

郑州经济技术开发区管理委员会办公室文件

郑经管办〔2019〕56号

郑州经济技术开发区管理委员会办公室

关于印发《经开区完善医疗救助制度全面开展困难群众重特大疾病医疗救助工作实施意见》的通知

出口加工区管委，国际物流园区管委，区直各部门，各办事处，各有关单位：

《经开区完善医疗救助制度全面开展困难群众重特大疾病医疗救助工作实施意见》已经区管委会研究同意，现印发给你们，请结合工作实际，认真抓好贯彻落实。

2019年10月30日

经开区完善医疗救助制度全面开展 困难群众重特大疾病医疗救助工作实施意见

为更好的提升经开区医疗救助工作，根据《郑州市人民政府办公厅关于转发市民政局等部门关于完善医疗救助制度全面开展群众重特大疾病救助工作实施意见的通知》（郑政办文〔2016〕56号）文件要求，筑牢医疗保障底线，编密织牢基本民生安全网，提高医疗救助工作水平，现结合我区实际，提出以下意见：

一、总体要求

（一）指导思想

认真贯彻落实国务院、河南省的安排部署，进一步健全社会救助体系，完善医疗救助制度，全面开展困难群众重特大疾病医疗救助工作，不断提高医疗救助管理服务水平，保障好困难群众的基本医疗权益，最大限度减轻困难群众医疗支出负担。

（二）基本原则

1. 政府主导、民政主管、部门协同、社会参与；
2. 城乡统筹、突出重点、分类救助；
3. 救助水平与经济社会发展水平相适应；
4. 与医疗保障制度、相关社会救助制度等有效衔接；
5. 公开、公平、公正、便民。

（三）目标任务

进一步完善医疗救助制度，全面开展困难群众重特大疾病医疗救助工作，为困难群众提供科学规范、运行有效的医疗救助服务，减轻困难群众的医疗支出负担，保障城乡居民基本医疗权益。

二、完善医疗救助制度

（一）整合城乡医疗救助制度

将城市医疗救助制度和农村医疗救助制度整合为城乡医疗救助制度。按照《河南省城乡医疗救助基金管理办法》（豫财社〔2014〕6号）要求，合并原来在社会保障基金财政专户（以下简称社保基金专户）中分设的“城市医疗救助基金专账”和“农村医疗救助基金专账”，在政策目标、资金筹集、对象范围、救助标准、救助程序等方面加快推进城乡统筹，确保城乡困难群众获取医疗救助的权利公平、机会公平、规则公平、待遇公平。

（二）合理确定医疗救助对象

医疗救助实行属地管理，包括具有本市户籍的最低生活保障对象、特困供养人员和低收入家庭中的老年人、未成年人、重度残疾人。最低生活保障对象和特困供养人员是医疗救助的重点救助对象。

（三）资助参保参合

1. 对象范围：重点救助对象；
2. 救助标准：救助对象参加城镇居民基本医疗保险或者新型农村合作医疗（以下简称基本医疗保险）的个人缴费部分，由政府全额资助；

3. 救助程序：每年5月30日前，民政部门将实有最低生活保障对象、特困供养人员人数和名单提供给同级基本医疗保险经办机构；7月30日前，基本医疗保险经办机构确认后需由医疗救助基金资助的人数、标准及资金总量提供给区财政局；9月30日前，区财政局对救助对象名单及资助金额进行审核后，从“城乡医疗救助基金专账”中将个人缴费核拨至基本医疗保险专账中。

（四）规范特殊病种门诊救助

1. 对象范围：重点救助对象。

2. 救助病种。门诊救助病种包括：终末期肾病（采用门诊血液透析或腹膜透析方法治疗）、血友病（采取凝血因子治疗）、慢性粒细胞性白血病（采用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、器官移植术后抗排异治疗、重性精神病人药物维持治疗。可以根据疾病谱的变化适时调整病种。

3. 救助标准：根据对象不同，门诊费用按照不同标准救助。

（1）最低生活保障对象、分散供养的特困人员，按照门诊费用的10%救助，年度救助限额为1万元；

（2）集中供养的特困人员，门诊费用经基本医疗保险等按规定补偿后个人负担部分，按照100%的比例救助，年度救助限额为1万元。

卫生计生部门已经明确诊疗路径、能够通过门诊治疗的病种，可采取单病种付费等方式开展门诊救助。

4.救助程序：救助对象患门诊救助规定病种，在基本医疗保险定点医疗机构就医取药后，可凭医院诊断证明、病历、门诊结算单、身份证、最低生活保障金领取证或特困人员供养证等证明材料到办事处民政部门申请救助，办事处民政部门应及时完成审核并向社区局报送救助申请和有关资料。社区局审批通过后，向财政局提出支付申请，以社会化方式每月或每季度集中发放医疗救助资金。

