

濮阳市医疗保障局文件

濮医保〔2020〕28号

濮阳市医疗保障局 关于完善城乡医疗救助制度的通知

各县（区）医疗保障局，开发区、工业园区、示范区医疗保障部门，市社会医疗保险处：

为全面贯彻落实《河南省人民政府办公厅关于完善医疗救助制度全面开展困难群众重特大疾病医疗救助工作实施意见的通知》（豫政办〔2015〕154号）、《河南省医疗保障局关于印发解决“两不愁三保障”中基本医疗有保障突出问题工作方案的通知》（豫医保办〔2019〕30号）有关规定，筑牢医疗保障底线，织密基本民生保障网，结合我市工作实际，现就进一步完善城乡医疗救助制度有关事宜通知如下。

一、救助对象

（一）特困供养人员；

(二) 最低生活保障对象；

(三) 农村未脱贫和已脱贫未脱政策的建档立卡贫困人口（以下简称农村贫困人口）；

(四) 经县级以上政府规定的其他特殊困难人员。

二、救助方式和救助标准

(一) 资助参加城乡居民医保

要对救助对象参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分进行补贴，保障其获得基本医疗保险服务。对特困供养人员的个人缴费部分全额资助，对最低生活保障对象和农村贫困人口的个人缴费部分给予不低于 30 元的定额资助，其余部分由个人缴付。

(二) 门诊和住院救助政策

救助对象在定点医疗机构发生的政策范围内门诊或住院费用中，对经基本医疗保险、城乡居民大病保险、困难群众大病补充医疗保险报销后的个人负担部分，实行医疗救助。

1. 实施门诊救助。救助病种为纳入门诊重症慢性病和门诊重特大疾病管理的病种。对已经明确诊疗路径、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。年度门诊救助限额为 5000 元，救助比例为 10%。

2. 实施住院救助。一是最低生活保障对象和农村贫困人口，医疗救助比例为 70%，年度最高救助限额为 1 万元。二是特困供养人员，其中分散供养的、医疗救助比例为 80%，集中供养的、医疗救助比例为 90%，年度最高救助限额为 1

万元。三是进入大病保险的重特大疾病患者，救助比例为70%，年度救助限额为2万元。

3.为打赢脱贫攻坚收官战，实施特殊扶贫政策，对新认定的因病新致贫人员，改变过去当次发生的医疗费用不在医疗救助范围的政策，实行救助关口前移，其当次发生的政策范围内医疗费用纳入医疗救助覆盖范围，并同步纳入县区政府的人口医疗资助兜底政策，其中医疗救助按照新致贫人员类别，享受不低于低保人员的医疗救助政策。同时，对扶贫、民政等部门认定的新致贫人员，全部及时纳入基本医疗保险、大病保险、困难群众大病补充医疗保险和医疗救助等医疗保障制度覆盖范围，享受相关倾斜政策。所有参保人员实行“先看病后付费”和医保“一站式”及时结算，减轻群众垫资负担和跑腿不便。

4.有条件的县（区）可根据医疗救助资金筹集情况，研究调整医疗救助资助参保标准，确定其他救助对象的住院医疗救助政策。

三、救助程序

各县（区）医保局对接县区扶贫、民政部门，整理分类汇总，按照困难群众标识分类，在医保信息系统中作标识。

在本县（区）定点医疗机构发生的医疗费用直接由定点医疗机构“一站式”结算。需要手工结报医疗费用的，县（区）医保及商保经办机构原则上应在一个月内完成。

各县（区）医保局可结合实际，制定具体的经办业务流

程，并报市医保局备案。

四、资金管理

医疗救助工作坚持属地管理原则，医疗救助资金通过财政安排、专项彩票公益金、社会捐助等渠道筹集。各级财政每年要足额安排城乡医疗救助资金，并列入当年财政预算。全年医疗救助支出扣除上级补助和年初预算资金安排后，超出部分由各县（区）足额列支。

五、有关要求

（一）医疗救助对象已参加医疗保险的，必须在按政策规定得到医疗保险、大病保险、困难群众大病补充医疗保险等报销后，对其仍剩余的政策范围内个人自付费用，按一定比例给予医疗救助。

（二）其他贫困群体救助等未尽事宜，可按原规定执行。

