人民政府根据当地救助对象需求和医疗救助资金筹集等情况统一规定,年度最高救助限额原则上不低于15000元;特困人员在定点医疗机构住院自负合规医疗费用由医疗救助给予保障。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。低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者住院救助标准由各设区的市统一规定,可设置必要的起付线和封顶线,对起付线以上的合规自负费用给予救助,具体救助比例可综合考虑患病家庭负担能力、个人自负费用、当地医疗救助资金筹集情况等确定,原则上不高于重点救助对象的救助水平,也可按照个人自负额度,分段设置阶梯化医疗救助标准,个人自负费用数额越大,救助比例越高,切实发挥医疗救助救大病的作用。戈谢病、庞贝氏病患者,门诊医疗费用支出巨大,按重点救助对象住院救助政策纳入救助范围。

(八)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)。

(九)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批机制,切实提升医疗救助服务质量

(十)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 7 月底前将现有(城乡低保)(特困人员)、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。2019 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、特困人员、在乡重点优抚对象,其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。

(十一)调整细化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等,通过信息系统“一站式”结算;低收入救助对象、因病致贫家**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**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**

知申请人并说明理由(书面告知书样本见附件5)。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。

(十二)推进医疗救助信息系统“一站式”结算。各市要加快工作进度,于2019年6月底前完成医保信息系统的升级改造,增加医疗救助结算模块,8月1日前,重点救助对象、建档立卡贫困人口医疗救助与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

(十三)加强定点医疗机构协议管理。2019年10月底前,各市医疗保障局要将本地区医疗救助定点医疗机构范围扩大到所有基本医疗保险定点医疗机构。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。

(十四)强化医疗救助基金的使用管理。各市、县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由社保基金专户直接支付到定点医疗机构、定点药店或医疗救助对象;已采取政府购买医疗救助经办服务的,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%,各地要不断完善医疗救助制度,确保基金均衡合理使用,确保救助对象最大程度受益。

(十五)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〕113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。

(十六)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。

各设区的市要按照本通知要求,进一步完善当地医疗救助制度,7月底前出台科学、具体、可操作的政策文件,细化相关工作措施,为推进本地区医疗救助工作科学发展提供可靠的制度保障。各级医疗保障部门要充分发挥牵头作用,民政、财政、卫健、退役军人事务、扶贫等部门要密切协同,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. 不符合医疗救助条件书面告知书





(此件主动公开)