（五）完善住院救助

1. 对象范围：重点救助对象、低收入家庭中的老年人、未成年人、重度残疾人以及因病致贫家庭患者和管委会规定的其他困难对象。

2. 救助标准：救助对象在基本医疗保险定点医疗机构住院治疗，未达到城乡居民大病保险补偿条件的，经基本医疗保险及各类补充医疗保险、商业保险补偿后，政策范围内个人负担费用，根据对象类别，按以下比例和限额给予救助：

（1）集中供养的特困人员政策范围内个人负担费用，按照100%的比例救助，年度救助限额为2万元；

（2）分散供养的特困人员政策范围内个人负担费用，按照80%的比例救助，年度救助限额为2万元；

（3）最低生活保障对象政策范围内个人负担费用，按照70%

的比例救助，年度救助限额为 2 万元；

（4）低收入家庭中的老年人、未成年人、重度残疾人政策范围内个人负担费用，按照 40% 的比例救助，年度救助限额为 1 万元；

（5）因病致贫家庭患者个人负担的合规医疗费用，2 万元（含 2 万）以上部分救助 20%，年度限额为 15000 元。

3. 救助程序：根据对象类别和就医医疗机构情况，分为同步结算和手工结算。

（1）同步结算。最低生活保障对象、特困供养人员到实行同步结算的基本医疗保险定点医疗机构住院就诊时，应向医疗机构表明身份，出示相应证件。救助对象入院后，定点医疗机构 3 日内向社区局提供救助对象的相关信息，信息经社区局确认后，医疗机构才可以对救助对象按规定比例实施医疗救助。最低生活保障对象和特困供养人员出院结算时，定点医疗机构先扣除基本医疗保险和大病保险补偿等费用以及医疗救助补助的费用，救助对象只需结清个人应承担部分。定点医疗机构垫付的医疗救助资金，在规定时间内报社区局审核后，由社区局向财政局提出支付申请，财政局通过“城乡医疗救助基金专账”直接支付给定点医疗机构。医疗救助资金的具体支付方式、期限等，由社区局与定点医疗服务机构在协议中明确。

（2）手工结算。最低生活保障对象、特困供养人员跨省、市治疗，或在没有实行同步结算的基本医疗保险定点医疗机构住

院治疗，出院结算时经基本医疗保险等基金审核支付后，医疗救助费用由患者家庭先行支付，再凭身份证、最低生活保障金领取证或特困人员供养证、住院证明、必要的病历资料、出院结算票据及医疗保险部门的有关补助依据等证明材料，向办事处民政部门提出书面申请。办事处民政部门应及时审核申请人的资料和入户核实，提出审核意见，向社区局报送有关资料。社区局审批通过后，财政局提出支付申请，以社会化方式每月或每季度集中发放医疗救助资金。对于急需救助的突发性疾病，应当特事特办，及时救助，在保证对象真实、材料准确的情况下，可以适当简化相关程序。

低收入家庭中的老年人、未成年人、重度残疾人及其他救助对象的住院救助，按照手工结算程序办理。

三、全面开展重特大疾病医疗救助

（一）对象范围

重点救助对象、低收入家庭中的重特大疾病患者、因病致贫家庭重病患者和管委会规定的其他困难对象。重特大疾病是指合规自付医疗费用超过大病保险起付线的疾病。合规医疗费用主要参照我区基本医疗保险和城乡居民大病保险的有关规定确定。因病致贫家庭重病患者是指发生高额医疗费用、超过家庭承受能力、基本生活出现严重困难家庭中的重病患者。

（二）救助标准

救助对象经基本医疗保险、城乡居民大病保险、各类补充医

疗保险、商业保险等报销后个人负担的合规医疗费用，根据对象类别、费用额度等情况，按以下比例和限额给予救助：

1. 集中供养的特困人员个人负担的合规医疗费用，按照100%的比例救助，年度救助限额为5万元；

2. 最低生活保障对象、分散供养的特困人员个人负担的合规医疗费用，在3万元（含）以下部分救助70%，3万元（不含）以上部分救助80%，年度救助限额为5万元；

3. 低收入家庭中的重特大疾病患者个人负担的合规医疗费用，在3万元（含）以下部分救助50%，3万元（不含）以上部分救助60%，年度救助限额为4万元；

4. 因病致贫家庭重病患者个人负担的合规医疗费用，在3万元（含）以下部分救助20%，3万元（不含）以上部分救助30%，年度救助限额为15000万元。

同一救助对象同一年度内进行门诊救助、住院救助、重特大疾病救助中两项（含）以上医疗救助的，各项救助限额不累加，年度累计救助限额按其中年度救助限额最高的一项计算。

（三）救助程序

重特大疾病医疗救助程序根据救助对象类别、就医医疗机构情况，分别按照住院医疗救助同步结算、手工结算程序办理。救助对象的住院结算票据经城乡居民大病保险机构补偿时收回的，申请医疗救助时可提供住院结算票据复印件（加盖医疗费用结算医院或大病保险机构印章）。

