

阜阳市颍州区退役军人事务局
阜阳市颍州区财政局
阜阳市颍州区人力资源和社会保障局
阜阳市颍州区卫生健康委员会
阜阳市颍州区医疗保障局

文件

阜阳市颍州区退役军人〔2025〕9号

阜阳市颍州区退役军人事务局等5部门关于印发
《阜阳市颍州区优抚对象医疗保障实施办法》的
通知

各乡镇人民政府、街道办事处，区直各有关单位：

现将《阜阳市颍州区优抚对象医疗保障实施办法》的通知印

发给你们，请认真执行。



阜阳市颖州区退役军人事务局



阜阳市颖州区财政局



阜阳市颖州区人力资源和社会保障局



阜阳市颖州区卫生健康委员会



阜阳市颖州区医疗保障局

2025年5月22日

阜阳市颍州区优抚对象医疗保障实施办法

第一章 总则

第一条 为保障抚恤定补优抚对象医疗待遇，建立和规范抚恤定补优抚对象医疗保障制度，根据省退役军人事务厅、省财政厅、省人力资源和社会保障厅、省卫生健康委员会、省医疗保障局、中国人民解放军无锡联勤保障中心卫勤处《安徽省退役军人事务厅等6部门关于印发〈安徽省优抚对象医疗保障实施办法〉的通知》（皖退役军人发〔2023〕4号）和市退役军人事务局、市财政局、市人力资源和社会保障局、市卫生健康委员会、市医疗保障局《阜阳市退役军人事务局等5部门关于印发〈阜阳市优抚对象医疗保障实施办法〉的通知》（阜退役军人发〔2025〕2号）有关规定，结合我区实际，制定本实施办法。

第二条 本实施办法适用于在颍州区领取国家优抚定期抚恤或生活补助的优抚对象。

第三条 本实施办法所称的优抚对象，是指下列人员：

- （一）残疾退役军人；
- （二）在乡老复员军人；
- （三）参战退役军人；
- （四）参试退役军人；

- (五)带病回乡退役军人;
- (六)烈士遗属、因公牺牲军人遗属、病故军人遗属;
- (七)烈士老年子女。

第四条 优抚对象医疗保障要与颍州区经济发展水平和财政负担能力相适应,按照属地管理原则,以职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险制度为依托,医疗救助和医疗补助为补充,辅之于医疗服务优惠和照顾,保障优抚对象现有医疗待遇不降低;优抚对象的医疗保障水平应根据当地经济社会发展情况逐步提高,具体由区退役军人事务部门会同区财政、区医疗保障部门作相应调整。

第五条 具有双重或多重身份的优抚对象,按照就高原则享受医疗待遇。

第六条 由退役军人事务部门负责抚恤的伤残民兵、民工参照本实施办法有关残疾退役军人规定执行。

第二章 医疗保障

第七条 一级至六级残疾退役军人,依现行职工基本医疗保险管理办法,按照属地原则,参加职工基本医疗保险。有工作单位的,随单位参加职工基本医疗保险,按照当地规定标准缴费;无工作单位的,以统筹地区上年度城镇单位就业人员平均工资作为缴费基数。

一级至六级残疾退役军人所在单位无力参保和无工作单位的,由区退役军人事务部门统一办理参保手续。其单位缴费部分,

经区医疗保障、区退役军人事务、区财政部门共同审核确认后，由残疾退役军人户籍地或抚恤金发放地财政安排资金。

一级至六级残疾退役军人参加职工基本医疗保险个人缴费确有困难的，由残疾退役军人所在单位帮助解决；所在单位无力解决和无工作单位的，经区医疗保障、退役军人事务、财政部门共同审核确认后，由残疾退役军人户籍地或抚恤金发放地财政安排资金。

移交政府安置军队离退休干部及退休士官中的一级至六级残疾退役军人医疗保险按照国家有关规定执行。

第八条 其他优抚对象按照有关规定参加职工或城乡居民基本医疗保险，实现应保尽保。

已就业的其他优抚对象，有工作单位的随单位参加职工基本医疗保险。当地退役军人事务部门应督促优抚对象所在单位按规定缴费参保，其个人缴费确有困难的，由所在单位给予适当补助，所在单位无力参保的，县级人民政府应通过多渠道筹集资金帮助其缴费参保。

未就业的其他优抚对象，参加城乡居民基本医疗保险，由区退役军人事务部门提供人员名单、医疗保障部门统一办理参保手续。符合城乡医疗救助资助参保条件的优抚对象，由其户籍所在地医疗保障部门通过地方财政保障，对其参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分给予补贴。鼓励优抚对象参加其他形式的补充医疗保险。

