

GQDR-2019-0010001

高政字〔2019〕54号

高青县人民政府 关于进一步完善医疗救助制度全面开展 重特大疾病医疗救助工作的意见

各镇人民政府、各街道办事处、经济开发区管委会，县政府各部门，各有关单位：

为全面落实《社会救助暂行办法》（国务院令第649号）有关规定，根据《关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作的意见》（国办发〔2015〕30号）文件精神，结合我县实际，现就进一步完善医疗救助制度，全面开展重特大疾病医疗救助工作提出以下意见：

一、指导思想

深入贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中全会精神，以健全社会救助体系、保障困难群众基本医疗权益为目标，进一步健全工作机制，完善政策措施，加强与基本医疗保险、城乡居民大病保险、各类补充医疗保险、商业保险以及疾病应急救助、慈善救助的有序衔接，不断提高医疗救助管理水平，最大限度减轻城乡困难群众医疗支出负担。

二、完善医疗救助制度

（一）合理界定医疗救助对象

原则上对救助对象分为以下三类进行救助：

第一类：重点救助对象。最低生活保障家庭成员、特困供养人员、社会散居孤儿、困境儿童、事实无人抚养儿童、60年代精减退职人员是医疗救助的重点对象。

第二类：低保边缘家庭人员。具有高青县常住户口，患有重大疾病难以自付医疗费用且家庭贫困的人员。

第三类：因病致贫家庭重病患者。因发生高额医疗费用、超出家庭承受能力、基本生活出现严重困难并符合下列条件的重病患者：

1、可支配收入的核定：申请家庭提出申请前12个月的人均可支配收入低于上年度人均可支配收入。不计入家庭可支配收入的内容依照低保对象认定的相关规定执行。

2、家庭财产的核定：家庭财产限额标准及不计入家庭财产的内容，依照低保对象认定的相关规定执行，具体为：申请家庭

人均金融资产低于年低保标准 2 倍的；申请家庭成员名下无生活用机动车辆（残疾人用于功能性补偿代步的机动车辆除外）、大型农机具；申请家庭成员名下无非居住类房屋（如商铺、办公楼、厂房、酒店式公寓等）；城镇居民申请家庭成员名下仅有 1 套住房或无房，或者有 2 套住房但人均建筑面积低于统计部门公布的上年度本市人均住房建筑面积；农村居民申请家庭除宅基地住房、统一规划的农民新村住房外，家庭成员名下无其他商品房。

（二）完善住院救助

1、重点救助对象本年度内在定点医疗机构发生的政策范围内住院费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后的个人负担费用低于 12000 元的，按不低于 70% 的比例给予救助。

2、低保边缘家庭人员本年度内在定点医疗机构发生的政策范围内住院费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后的个人负担费用超过 5000 元（含 5000 元）至 12000 元部分，按照 50% 的比例给予救助。

（三）规范门诊救助

门诊救助的重点是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，导致自付费用较高的医疗救助对象。

门诊慢性病由高青县医疗保障服务中心确认，对在本年度内（1 月 1 日至 12 月 31 日）所发生的门诊慢性病医疗费用给予适当救助（一个年度内门诊慢性病费用可累计计算，每人每年累计

最高救助 15000 元)。

1、重点救助对象发生的门诊慢性病费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后的个人负担费用额超过 500 元以上部分，按照 70%的比例给予救助。

2、低保边缘家庭人员发生的门诊慢性病费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后，自负额超过 1000 元以上部分，按照 30%的比例给予救助。

3、因病致贫家庭重病患者发生的门诊慢性病费用经基本医疗保险、城乡居民大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后，自负额超过 5000 元以上部分，按照 15%的比例给予救助。

三、全面开展重特大疾病医疗救助

(一) 救助标准

1、重点救助对象本年度内在定点医疗机构发生的政策范围内住院费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后的个人负担费用超出 12000 元的，按照 80%的比例给予救助，每人每年累计最高救助 50000 元。

2、低保边缘家庭人员本年度内在定点医疗机构发生的政策范围内住院费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后的个人负担费用超过 12000 元(含 12000 元)的，按照 60%的比例给予救助，每人每年累计最高救助 50000 元。

3、因病致贫家庭重病患者本年度内在定点医疗机构发生的

政策范围内住院费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后个人负担费用超过 12000 元（含 12000 元）至 50000 元以下部分，按照 40% 的比例给予救助；个人负担费用超过 50000 元（含 50000 元）元的，按照 50% 的比例给予救助，每人每年累计最高救助 50000 元。