（四）明确就医用药范围

重特大疾病医疗救助的用药范围、诊疗项目等，原则上参照基本医疗保险和城乡居民大病保险的相关规定执行。对确需到上级医疗机构或跨县域异地医院就诊的医疗救助对象，应按规定履行转诊或备案手续。对已明确临床诊疗路径的重特大疾病病种，可采取按病种付费等方式给予救助。

（五）加强与相关医疗保障制度的衔接

民政、财政、人力资源和社会保障、卫生计生等部门要加强协作配合，共同做好重特大疾病医疗救助与基本医疗保险、城乡居民大病保险、疾病应急救助、商业保险的有效衔接工作，确保城乡居民大病保险覆盖所有贫困重特大疾病患者，帮助所有符合条件的困难群众获得保险补偿和医疗救助。加强重特大疾病医疗救助与疾病应急救助制度的高效联动，将救助关口前移，主动对符合条件的疾病应急救助对象进行救助。社区局要会同有关部门以及城乡居民大病保险承办服务机构，进一步完善信息共享和业务协作机制，共同做好重特大疾病医疗救助相关基础工作。

四、健全工作机制

（一）健全资金筹集和使用管理机制

社区局、财政局要根据救助对象数量、患病率、救助标准、医疗费用增长情况，以及基本医疗保险、城乡居民大病保险、商业保险报销水平，科学测算医疗救助资金需求，鼓励和引导社会捐赠，健全筹资渠道。在保障全额资助最低生活保障对象、特困

供养对象、低收入对象总人数参加基本医疗保险的基础上，管委会按照上年度最低生活保障对象、特困供养对象等总人数，按照每人每年 200 元标准，预算安排医疗救助补助资金。医疗救助基金纳入社保基金专户，实行分账核算、专项管理、专款专用。医疗救助基金原则上实行财政直接支付，社区局向财政局提交拨款申请，财政局审核后将城乡医疗救助基金由社保基金专户直接支付到定点医疗机构或医疗救助对象账户，年终结余资金可以结转下年度继续使用。

（二）建立健全“一站式”同步结算机制

根据本辖区救助对象人数，在基本医疗保险定点医疗机构范围内，按照公开平等、竞争择优的原则确定适量的医疗救助定点医疗机构，建立健全“一站式”同步结算平台，做好医疗救助与基本医疗保险、城乡居民大病保险、疾病应急救助、商业保险等信息管理平台的互联互通，加强在经办管理、住院就医信息、费用结算等方面的衔接，简化救助程序，提高救助效率，实现“一站式”信息交换和即时结算。社区局要与定点医疗机构签订委托合作协议，明确双方责任、权利与义务。定点医疗机构名单要向社会公布，要加强政策宣传，鼓励救助对象到开展同步结算的定点医疗机构就医。民政、卫生计生部门要加强在确定医疗救助同步结算定点医疗机构方面的协调配合，各级医疗机构要积极支持医疗救助工作，为开展医疗救助同步结算提供便利。

（三）健全救助服务监管机制

社区局要对医疗救助定点服务机构医疗服务行为质量的有效监管，定期开展评估，控制医疗费用不合理支出。对不按规定用药、诊疗以及提供医疗服务所发生的医疗费用，医疗救助基金不予结算。医疗救助定点机构要认真执行最低生活保障和特困供养人员住院申请程序，核查其低保或特困人员身份，对未核查或核查错误所发生的医疗费用，医疗救助基金不予结算。对违反合作协议，不按规定提供医疗救助服务，造成医疗救助资金流失或浪费的，要终止定点合作协议，取消医疗救助定点机构资格；情节特别严重的，要依法追究 responsibility。

（四）健全社会力量参与衔接机制

加强医疗救助与社会力量参与衔接机制建设，支持、引导社会力量通过捐赠资金、物资积极参与医疗救助特别是重特大疾病医疗救助，形成对政府救助的有效补充。探索政府购买服务、委托商业保险公司经办医疗救助等方式，鼓励商业保险公司积极参与医疗救助。要搭建信息共享平台，及时提供救助需求信息，为社会力量参与医疗救助创造条件、提供便利，形成工作合力。要从困难群众医疗保障需求出发，帮助他们寻求慈善资源。要注重发挥慈善组织、专业社会工作机构的专业优势，为医疗救助对象提供医疗费用补助、心理疏导、亲情陪护等形式多样的慈善医疗服务，帮助减轻医疗经济负担、缓解身心压力。

五、加强组织领导

医疗救助工作实行管委会负责制。加强组织领导，加大资金投入，细化政策措施，规范审批程序，加强政策宣传，公开救助结果，全面实施简便快捷、规范有效的医疗救助工作。要加强基层经办机构和能力建设，做到事有人管、责有人负，不断提高工作水平，切实把医疗救助这项惠民政策做实做细做好。

民政部门要主动加强与财政、人力资源和社会保障、卫生计生等部门的协调配合，做好医疗救助方案设计、政策调整等工作，更好地发挥医疗救助救急难作用。对于医疗救助政策难以解决的个案问题，要充分利用社会救助工作联席会议制度，专题研究解决。