

# 商丘市人民政府办公室文件

商政办〔2016〕11号

---

## 商丘市人民政府办公室 关于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的实施意见

各县（区）人民政府，市城乡一体化示范区管委会，市人民政府有关部门：

为认真贯彻落实《社会救助暂行办法》（国务院令 第649号）、《河南省社会救助实施办法》和《河南省人民政府办公厅转发省民政厅等部门关于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》（豫政办〔2015〕154号）精神，进一步完善医疗救助制度，筑牢医疗保障底线，结合我市实际，现提出以下实施意见：

## 一、总体要求

(一)指导思想。深入贯彻党的十八大和十八届三中、四中、五中全会精神，以健全社会救助体系、保障困难群众基本医疗权益为目标，健全工作机制，完善政策措施，强化规范管理，加强统筹衔接，不断提高医疗救助管理服务水平，最大限度减轻困难群众医疗支出负担。

### (二)基本原则。

1.托住底线。按照救助对象医疗费用、家庭困难程度和负担能力等因素，科学合理制定救助方案，确保救助对象获得必需的基本医疗卫生服务；救助水平与经济社会发展水平相适应。

2.统筹衔接。推进医疗救助制度城乡统筹发展，加强与基本医疗保险、城乡居民大病保险、疾病应急救助及各类补充医疗保险、商业保险等制度的有效衔接，形成制度合力。加强与慈善事业有序衔接，实现政府救助与社会力量参与的高效联动和良性互动。

3.公开公正。公开救助政策、工作程序、救助对象以及实施情况，主动接受群众和社会监督，确保过程公开透明、结果公平公正。

4.高效便捷。优化救助流程，简化结算程序，加快信息化建设，增强救助时效，发挥救急难功能，使困难群众及时得到有效救助。

### (三)目标任务。统筹城乡医疗救助，全面开展重特大疾病

医疗救助工作，进一步细化政策措施，实现医疗救助制度科学规范、运行有效，与相关社会救助、医疗保障政策相配套，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。各县（区）要按照《城乡医疗救助基金管理办法》要求，合并原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）合理界定医疗救助对象。最低生活保障家庭成员和特困供养人员是医疗救助的重点救助对象。各县（区）可根据医疗救助资金筹集情况逐步将低收入家庭的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者等困难群众纳入救助范围。

（三）资助参保参合。各县（区）要对重点救助对象参加城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗的个人缴费部分进行补贴，保障其获得基本医疗保险服务。对特困供养人员的个人缴费部分全额资助；对最低生活保障对象的个人缴费部分，目前按不低于每人每年30元的定额资助，其余部分由最低生活保障对象个人缴付。随着经济社会发展，适时调整资助金额。

（四）规范特殊病种门诊救助。门诊救助的重点是因患慢性

病需要长期服药或患重特大疾病需要长期门诊治疗，导致自费用较高的医疗救助对象。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。

1. 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。

2. 救助比例。门诊救助比例为年度限额内门诊医疗费用的10%。

3. 救助限额。门诊救助的年度最高救助限额为5000元。

**（五）完善住院救助。**重点救助对象在定点医疗机构发生的政策范围内住院费用中，对经基本医疗保险、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，按以下比例和限额给予救助：

1. 对最低生活保障对象，按年度救助限额内不低于70%的比例给予救助，救助对象一年内可一次或多次享受医疗救助。年度最高救助限额为1万元。

2. 对分散供养特困供养人员，按年度救助限额内不低于80%的比例给予救助，对集中供养特困供养人员按年度救助限额内不低于90%的比例给予救助，救助对象一年内可一次或多次享受医

疗救助。年度最高救助限额为1万元。

3. 有条件的县（区）可根据医疗救助资金筹集情况，研究确定其他救助对象的住院医疗救助方案。

### **三、全面开展重特大疾病医疗救助工作**

（一）科学界定救助对象。各县（区）可根据当地救助对象需求和医疗救助资金筹集等情况，适当拓展重特大疾病医疗救助对象范围，积极探索对发生高额医疗费用、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（以下称因病致贫家庭重病患者）实施救助。对重点救助对象经基本医疗保险、城乡居民大病保险及各类补充医疗保险、商业保险等报销后个人负担的合规医疗费用，直接予以救助；因病致贫家庭重病患者等其他救助对象负担的合规医疗费用，先由其个人支付，对超过家庭负担能力的部分予以救助。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当地基本医疗保险和城乡居民大病保险有关规定确定。

（二）合理确定救助标准。综合考虑患病家庭负担能力、个人自负费用、当地筹资情况等因素，分类分段设置重特大疾病医疗救助比例和最高救助限额。

重点救助对象的救助比例原则上为最高救助限额内不低于70%，最高救助限额为2万元。

因病致贫家庭重病患者等其他救助对象的救助起付线、救助比例和最高救助限额，由各县（区）政府（管委会）根据当地救

助对象需求和医疗救助资金筹集等情况研究确定。

(三)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。

(四)加强与相关医疗保障制度的衔接。民政、财政、人力资源社会保障、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。民政部门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、规范救助程序**

(一)资助参保参合程序。在每年10月1日前，县级民政部门将实有特困供养人员名单提供给财政、人力资源社会保障、卫生计生等部门，县级财政部门按照民政部门提供的特困供养人员名单及资助金额，直接拨付到基本医疗保险（城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗）基金账户。在每年10月1日前，县级