参加上述基本医疗保障制度但个人医疗费用负担较重的优抚对象，按规定享受城乡医疗救助和优抚对象医疗补助。

第九条 因战因公致残的残疾退役军人旧伤复发的医疗费用，参加工伤保险并依法认定为工伤的，按照《工伤保险条例》有关规定解决。未参加工伤保险但医疗费用符合工伤保险诊疗项目目录、工伤保险药品目录、工伤保险住院服务标准的，有工作的由工作单位解决；所在单位无力支付和无工作单位的，从优抚对象医疗补助资金中解决。

因战因公致残的残疾退役军人旧伤复发，由市级及以上人民政府退役军人事务部门组织医疗卫生专家小组进行确认，医疗卫生专家小组出具旧伤复发医学鉴定意见。因战因公致残的残疾退役军人取得旧伤复发医学鉴定意见后，有工作单位的依据《工伤保险条例》相关规定申请工伤认定；无工作单位的按规定申请优抚对象医疗补助。

第十条 残疾退役军人、年满六十周岁的优抚对象优先享受医疗机构提供的家庭医生签约和健康教育、慢性病管理等基本公共卫生服务。

第十一条 实行优抚对象医疗救助制度。优抚对象在享受基本医疗保险、大病保险以及医疗优惠、医疗补助后，个人承担的医疗费用超过一定数额影响生活的，按医疗救助规定在户籍或抚恤金发放地享受医疗救助。

第十二条 一级至六级残疾军人个人负担部分，在符合医疗

保险规定范围内，医疗报销费用规定如下：

一、原阜阳市直单位的一级至六级残疾军人，已在阜阳市保健处享受医疗待遇的，其医疗保障由原资金渠道解决。

二、为确保优抚医疗待遇不降低，本办法实施前已参照离休干部医疗保障待遇的无工作单位的及个别无法缴纳职工医疗保险的一级至六级残疾军人医疗费用报销标准：

（一）报销范围

1. 符合《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》范围内用药，不分甲乙类费用实报实销。

2. 《安徽省医疗价格服务项目目录》内完全支付类检查项目费用全额报销；部分支付类检查项目单项在 500 元以内的（含 500 元）费用全额报销，单项在 500 元以上的，超出费用个人自付 10%。

3. 符合《安徽省医疗价格服务项目目录》内完全支付与部分支付的治疗项目，费用全额报销。

（二）普通门诊医疗费用补助

1. 普通门诊购药：普通门诊需就诊方能购药，普通门诊费用按每人每月 300 元、全年不超过 3600 元执行，超支不补。由区退役军人事务局提供一至六级残疾军人名单，区公费医疗服务中心负责报销。

2. 普通门诊处方用药，一般疾病为 3-7 日用量，同一种疾病使用同一类药品同一剂型时不得超过两种。就诊时需持公费医疗

本由医生填写病情记录。

3. 普通门诊检查费、治疗费凭医院门诊病历、发票、费用清单报销。

（三）慢性病门诊及住院医疗费用报销

1. 一至六级残疾军人患医保规定的慢性病无需住院但需长期服药的，持本人近期二级以上医院的诊断证明、住院病历复印件等资料，到区公费医疗服务中心填写《颍州区一至六级残疾军人慢性病门诊治疗审批表》，由区公费医疗服务中心组织专家进行慢性病鉴定后，审核发放《慢性病就诊证》。一至六级残疾军人按月到定点医院慢性病门诊购药。

2. 慢性病门诊医疗费用由个人先垫付，按月到区公费医疗服务中心报销。

3. 住院费用报销：在定点医院阜阳市第六人民医院住院的，合规费用直接由定点医院垫付结算，个人只付自费费用；在定点医院以外的医疗费用（先办理相关外出就医手续），先由个人垫付，按月到区公费医疗服务中心报销。

三、本办法实施后新增（含新退役、补评、调残）一至六级残疾军人均应参加职工医疗保险；参加职工医疗保险费用报销标准：

（一）普通门诊费用：按照职工医保门诊统筹待遇政策执行；

（二）慢性病门诊和住院医疗费用：按照职工医疗保险报补后合规费用经区公费医疗服务中心审核后，由区退役军人事务局

优先使用上级拨付的优抚医疗专项资金予以全额补助，优抚医疗专项资金不足部分再由区公费医疗服务中心予以全额补助。

四、其他：

对于参照离休干部医疗保障标准的一至六级残疾军人，如残疾等级降低导致不再符合享受此标准的人员，因无法缴纳城乡居民医疗保险的，故继续按照原医疗保障标准享受至当年12月31日，从第二年1月1日开始按照残疾等级享受相应医疗保障待遇。

