

鄂州市医疗保障局

鄂州医保发〔2020〕48号

关于进一步做好我市医疗救助 有关工作的通知

各区医保局，葛店开发区社发局、临空经济区组织人事局，
各相关医疗机构：

为进一步做好我市医疗救助工作，落实特困群众的各项
医疗救助待遇，现就有关事项通知如下：

一、医疗救助对象范围及身份认定

我市医疗救助对象范围包括重点救助对象（特困供养人
员、孤儿、低保对象）、低收入对象、农村贫困人口、因病
致贫救助对象。其中，重点救助对象、低收入救助对象、因
病致贫救助对象由民政部门认定；农村贫困人口由扶贫部门
认定。

二、医疗救助待遇标准

（一）资助参保。对重点救助对象参加城乡居民医疗保险的个人缴费部分给予全额资助。

（二）门诊救助

1. 定额门诊。重点救助对象、低收入救助对象、农村贫困人口因患有本市确认的 25 种重特大疾病，且办理了本市基本医疗保险门诊重症（慢性）疾病审批手续的，每人每年给予 1000 元门诊医疗救助。特困供养人员每人每年给予 500 元常见病门诊医疗救助。

2. 门诊肾透析救助。重点救助对象、低收入救助对象、农村贫困人口因患肾功能衰竭接受门诊透析治疗，所产生的政策范围内费用按政策报销后，剩余部分给予兜底保障。

（三）住院救助

1. 一般疾病救助。医疗救助对象发生的住院医疗费用，经基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险等报销赔付后的政策范围内个人自付费用纳入医疗救助范围。

重点救助对象的政策范围内个人自付费用，按照 70% 的比例给予救助，年度救助封顶线为 20000 元（不含门诊定额救助金额，下同）。

低收入救助对象政策范围内个人自付费用超过 5000 元的，超过部分按照 30% 的比例给予救助，年度救助封顶线为 10000 元。

因病致贫救助对象住院，政策范围内个人自付费用超过

30000 元的，超过部分按照 15%的比例给予救助，年度救助封顶线为 6000 元。

农村贫困人口在我市健康扶贫定点医疗机构住院，属特困供养人员、孤儿的贫困人口按 100%的比例给予救助，年度救助封顶线为 20000 元；一般贫困人口按 70%的比例给予救助（住院起付线不纳入救助），年度救助封顶线为 10000 元；一般贫困人口在非健康扶贫定点医疗机构住院，政策范围内个人自付费用超过 5000 元的，超过部分按照 30%的比例给予救助，年度救助封顶线为 10000 元。

2. 重特大疾病救助。重点救助对象、低收入救助对象、农村贫困人口因患有本市确认的 25 种重特大疾病，在定点医疗机构发生的医疗费用经基本医保、大病保险及医疗救助报销后，其住院政策范围内个人自付部分，由财政及相关部门专项资金给予兜底保障。

3. 落实转诊制度。对未在我市具备转诊资格的定点医疗机构办理转诊手续但属于危急重症，且必须到医保非本市定点医疗机构救治的对象，因治疗产生的政策范围内自付合规医疗费用，按照规定给予救助；未在转诊资质定点医疗机构办理转诊手续且不属于危急重症，到非本市定点医疗机构救治的对象，对其因治疗产生的政策范围内自付合规医疗费用，按规定比例的 50%给予救助。

三、医疗救助经办操作流程

（一）医疗救助资助参保

各区医疗保障局（医保服务中心）在每年 12 月将民政

部门核定的本辖区重点救助对象身份信息，经城乡居民医保参保登记后，统计并汇总下一年度资助重点救助对象参加城乡居民基本医疗保险的人数和资金，报请同级财政部门批准后拨付至医保基金财政专户。

（二）定额门诊医疗救助

每年3月、10月，各区医疗保障局（医保服务中心）通过信息系统核实“重点救助对象、低收入救助对象、农村贫困人口和门诊重症慢性病患者人员”等身份信息后，分类核定门诊医疗救助人数和资金，报请同级财政部门批准后拨付到救助对象银行帐户。

