

长沙市人民政府办公厅文件

长政办发〔2022〕7号

长沙市人民政府办公厅 关于印发《长沙市医疗救助实施细则》的通知

各区县（市）人民政府，市直机关各单位：

《长沙市医疗救助实施细则》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真遵照执行。



（此件主动公开）

长沙市医疗救助实施细则

第一章 总则

第一条 为进一步健全完善医疗救助制度，根据中央、省关于深化医疗保障制度改革和完善社会救助制度的有关文件精神，以及《湖南省人民政府办公厅关于印发〈湖南省医疗救助办法〉的通知》（湘政办发〔2021〕62号）要求，结合我市实际，制定本细则。

第二条 医疗救助是基本医疗三重保障的兜底保障制度，通过政府资助困难群众参加城乡居民基本医疗保险，实施住院医疗救助和门诊医疗救助，最大限度防止困难群众因病返贫、因病致贫。

第三条 医疗救助遵循下列基本原则：政府主导、部门协作；救助水平与经济社会发展水平相适应；与基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险、商业健康保险有效衔接、形成合力；公开、公平、公正、便民。

第四条 各级各部门职责如下：

（一）区县（市）人民政府负责实施本地区医疗救助工作。

（二）乡镇人民政府（街道办事处）负责辖区内医疗救助申请受理、调查核实和基础资料审核等工作。

（三）医疗保障部门具体负责医疗救助工作的组织实施。

(四) 民政部门负责特困供养人员、最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员、孤儿、事实无人抚养儿童、困难重度残疾人的认定和资助参保工作，做好低收入人口的监测，会同相关部门做好因病致贫重病患者认定和相关信息共享，支持慈善救助发展。

(五) 财政部门负责医疗救助资金的筹集和监督管理。

(六) 乡村振兴部门负责做好防止返贫监测对象（即脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户）的监测和基础信息共享。

(七) 退役军人事务部门负责退役军人和其他优抚对象基础信息确认。

(八) 残疾人联合会负责残疾人残疾类别、等级的认定和基础信息确认。

(九) 卫生健康部门负责加强对医疗机构医疗服务行为的监督管理，规范诊疗路径，促进分级诊疗。

(十) 审计部门负责对医疗救助资金管理和使用情况的审计。

第二章 救助对象范围

第五条 享受基本医疗保险待遇，且具有本市户籍人员，其医疗费用在基本医疗保险、大病保险和其他补充医疗保险支付后仍有困难的下列对象，可以按照本细则的规定申请医疗救助。

(一) 一类救助对象为特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童（以下称第一类救助对象）。

(二) 二类救助对象为最低生活保障对象、重度残疾人、最低生活保障边缘家庭成员和纳入监测范围的防止返贫监测对象（以下称第二类救助对象）。

(三) 三类救助对象为不符合一类、二类救助对象条件，但因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的因病致贫大病患者（以下称第三类救助对象）。

非本市户籍，但属于本市认定的第一类、第二类救助对象，纳入本市医疗救助范畴。

第六条 第三类救助对象申请医疗救助，原则上应符合下列标准之一：

(一) 向户籍所在地医疗保障部门提出医疗救助申请之前12个月的家庭人均可支配收入较低，其除基本住房、基本生活必需品之外的家庭财产不足以支付医疗费用自负部分的重病患者。

(二) 个人年度医保政策范围内自负医疗费用达到其家庭年可支配总收入的50%以上、因病致贫的大病患者。

第三章 救助方式和标准

第七条 医疗救助的支付范围包括：救助对象经基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险等报销后，符合基本医疗保险政策支付范围的自费用；国家规定纳入医疗保障范围的罕见病医疗费用负担（包括基本医保政策范围内维持诊疗必需的医疗费用、罕见病特殊药品费用）。下列医疗费用不纳入救助范围：

(一) 到非基本医疗保险协议医药机构就医、购药的费用或无正当理由未经转诊程序到市域外就医的医疗费用。

(二) 保健、整形美容等发生的医疗费用。

(三) 交通、医疗事故等依法应由第三方承担支付责任的医疗费用。

(四) 法律、法规及政策规定的其他情形。

第八条 参保资助。对第一类救助对象和第二类救助对象中的重度残疾人参加城乡居民医保的个人缴费部分给予全额资助；对其他第二类救助对象（不含重度残疾人）参加城乡居民医保的个人缴费部分按照**50%**比例给予资助。在城乡居民基本医疗保险集中参保缴费期对医疗救助对象实行同缴同补，个人只需按规定缴纳个人应缴部分资金；在城乡居民基本医疗保险集中参保缴费期结束以后新增的各类困难人员不纳入当年参保缴费的资助范围。

第九条 住院医疗救助。救助对象住院发生属于医疗救助政策支付范围内，年度累计达到救助起付线以上、**10万元**以内的个人自负医疗费用部分，按一定比例救助。

(一) 第一类救助对象：不设起付线，按照**90%**比例给予救助。

(二) 第二类救助对象：起付线按湖南省上年度居民人均可支配收入的**5%**确定，**2022年**起付线确定为**1500元**，之后根据实际情况动态调整。起付线以上部分按**70%**比例给予救助。

