

攀枝花市医疗救助实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善多层次医疗保障体系，降低困难居民医疗费用负担，减少因病致贫现象，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《中共中央办公厅 国务院办公厅印发关于改革完善社会救助制度的意见》（中办发〔2020〕18号）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法中医疗救助是指政府部门对符合条件的对象，因患病就诊发生的由个人负担的医疗费用，按规定给予救助的专项制度。

本市行政区域内医疗救助管理、服务和监督适用本办法。

第三条 医疗救助和基本医疗保险、大病保险等实行统一的药品目录、诊疗项目、医用耗材规定。

第四条 医保行政部门牵头负责医疗救助综合协调、政策制定、资金管理、结算支付等工作。民政、卫生健康、财政、乡村振兴、残联等部门（单位）在各自职责范围内负责医疗救助有关工作。

第五条 医疗救助应当遵循以下原则：

（一）托住底线。确保救助对象获得必需的基本医疗保障，救助水平与经济社会发展水平相适应；

（二）统筹衔接。加强与基本医疗保险、大病保险等制度的有效衔接，形成合力；

（三）公开公平公正。公开救助政策、工作程序、实施情况等，主动接受群众和社会监督，确保过程公开透明、结果公平公正；

（四）高效便捷。提高信息化管理水平和救助时效性；

（五）属地管理。县（区）人民政府落实本级管理职责，确保实现应救尽救。

第六条 医疗救助对象为下列人员：

（一）特困供养人员（以下简称“特困人员”）；

（二）符合社会救助条件的困境儿童；

（三）最低生活保障家庭成员（以下简称“低保对象”）；

（四）最低生活保障边缘家庭成员（以下简称“低保边缘对象”）；

（五）防止返贫监测对象；

（六）县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员。

特困人员、低保对象是医疗救助重点对象。

第二章 救助方式和标准

第七条 资助参保。对特困人员、低保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。对特困人员给予全额资助，对低保对象给予定额资助。

第八条 门诊救助。对因患慢性病需要长期服药或者患重特大疾病需要长期门诊治疗的救助对象，在定点医疗机构门诊治疗产生的政策范围内个人负担的医疗费用实施救助。

第九条 特困人员门诊费用全额救助。

低保对象中的下列人员均按 70% 的比例救助，救助金额按年度累计封顶。

（一）重度残疾人（持第二代一、二级各类残疾证的对象），患恶性肿瘤、尿毒症透析、系统性红斑狼疮等一类门诊特殊疾病病种的一个统筹年度内封顶线为 800 元；

（二）二类门诊特殊疾病对象一个统筹年度内封顶线为 500 元；

（三）年满 70 周岁及以上对象和三类门诊特殊疾病对象一个统筹年度内封顶线为 400 元。

门诊救助实行联网结算，不得发放现金。卫生健康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。符合多重门诊救助条件的按就高原则，不重复享受救助待遇。

第十条 普通疾病住院救助。救助对象在定点医疗机构住院，经基本医疗保险、大病保险等报销后，对政策范围内个人负担的费用予以救助。

（一）特困人员全额救助；

（二）低保对象按 70%的比例救助，一个统筹年度内封顶线为 3 万元；

（三）低保边缘对象、防止返贫监测对象、县级以上人民政府规定的其他特殊困难对象按 65%的比例予以救助，一个统筹年度内封顶线为 2 万元。

救助对象未参加基本医疗保险的，救助比例降低 10 个百分点。

第十一条 重大疾病住院救助。医疗救助对象患恶性肿瘤、器官移植术后抗排异治疗等一类门诊特殊疾病病种的（含门诊，视同住院），经基本医疗保险、大病保险等报销后，在政策范围内对于个人负担的费用予以救助。

（一）特困人员全额救助；

（二）低保对象按 75%的比例救助，一个统筹年度内封顶线为 7 万元；

（三）低保边缘对象、县级以上人民政府规定的其他特殊困难对象按 70%的比例救助，一个统筹年度内封顶线为 7 万元；

（四）防止返贫监测对象按 65%的比例救助，一个统筹年度内封顶线为 7 万元。

救助对象未参加基本医疗保险的，救助比例降低 10 个百分点。

第十二条 救助对象在异地就医发生的住院医疗费用按参保地报销比例予以结算，并按本办法规定予以救助。

第十三条 建立倾斜救助制度。经医疗救助后，医疗救助对象在政策范围内，对于个人负担的医疗费用超出动态监测范围的部分，按照 50% 的比例给予倾斜救助，一个统筹年度内救助封顶线为 2 万元。医保行政部门根据医疗救助资金筹集情况动态调整倾斜救助封顶线。倾斜救助资金与医疗救助资金统筹使用。