第十三条 享受城乡居民医疗保险的其他优抚对象在医保定点医疗机构就医，在享受基本医疗保险、大病保险等医疗待遇的基础上，由区退役军人事务部门按规定给予医疗补助。

住院医疗补助：对七级至十级残疾军人、“三属”、在乡老复员军人、参战退役军人、参试退役军人、带病回乡退役军人、老年烈士子女在享受基本医疗保险、大病保险等医疗保障待遇的基础上，个人承担住院医疗费用仍然较重的，由抚恤金发放所在地退役军人事务部门对其符合医疗保险规定范围内的费用给予医疗补助。具体按下列标准执行：

1. 在乡老复员军人：住院合规费用(医保报销剩余部分)按90%补助，年度累计补助金额不超过3万元；

2. 七级至十级残疾军人、“三属”人员：住院合规费用(医保报销剩余部分)按75%补助，年度累计补助金额不超过2万元；其中享受职工医疗保险的七级至十级残疾军人按20%补助，年度累计补助金额不超过5000元；

3. “两参”人员、带病回乡退役军人:住院合规费用(医保报销剩余部分)按75%补助,年度累计补助金额不超过1.2万元;

4. 老年烈士子女:住院合规费用(医保报销剩余部分)按30%补助,年度累计补助金额不超过8000元;

第十四条 当年度优抚医疗保障资金如有结余,区退役军人事务部门可会同本级财政部门对患有重大疾病(恶性肿瘤、重型再生障碍性贫血、慢性肾功能衰竭、脑卒中、急性坏死性胰腺炎、急性或亚急性重症肝炎、急性心肌梗死、需外科手术或介入手术治疗的的心脏大血管疾病、精神分裂症、艾滋病、晚期血吸虫病)、因病致贫优抚对象实行二次救助,患上述病种导致生活困难的优抚对象,其中1-6级残疾军人,当年度个人负担住院医疗费用1万元以上、5万元以下的、当年一次性救助2000元,当年度个人负担住院医疗费用5万元以上的、当年一次性救助5000元;在乡老复员军人、“三属”、两参人员中的低保户、特困供养人员医疗费用在第十二条规定的年度限额内救助时可予以适当倾斜;其他享受优抚医疗补助条件的优抚对象,在第十二条规定的年度限额内救助时,当年度个人负担医疗合规费用1万元以上、5万元以下的、当年一次性救助2000元,当年度个人负担医疗合规费用1万元以上、5万元以下的,当年一次性救助5000元。如果结余经费不足,将酌情减少救助。

第十五条 优抚对象有下列情形之一的,所发生的医疗费用不得给予医疗补助:

- (一)未按规定在基本医疗保险定点医疗机构就医、购药;
- (二)就医、购药不符合基本医疗保险规定的诊疗项目、用药范围;
- (三)因自杀、自残(精神病所致除外)、斗殴、酗酒以及涉及违法违规行为发生的;
- (四)出国、出境期间发生的;
- (五)因交通事故、医疗事故及其他赔付责任等明确由他方承担医疗费赔偿责任的部分;
- (六)属工伤保险支付范围内的;
- (七)上一年度住院费用给予报补,报销额度不超过当年报补额,超额部分不予报销;
- (八)按有关规定不予支付的其他情形。

第十六条 区退役军人事务部门、医疗保障部门、卫生健康部门和定点医院要实行医疗管理平台联网和相关资源共享,建立简捷方便的优抚对象医疗补助“一站式”结算服务方式和管理体系;实现资源协调、信息共享、同步落实、即时结清。

第十七条 优抚对象的医疗补助方式主要包括:在优抚医疗结算定点医院就医的“一站式”即时结算、在非优抚医疗结算定点医院或异地就医的“医后补助”两种。

(一)优抚医疗机构“一站式”结算定点医院即时结算,优抚医疗机构“一站式”结算定点医院与区退役军人事务局之间的医疗补助资金结算,具体由区退役军人事务局和定点医院协商确定。

具体操作程序是由定点医院核算医疗补助资金和慢性病、住院补助结算单存根联报送区退役军人事务局，经区退役军人事务局核实后将补助资金划拨至定点医院账户。定点医院规定的医疗优惠减免费用应自行承担。