(三) 第三类救助对象：起付线原则上按湖南省上年度居民人

均可支配收入的25%确定，2022年起付线确定为7300元，之后根据实际情况动态调整。起付线以上部分按照50%比例给予救助。

（四）第一类、二类、三类救助对象属于困难退役军人的，在年度救助限额内，对照同类困难人员救助标准提高10%比例给予救助。

第十条 门诊医疗救助。患慢性病需要长期服药和患重特大疾病需要长期门诊治疗的医疗救助对象，个人门诊自负医疗费用较高，达到救助标准以上部分的金额，按一定比例救助。

（一）特殊疾病门诊救助。按照特殊疾病门诊病种范围实行救助，年度累计救助限额不超过8000元。第一类救助对象不设起付线，年度限额内个人自负医疗费用按照90%比例给予救助；第二类救助对象起付线为1000元，年度限额内个人自负医疗费用按照50%比例给予救助。

（二）重特大疾病门诊医疗救助。患重特大疾病需要长期门诊治疗的，按照相应类别救助对象住院医疗救助标准执行，纳入住院医疗救助年度累计限额范围。

重特大疾病门诊医疗救助病种为：恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、重性精神病人药物维持治疗、糖尿病胰岛素治疗、肺结核、血友病，以及其他由国家、省医疗保障局明确的病种。

第十一条 救助对象具有多重困难身份类型的，按“待遇就高”原则实施救助。

第十二条 再救助制度。对基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重制度支付后，且医疗救助达到年度限额，其政策范围内个人负担医疗费用超过湖南省上年度居民人均可支配收入的25%，且有返贫致贫风险的人员，按照50%的比例进行再救助，防止发生因病返贫致贫。

第四章 救助程序

第十三条 “一站式”结算程序。第一类、二类救助对象凭本人身份证和相关资料到困难身份认定所在地县域内“一站式”结算定点医疗机构就医时，直接享受医疗救助待遇，应由医疗救助资金支付的费用，由基本医疗保险协议医疗机构按规定即时结算。因病情原因需转院的，经规范转诊，在市域内就诊的，可实施“一站式”结算。

“一站式”结算的医疗救助结果于医疗保障部门与定点医疗机构结算的当月，在救助对象所在地村民委员会（社区居民委员会）固定公示栏及时公示，公示期为5个工作日，接受社会监督。

第十四条 事后救助程序

（一）事后救助对象和适用情形

1. 第三类救助对象。
2. 到市域外就医的第一类、二类救助对象。
3. 不能实施“一站式”结算的其他情形。

（二）申请、审核、审批流程

1. 申请受理。救助对象向户籍所在地乡镇人民政府（街道办事处）提出书面申请（也可委托村民委员会、社区居民委员会代为申请），并提供身份证、户口簿和民政、乡村振兴部门认定证明材料，本年度必要的病史证明材料和医疗费用结算单据。受理机构应一次性告知申请对象所需提供的申请资料。

第一、二类救助对象困难身份认定地与户籍地不一致的，向困难身份认定地所属乡镇人民政府（街道办事处）提出书面申请并提交资料。

2. 审核。乡镇人民政府（街道办事处）在受理医疗救助申请后的10个工作日内完成入户调查和基础资料审核；符合条件的，填写《医疗救助审核审批表》（附件1）后报区县（市）医疗保障部门。如遇突发性重特大疾病患者，应特事特办、及时审核。对不符合救助条件的，要书面说明理由，并通知申请人。

3. 审批。区县（市）医疗保障部门接到申报材料后，在10个工作日内完成审批，并填写《医疗救助审核审批表》。对不符合救助条件的，要书面说明理由，并通知申请人。

4. 发放。区县（市）医疗保障部门在完成审核后10个工作日内将救助资金汇入救助对象银行账户。

5. 公示。乡镇人民政府（街道办事处）的审核结果和区县（市）医疗保障部门审批结果应当在救助对象所在地村民委员会（社区居民委员会）固定公示栏及时公示，公示期为5个工作日，接受社会监督。

第十五条 再救助程序

(一) 申请受理。医疗救助达到年度限额的救助对象持身份证、户口簿、病历资料、医疗费用结算单据等材料到户籍所在地乡镇人民政府（街道办事处）提出再救助书面申请（也可委托村民委员会、社区居民委员会代为申请），同时提供民政部门的家庭经济状况核对报告或乡村振兴部门的返贫致贫风险证明。

第一、二类救助对象困难身份认定地与户籍地不一致的，向困难身份认定地所属乡镇人民政府（街道办事处）提出书面申请并提交资料。

(二) 审核。乡镇人民政府（街道办事处）受理后10个工作日内完成入户调查和基础资料审核；符合条件的，填写《医疗救助（再救助）审核审批表》（附件2）后报区县（市）医疗保障部门。对不符合救助条件的，要书面说明理由，并通知申请人。

(三) 审批。区县（市）医疗保障部门接到再救助申报材料后，在10个工作日内完成审批，并填写《医疗救助（再救助）审核审批表》。对不符合救助条件的，要书面说明理由，并通知申请人。