（二）就医用药范围

重大疾病医疗救助的用药范围、诊疗项目等，原则上参照城乡居民基本医疗保险和城乡居民大病保险的相关规定执行。

（三）下列情况不予救助

因自杀自残、违法犯罪、打架斗殴、酗酒伤害、交通事故、医疗事故、司法鉴定、劳动鉴定、工伤、职业病、孕产期保健等发生的费用。

四、医疗救助流程

（一）重点救助对象实行“一站式”结算流程

重点救助对象因病在淄博市范围内定点医疗机构住院治疗的，住院时持身份证、社保卡办理住院登记备案手续，出院时即时救助。

按有关规定，城乡居民医保不予报销或延期报销的，不予医疗救助或延期救助。

重点救助对象在市外定点医疗机构住院所发生的医疗费用，采取手工结算方式实行救助。

（二）低保边缘家庭人员和因病致贫家庭重病患者申请救助

流程

1、申请。由患者本人或其监护人通过户籍所在地村（居）委会向镇（街道办）提出书面申请，并提供身份证、户口簿、残疾证、家庭收入证明、诊断证明、医疗机构出具的有效医疗费支出凭证、报销单据等证明材料。村（居）委会接到申请材料后要对材料真实性进行调查并及时报镇政府（街道办）审核。

2、审核。镇（街道办）对上报的有关材料进行逐项审核，并安排两名以上工作人员对申请人进行入户核实，准确了解家庭经济状况、医疗费用开支等情况。因病致贫重病患者申请救助时，须书面申报家庭收入和财产状况，并签署确认管理审批机关对其共同生活家庭成员及其法定赡、抚（扶）养义务人家庭经济状况进行调查核实的委托授权书。县社会救助中心接受委托后，开展跨部门居民家庭经济状况核对，汇总核对结果后反馈核对报告。镇（街道办）提出审核意见，符合救助条件的，上报淄博市医疗保障局高青分局，不符合救助条件的，向申请人说明理由。

3、审批。淄博市医疗保障局高青分局接到镇（街道办）上报的审核意见后，要认真复核，符合救助条件的，予以审批；不符合救助条件的，不予审批，并委托镇（街道办）书面告知申请人并说明理由。

五、医疗救助定点医疗机构

重点救助对象在淄博市内医疗保险定点医疗机构发生的费用，通过“一站式”医疗救助平台给予救助。淄博市医疗保局高青

分局与医疗救助定点医院签订委托合作协议，明确服务内容、服务质量、费用结算以及双方的责任义务，制定服务规范，并会同县财政、卫生健康等部门及商业保险机构做好医疗服务行为质量的监督管理，防控不合理医疗行为和费用。

六、医疗救助资金筹集管理

城乡困难群众重特大疾病救助所需资金由县财政统筹安排，同时，要动员和发动社会力量，通过慈善和社会捐助等多渠道筹集资金。实行专账管理，专款专用。

定点医疗机构一站式结算的救助资金，由定点医疗机构垫付。每季度淄博市医疗保局高青分局，通过一站式医疗救助平台对各定点医疗机构垫付资金进行汇总后报县财政局，县财政局审核后，及时、足额将救助资金拨付到淄博市医疗保局高青分局，由淄博市医疗保局高青分局拨付到定点医疗机构。

七、工作要求

开展城乡困难群众重大疾病医疗救助工作，帮助重大疾病患者减轻医疗经济负担，对于保障困难群众基本生存权益，维护社会稳定具有重要意义。对此，县医疗保障、财政、民政、卫生健康等部门必须高度重视，各负其责，密切配合，共同抓好落实，切实发挥好重大疾病医疗救助与基本医疗保险、大病医疗保险和补充医疗保险以及社会慈善救助的协同互补作用，让重大疾病患者及时享受全面、便捷的医疗保障待遇。县医疗保障部门作为城乡困难群众重大疾病医疗救助工作的牵头单位，要充分发挥主管

部门作用，主动加强与县财政、民政、卫生健康等部门的协调配合，做好医疗救助方案设计、政策调整等工作；县财政局要及时安排落实医疗救助资金，根据医疗保障部门提供的用款计划及时足额拨付，加强对医疗救助资金管理和使用情况的监督检查，并根据城乡医疗救助工作需要，安排一定工作经费；县民政局要及时、准确提供低保、五保等重点救助对象名单、做好因病致贫申请救助对象的家庭经济状况核对；县卫生健康局要协助确定定点医疗机构，加强医疗救助定点医疗机构的监督管理，确保城乡困难群众重大疾病医疗救助工作的顺利开展。

本意见自 2019 年 12 月 1 日起实施，有效期至 2021 年 6 月 30 日，如遇上级政策调整，以上级政策规定为准。

高青县人民政府

2019 年 11 月 30 日

抄送：县委各部门，人大常委会办公室，县政协办公室，县监委，县法院，县检察院。

高青县人民政府办公室

2019 年 11 月 30 日印发