

息县医疗保障局文件

息医保〔2024〕14号

签批人：易建军

息县城乡医疗救助基金管理办法（试行）

为规范城乡医疗救助基金的管理和使用，提高基金使用效率，根据《财政部国家卫生健康委国家医保局关于修订〈中央财政医疗救助补助资金管理办法〉的通知》（财社〔2024〕26号）文件及《信阳市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施办法信政办》（〔2022〕26号）文件有关政策法规，制定本办法。

一、总体要求

（一）基金定义。本办法所称城乡医疗救助基金，是指通过一般公共预算、彩票公益金和社会各界捐助等渠道筹集，按规定用于城乡困难群众医疗救助的专项基金。

（二）基本原则。城乡医疗救助基金应按照公开、公平、公正、专款专用、收支平衡的原则进行管理和使用。

（三）专户管理。城乡医疗救助基金纳入社会保障基金财政专户（以下简称财政专户），单独建账，独立核算，专项管理，专款专用。城乡医疗救助基金由县财政局纳入专户管理。

二、基金筹集

（四）基金收入。城乡医疗救助基金收入包括：财政预算、福彩公益金、社会捐赠等多渠道筹集。财政预算收入指中央、省、市财政部门每年根据本县开展城乡医疗救助工作的实际需要，统筹上级财政补助资金，按照预算管理的相关规定，在一般公共预算和彩票公益金中安排的城乡医疗救助资金。

根据上级财政补助资金、社会捐赠资金、上年度医疗救助基金支出规模、资金需求等情况，合理安排财政补助资金。采取动态筹资方式筹集城乡医疗救助补助资金，当年度筹资水平由市县两级财政对救助对象按财权事权划分进行补助，医疗救助基金缺口部分由县财政补足，同时确保存入银行时，交易期最大利息收入。

三、基金使用

（五）救助对象范围。特困人员、孤儿、低保对象和低保边缘家庭成员；返贫致贫人口和农村易返贫致贫人口；不符合低保、特困人员救助供养或低保边缘家庭条件的因病致贫重病患者。县（区）人民政府规定的其他特殊困难人员属于上述救助对象的，按相应类别实行救助。

（六）基金支出范围。城乡医疗救助基金支出包括：资

助救助对象参保支出；医疗救助费用支出。

资助救助对象参保支出指按规定资助医疗救助对象参加城乡居民基本医疗保险的支出。

医疗费用救助支出指医疗救助对象在定点医疗机构发生的政策范围内医疗费用扣除基本医疗保险、大病保险，对个人负担部分按救助标准规定予以补助的支出，主要包括住院费用支出、门诊费用支出。

四、基金管理

（七）账户管理。城乡医疗救助基金使用专户支出，实行分账核算。城乡医疗救助基金支出户开设由县财政规定确定。支出户的用途是：接收财政专户拨入的基金；暂存该账户利息收入；支付基金支出款项；向财政专户上缴该账户利息收入。支出户除向定点医疗机构结算医疗救助资金、向医疗救助对象支付救助资金、原渠道退回支付资金外，不得发生其他支出业务。支出户发生的业务原则上通过转账方式支付。支出户的利息收入应按季度缴入财政专户，并入城乡医疗救助基金管理。

（八）基金支付。

1. 资助医疗救助对象参保支出。经医疗保险经办机构确认后，由县医保部门将符合救助标准的医疗救助人数、参保资助标准及资金申请后报送财政部门。经财政部门审核后，将参保资助资金从城乡医疗救助基金财政专户按通知拨付至指定账户，由县财政按基本医疗保险市级统筹相关规定统一完成资助参保。

2. 救助对象住院救助支出。对救助对象经基本医疗保险、大病保险等支付后，符合基本医疗保险政策支付范围、医疗救助起付标准以上的自付医疗费用实行救助。特困人员、孤儿、低保对象和返贫致贫人口住院救助不设起付标准。低保边缘家庭成员和农村易返贫致贫人口的住院救助起付标准为 2400 元/年，因病致贫重病患者的住院救助起付标准为 6000 元/年。对特困人员、孤儿按照 90%比例给予救助，对低保对象、返贫致贫人口按照 70%比例给予救助，对低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口、因病致贫重病患者按照 65%比例给予救助。

3. 救助对象重特大门诊救助支出。对救助对象因患慢性病需长期服药或患重特大疾病、罕见病需要长期门诊治疗且政策范围内自付医疗费用较高的病种实行救助，不设起付标准。**（1）重点病种门诊救助：**终末期肾病（门诊血液透析或腹膜透析方法治疗）、血友病（凝血因子治疗）、慢性粒细胞性白血病（门诊酪氨酸激酶抑制剂治疗）、I 型糖尿病（门诊胰岛素治疗）、耐多药肺结核（门诊抗结核药治疗）、再生障碍性贫血（门诊药物治疗）、恶性肿瘤门诊放化疗（含恶性肿瘤治疗相关的门诊特定药品和重特大疾病用药）、器官移植术后抗排异治疗、重性精神病人药物维持治疗。对在定点医药机构发生的以上 9 类病种门诊医疗费用，经基本医疗保险、大病保险等支付后的政策范围内自付医疗费用实行救助。对特困人员、孤儿、低保对象、返贫致贫人口按照 50%比例给予救助，对低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口、

因病致贫重病患者按照 30%比例给予救助。**（2）罕见病门诊救助：**对救助对象在定点医药机构发生的、纳入国家罕见病目录的罕见病门诊医疗费用，经基本医疗保险、大病保险等支付后的政策范围内自付医疗费用，按照 30%比例给予救助。

（九）基金对账。建立定期对账制度，财政、医保部门应按照规定认真做好城乡医疗救助基金的清理和对账工作，每年不少于两次。

（十）基金结余管理。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%。进一步完善救助方案，确保基金均衡合理使用，确保救助对象最大程度受益。

五、基金监督

（十一）严控支出范围。城乡医疗救助基金必须全部专项用于救助对象的医疗救助，对不按规定用药、诊疗以及不按规定提供医疗服务所发生的医疗费，城乡医疗救助基金不予结算。任何单位和个人不得截留、挤占、挪用，不得向救助对象收取任何管理费用。基金不得用于行政部门和经办机构的机构运行和人员经费，或者违反法律法规规定挪作他用。

（十二）法律责任。存在虚报冒领、挤占挪用、贪污浪费等违纪违法行为的，按照有关法律法规严肃处理。对故意编造虚假信息，骗取上级补助的，除责令立即纠正、扣回、停拨上级补助资金外，还应按规定追究有关单位和人员的责

任。各级财政、医保部门及其工作人员在补助资金的分配审核、使用管理等工作中，存在违反本办法规定的行为，以及其他滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊等违法违纪行为的，按照《中华人民共和国预算法》、《中华人民共和国公务员法》、《中华人民共和国监察法》、《财政违纪行为处罚处分条例》等国家有关规定追究相应责任。涉嫌犯罪的，依法移送有权机关处理。