(二)在非优抚医疗结算定点医院和异地就医的医疗费用结算优抚对象在非优抚医疗结算定点医院和异地就医的医疗费用，在医疗结束后三个月内(跨年报销应不超过年报补额度)持相关材料到户籍所在地或优抚资金发放地指定承办机构申请医疗补助。具体程序是：

1. 优抚对象按基本医疗保险、大病保险相关规定进行报销。符合医疗救助政策的，按相关规定在医保部门进行救助。

2. 在基本医疗保险、大病保险报销或者医疗救助后，个人携带相关材料到户籍所在地或优抚资金发放地指定承办机构申请医疗补助，应提供材料由户籍所在地或优抚资金发放地指定承办机构确定。

第三章 医疗优待

第十八条 优抚对象到医疗机构就医时凭退役军人优待证或烈士遗属、因公牺牲军人遗属、病故军人遗属优待证，按规定享受医疗优待服务。医疗机构视病情，对优抚对象急诊、急救开通绿色通道、组织专家会诊，先救治后付费；对患危急重症的，实行先就医后结算等医前救助措施。

第十九条 优抚对象凭优待证到签约定点优抚医疗机构结

算优先挂号、就诊、取药、住院。医疗机构应在醒目位置公示优抚对象就医优先优惠的医疗服务项目，不得要求优抚对象支付按规定应予以减免的费用。

第二十条 支持、鼓励和引导医疗机构采取多种措施自愿减免有关医疗服务费用。

第四章 组织实施

第二十一条 优抚医疗补助所需资金由当地退役军人事务部门根据本地经济发展水平、财政承受能力等因素测算，经同级财政部门审核确定后，列入当年财政预算。

第二十二条 财政、退役军人事务部门应当强化优抚医疗补助资金的使用管理，并积极配合有关部门做好审计、稽查等工作。优抚对象医疗保障工作由县级以上退役军人事务、财政、人力资源和社会保障、卫生健康、医疗保障等部门管理并组织实施，各部门应当密切配合，切实履行各自职责。

第二十三条 退役军人事务部门负责严格做好优抚对象的审核工作，组织发放优抚对象医疗补助，确保优抚对象医疗补助资金按规定使用，动态更新优抚对象人员身份、补助类型和标准，以及与签约医疗机构定期结算。

第二十四条 财政部门负责会同退役军人事务、医疗保障部门及时安排优抚对象医疗保障资金，列入财政预算，合理安排优抚对象医疗保障经费及时下拨，确保优抚对象医疗补助资金专款专用。

第二十五条 人力资源和社会保障部门负责做好参加工伤保险的因战因公致残的残疾退役军人旧伤复发医疗费用支付工作。

第二十六条 卫生健康部门负责组织医疗机构为优抚对象提供优质医疗服务；加强对医疗机构的监督管理，提高服务质量，支持、鼓励医疗机构制定相关优待政策，落实优待措施；监督指导医疗机构推进“一站式”费用结算平台应用。

第二十七条 医疗保障部门协助做好符合条件的优抚对象参加职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险的登记以及医疗救助工作；按规定落实参保优抚对象享受相应的医疗保险待遇、医疗救助待遇；配合退役军人事务部门做好优抚医疗“一站式”费用核算及费用结算工作。

第二十八条 有关单位、组织和个人应如实提供所需情况，积极配合优抚对象医疗保障的调查核实工作。

第五章 监督管理

第二十九条 优抚医疗补助资金实行单独核算、专账管理、专款专用，不得与优抚对象补助、城乡医疗救助等资金混用，不得用于优抚对象生活困难补助、医疗机构补助、基本医疗保险经办机构 and 退役军人事务部门工作经费等支出。年末剩余资金，可以结转下年度继续使用。

第三十条 财政、退役军人事务和医疗保障部门应当强化医疗保障经费的使用管理，并积极配合有关部门做好审计、稽查等

工作。财政、退役军人事务等部门及其工作人员在医疗保障经费的分配、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工作人员，依法追究相应责任；涉嫌犯罪的，依法移送司法机关处理。

第三十一条 优抚对象在享受医疗服务及医疗保障待遇中，存在欺诈骗取行为的，依法追究。

第六章 附则

第三十二条 本办法由区退役军人事务局会同区财政局、区人力资源和社会保障局、区卫生健康委员会、区医疗保障局共同负责解释。

第三十三条 本办法自印发之日起实施，区民政局、区财政局、区卫生和计划生育委员会、区人力资源和社会保障局《关于印发〈颍州区重点优抚对象医疗补助办法〉的通知》（阜州民优字〔2017〕54号）同时废止。

阜阳市颍州区退役军人事务局

2025 年 5 月 23 日印发