(四) 发放。区县（市）医疗保障部门在完成审批后10个工作日内将救助资金汇入救助对象银行账户。

(五) 公示。乡镇人民政府（街道办事处）的审核结果和区县（市）医疗保障部门审批结果应当在救助对象所在地村民委员会（社区居民委员会）固定公示栏及时公示，公示期为5个工作日，

接受社会监督。

(六) 如遇突发性重特大疾病患者，应特事特办、及时审核。

第十六条 全市统筹基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险、医疗救助等医疗保障政策，建立政策协同、资金整合、信息共享、运行高效、管理规范“一站式”结算服务平台，提高管理服务水平，方便办事群众。

第十七条 第一类、二类救助对象在市域内“一站式”结算定点医疗机构就医，实行基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式”结算，只需支付自负部分费用，应由区县（市）救助资金支付部分，基本医疗保险协议医疗机构先行垫付，再由区县（市）医疗保障部门定期结算。

第十八条 建立医疗救助信息管理系统和医疗救助台账，统一规范各类救助对象身份标识，健全医疗保障与民政、乡村振兴、残联等部门信息共享机制，将各类救助对象纳入防止返贫、致贫监测范围，重点监测经基本医疗保险、大病保险等支付后个人医疗费用负担仍然较重的低收入家庭成员和防止返贫监测对象，掌握其医疗费用支出和个人负担情况，及时更新基础数据，按规定落实医疗救助待遇。

第十九条 各区县（市）人民政府自行确定本辖区内的医疗救助“一站式”结算定点医疗机构，并为之签订服务协议。医疗救助“一站式”结算定点医疗机构需在基本医疗保险协议管理医疗机构中选取。

各医疗救助“一站式”结算定点医疗机构应当指派专人负责“一站式”结算医疗救助工作，并严格执行《中华人民共和国执业医师法》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等有关规定，建立健全救助对象收治有关工作制度和流程，按照临床诊疗护理规范及操作规程对患者实施救治，加强医疗质量管理，合理检查，合理用药，控制医疗费用。落实各项安全保卫措施，切实维护医疗机构正常秩序。

第五章 资金筹集与管理

第二十条 医疗救助资金由市（含中央、省级财政资金）、区县（市）财政承担，并列入财政预算。市级财政全额承担市直属福利院直接管理的特困供养人员、孤儿的门诊和住院医疗救助资金；市级财政对芙蓉区、天心区、开福区、雨花区、长沙县、长沙高新区给予30%的补助，对岳麓区、望城区给予50%的补助，对浏阳市、宁乡市按照省管县政策给予适当补助。医疗救助资金通过财政预算、福彩公益金、社会捐赠等多渠道筹集。

第二十一条 市级财政部门会同医疗保障部门依据中央和省级有关规定，根据户籍人口、救助对象规模、救助支出等因素科学分配医疗救助资金。

第二十二条 医疗救助资金实行专账管理，专款专用。各区县（市）人民政府要建立医疗救助资金专账，用于办理医疗救助资金的筹集、核拨和支付等业务。

第二十三条 资助救助对象参加城乡居民医保的补助资金，在集中参保缴费期结束后1个月内，医疗保障部门提出申请，经财政部门审核后由相关职能部门核拨至基本医疗保险基金账户。市级财政承担芙蓉区、天心区、岳麓区、开福区、雨花区、望城区、长沙县、长沙高新区参保资助资金，浏阳市、宁乡市承担本辖区参保资助资金。“一站式”结算需要的医疗救助资金，医疗保障部门提出申请，经财政部门审核后由相关职能部门（单位）定期核拨至“一站式”结算资金专户，医疗保障部门按规定及时拨付至协议医疗机构资金账户。其余医疗救助资金按规定程序审核，并按规定及时汇入救助对象银行账户。

第六章 保障措施

第二十四条 各级人民政府要加强医疗救助工作的管理，为医疗救助工作开展提供必要的组织条件和物资保证，按照医疗救助对象的数量、人员结构等因素健全完善医疗救助工作机制，落实工作经费，保障医疗救助工作顺利开展。

第二十五条 建立健全医疗救助绩效评价考核体系，将医疗救助资金纳入医疗保障基金一体化监管范围，加强监督检查，增强约束力和工作透明度。健全责任追究机制，严肃查处挤占、挪用、虚报、冒领医疗救助资金等违规违纪违法行为。

第二十六条 救助对象采取虚报、隐瞒、伪造或以其他不正当手段骗取医疗救助资金的，不予批准或停止实施救助；已经发

放的，由医疗保障部门全额追缴并处理；涉嫌犯罪的，依法移送有权机关处理。

第七章 附则

第二十七条 本细则自公布之日起施行，可溯及至2022年1月1日，有效期5年。本市以往文件规定与本细则不一致的，以本细则为准。

附件：1. 医疗救助审核审批表

2. 医疗救助（再救助）审核审批表

抄送：市委有关部门，长沙警备区。

市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市中级人民法院，
市人民检察院。
各民主党派市委。

长沙市人民政府办公厅

2022年1月20日印发