（三）门诊重特大疾病医疗救助

重点救助对象、低收入救助对象、农村贫困人口在市内定点医疗机构进行肾透析门诊治疗时，凡经信息系统核实应享受门诊重症慢性病待遇的，按政策执行“一站式”结算，门诊重特大疾病医疗救助报销费用由定点医疗机构全额垫付。

后续我市新增的门诊重症慢性病病种，按规定批准的门诊医疗费用，可按规定纳入重特大疾病医疗救助范围。

（四）住院一般疾病医疗救助

医疗救助对象在市内定点医疗机构出院时，按政策执行“一站式”结算，医疗救助报销费用由定点医疗机构全额垫付。

医疗救助对象在市外转诊住院的，由市医疗保障服务中心通过信息系统推送基本医疗保险、大病保险报销结算信

息，各区医疗保障局（医保服务中心）核定收到的推送信息后，执行一般疾病医疗救助结算政策并制作一般疾病住院医疗救助审批单。

（五）住院重特大疾病医疗救助

医疗救助对象在市内定点医疗机构出院时完成医疗保障“四位一体”结算，信息系统推送符合重特大疾病医疗救助对象的基本医疗保险、大病保险报销结算信息和疾病诊断信息，各区医疗保障局（医保服务中心）核定收到的推送信息和纳入重特大疾病医疗救助报销范围的费用数额，执行重特大疾病医疗救助结算政策并制作市内住院重特大疾病医疗救助审批表，结算信息返回相应定点医疗机构给予报销。

医疗救助对象在市外转诊住院的，由市医疗保障服务中心通过系统推送基本医疗保险、大病保险报销结算信息和疾病诊断信息，各区医疗保障局（医保服务中心）核定收到的推送信息和纳入重特大疾病医疗救助报销范围的费用数额，执行重特大疾病医疗救助结算政策并制作市外住院重特大疾病医疗救助审批表。

（六）医疗救助垫付资金的申报拨付

医疗救助资助参保和定额门诊医疗救助资金由各区医疗保障局向同级财政部门申报后拨付。

市内定点医疗机构垫付的一般疾病医疗救助资金，定期向各区医疗保障局申报拨付；市内定点医疗机构垫付的重特大疾病医疗救助资金，由其向市卫生健康委员会申报拨付；救助对象在市外发生住院费需要给予一般疾病医疗救助或

重特大疾病医疗救助的，由各区医疗保障局定期向财政部门申报拨付。

四、其他需要明确的事项

（一）简化申报医疗救助手续

凡能通过信息系统核定的身份信息和证明材料，如身份证（社会救助证）、基本医疗保险（社会救助）待遇有效期、门诊重症慢性病待遇、住院疾病诊断、住院医疗费发票金额、基本医疗保险、大病保险报销支付金额等，不再要求医疗救助对象提供纸质（电子）证明材料。

（二）明确“自付合规医疗费用”的内涵。“自付合规医疗费用”又称政策范围内个人自付费用，均为基本医疗保险目录内医疗费用经基本医疗保险、大病保险报销后的个人自付部分。

（三）医疗救助待遇公示。每月15日前，由各区医疗保障局公示上月享受医疗救助待遇的人员信息。

（四）跨年度申请医疗救助截止时间。医疗救助对象跨年度申请医疗救助截止时间为医疗费用发生的次年12月31日。

五、职能分工

市医疗保障服务中心负责做好全市医疗救助业务经办的统筹指导和医疗救助信息系统的建设维护工作；各区医疗保障局（医保服务中心）负责本辖区内医疗救助业务的经办、救助资金申请拨付和政策咨询解释等日常工作。

六、系统建设

金保系统开发的医疗救助模块于2020年9月15日上线，
原社会救助信息系统中的医疗救助模块同步停止使用。





鄂州市医疗保障局

2020年9月2日印发