第十四条 救助对象有下列情形之一的，不予救助：

（一）拒绝相关部门依法依规调查或不如实提供家庭真实收入、财产状况的；

（二）出具虚假证明的；

（三）交通事故、医疗事故等依法应由第三方负担医疗费用的；

（四）非基本医疗保险定点医疗机构发生的费用；

（五）违法行为所导致的伤病发生的医疗费用；

（六）法律规范明确的其他不应由医保基金支付的费用。

第十五条 医疗救助金额应在扣除下列费用后确定：

（一）医疗机构按有关规定减免的费用；

（二）已由商业保险赔付的医疗费用；

- (三) 相关单位或部门已补助的医疗费用;
- (四) 社会各界互助帮扶的医疗费用;
- (五) 救助对象本人或家属所在单位为其报销的医疗费用。

第三章 救助管理

第十六条 救助对象在定点医疗机构住院治疗的救助费用,由定点医疗机构实行“一单制”联网结算后,与医保经办机构清算。救助对象个人承担的医疗费用,由救助对象与定点医疗机构结算。县(区)医保行政部门要加强与同级财政部门的工作衔接,确保“一单制”结算周转金及时足额上解到位。

第十七条 加强部门间数据信息交换。民政、乡村振兴、残联等部门(单位)及时向同级医保行政部门提供资助参保对象名单,并做好人员标识,相关社会救助对象增减时应及时将变动信息通知医保行政部门。医保行政部门根据民政、乡村振兴、残联等部门(单位)的需要及时提供救助对象就医费用数据信息。

第四章 救助资金管理

第十八条 医疗救助资金来源为:

- (一) 各级财政预算;
- (二) 从留归本级使用的福彩公益金中提取 20%用于医疗救助;

（三）慈善资金；

（四）捐赠资金；

（五）其他可用于医疗救助的资金。

医疗救助资金应当专款专用。社会组织和个人为医疗救助提供的捐赠、资助实行统筹管理。医疗救助工作经费由同级财政适当安排，列入同级财政预算。

第十九条 医保行政部门、财政部门根据上年度医疗救助对象数量、资金支出和筹集情况等要素依法编制年度预算，确保救助工作需要。因救助对象数量变化、救助水平调整等因素需调整医疗救助资金预算的，应按法律规定调整财政预算。

医保行政部门要主动接受同级财政、审计、监察部门监督检查。各县（区）医保行政部门要加强医疗救助资金管理，做到资金收支基本平衡。医疗救助结余资金较多的地区，应积极采取措施降低资金结余率，且按规定结转下年使用，不得挪作他用。

除上级补助资金外，县（区）财政落实本级医疗救助资金兜底责任。

第二十条 医保行政部门不得擅自扩大医疗救助资金支出范围，不得以任何形式挤占、挪用、截留和滞留医疗救助资金。

第五章 档案管理

第二十一条 县（区）医保行政部门在实施医疗救助后，

个人相关资料并入医疗保险个人档案统一管理，并不断完善管理制度。

第二十二条 医疗救助相关资料档案的保管期限不少于 5 年，医疗救助名册的保管期限自该名册形成之日起不少于 5 年。

第六章 监督管理

第二十三条 医疗救助纳入医疗保障待遇清单管理。

第二十四条 医保经办机构应当公开医疗救助监督咨询电话，主动接受社会和群众监督、投诉和举报。对接到的实名举报，应当逐一核查，并及时向举报人反馈核查处理结果。

第二十五条 医保行政部门应当加强医疗救助监督管理，定期组织专项检查、抽查，依法处理医疗救助违法违规行为。

第七章 法律责任

第二十六条 任何单位或个人采取虚报、隐瞒、伪造等手段，骗取医疗救助资金的，由县（区）医保行政部门责令退回，并依法追究刑事责任。构成犯罪的，移送司法机关处理。

医疗救助工作人员违反本办法规定的，由相关主管部门责令改正。存在滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊等违纪违法行为的，按照《中华人民共和国公务员法》《中华人民共和国监察

法》《中华人民共和国公职人员政务处分法》等法律法规追究责任。涉嫌犯罪的，依法移送司法机关处理。

第二十七条 任何单位或个人以威胁、暴力或者无理取闹等方式干扰医疗救助服务、扰乱医疗救助工作秩序的，由有关部门依法处理；行为违法的，依法追究刑事责任。

第二十八条 定点医疗机构不按规定用药、诊疗，造成医疗救助金流失或浪费的，浪费部分由医疗机构承担；情节严重的，依法追究刑事责任。

第二十九条 不及时上解医疗救助“一单制”结算周转金，导致拖欠医疗机构费用达到当年上级下达资金 30%及以上的，或连续 2 次不足额上解“一单制”结算周转金的县（区），市级医保行政部门会同市级民政、卫生健康、财政等部门予以通报。

第八章 附则

第三十条 国家、省调整医疗救助政策后，市级医保行政部门会同市级有关部门结合实际适时修订。县（区）未经市级医保行政部门同意，不得另行制定出台医疗救助待遇保障政策。

第三十一条 本办法自 2022 年 2 月 1 日起施行，有效期 5 年。

第三十二条 《攀枝花市人民政府办公室转发市民政局等

部门关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见的通知》（攀办发〔2010〕71号）、《攀枝花市人民政府办公室关于调整我市城乡医疗救助政策的通知》（攀办函〔2013〕208号）同时废止。