民政部门按照最低生活保障资金社会化发放程序，将资助参保参合资金拨付到最低生活保障对象个人账户。在每年12月31日前，人力资源社会保障、卫生计生部门全额收取最低生活保障对象参保参合个人负担费用。对由于个人原因未参保参合的最低生活保障对象，医疗救助按基本医疗保险和城乡居民大病保险预计报销后的剩余部分计算其个人负担费用。

**（二）住院救助程序。**对需要住院治疗救助对象，按照以下程序进行审核和救助：

1. 住院审核。最低生活保障对象和特困供养人员到县（区）内基本医疗保险定点医疗机构或已签订协议开展同步结算的医疗机构住院就诊时，应向医疗机构说明身份，出示相应证件。接诊医疗机构应向医疗救助基金管理部门发出接受救助对象住院治疗申请，请求核验救助对象身份信息。核验信息的方式有网上和纸质两种，在建立信息共享平台、实行同步结算的县（区）可以通过系统软件网上核验，尚未建立信息共享平台、没有实行同步结算的县（区）可以通过填写核验单的纸质方式进行核验。经医疗救助基金管理部门核验通过后，医疗机构才可以对救助对象按规定比例实施医疗救助。

2. 同步结算。核验通过的最低生活保障对象和特困供养人员出院结算时，只需支付个人应承担的医疗费用，按规定应由医疗救助基金支付的医疗费用由医疗救助基金管理部门定期与定点医疗机构结算。

3. 手工结算。最低生活保障对象和特困供养人员跨省、省辖市治疗，或在没有实行同步结算的定点医疗机构住院治疗，医疗费用应由患者家庭先行支付，在基本医疗保险、城乡居民大病保险等基金审核支付后，再凭住院证明、病历、住院发票复印件（加盖红色印章）、基本医疗保险或城乡居民大病保险报销单据、身份证、最低生活保障证或五保证等材料到乡级民政部门申请救助；审核通过后，乡级民政部门及时向县级民政部门报送救助申请和有关资料，县级民政部门审批通过后及时发放医疗救助资金。

（三）特殊病种门诊救助程序。重点救助对象患门诊救助病种范围内的疾病，在具备相应病种治疗条件的基本医疗保险定点医疗机构就诊后，可凭医院诊断证明、病历、门诊结算单、身份证、最低生活保障证或五保证等材料到乡级民政部门申请救助；审核通过后，乡级民政部门及时向县级民政部门报送救助申请和有关资料，县级民政部门审批通过后及时发放医疗救助资金。

## 五、健全工作机制

（一）健全资金筹集和使用管理机制。市、县两级民政、财政部门要根据救助对象数量、患病率、救助标准、医药费用增长情况，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，健全多渠道筹资机制。县级财政要根据测算的资金需求和上级财政补助资金情况，合理安排本级财政医疗救助资金，并纳入年度预算。



市级财政要加大对经济困难县（区）的资金补助力度，在分配医疗救助补助资金时，视县（区）财政筹资情况给予补助。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。民政部门向同级财政部门提交拨款申请，财政部门审核后将医疗救助基金由社保基金专户直接支付到定点医疗机构、定点零售药店或医疗救助对象。医疗救助基金年终结余资金可以结转下年度继续使用。医疗救助基金累计结余一般应不超过当年筹集总额的15%。各县（区）要根据年度医疗救助资金筹集和使用情况及时调整救助方案，确保资金均衡合理使用，确保救助对象最大程度受益。

（二）健全“一站式”即时结算机制。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工作，实现“一站式”信息交换和即时结算，救助对象所发生的医疗费用可先由定点医疗机构垫付医疗救助基金支付的部分，救助对象只支付自负部分。各县（区）要积极探索重特大疾病医疗救助异地结算办法，结合推进医保异地就医工作，通过签订合作协议或利用信息服务平台等，在辖区外选取部分市级、省级医院作为重特大疾病跨区域即时结算定点医疗机构。

（三）健全救助服务监管机制。民政部门要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医疗救助定点医疗机构，与医疗救助定点医疗机构签订委托合作协议，

明确责任义务,制定服务规范,并会同财政、人力资源社会保障、卫生计生等部门及商业保险机构加强对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或特困供养人员住院申请程序,核查其最低生活保障或特困供养人员身份,对未核查或错核查者发生的医疗费用,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,要依法追究责任。

(四) 健全社会力量参与衔接机制。各县(区)要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。

## 六、加强组织领导

各县(区)政府(管委会)要加强组织领导,细化政策措施,

明确工作进度，落实管理责任，加大资金投入，强化督促检查，务求取得实效。要切实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。

全市各级民政部门要加强与财政、人力资源社会保障、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。对医疗救助政策难以解决的个别问题，要充分利用当地社会救助协调工作机制，专题研究解决措施，避免冲击社会道德和心理底线的事件发生。

农村儿童重大疾病医疗救助程序按本意见规定执行。以前下发的有关医疗救助政策与本实施意见不一致的，按本实施意见执行。

2016年3月8日

---

主办：市民政局

督办：市政府办公室七科

---

抄送：市委各部门，市人大办公室，市政协办公室，军分区，市中级人民法院，市检察院。

---

商丘市人民政府办公室

2016年4月5日印发

