

信阳市人民政府办公室文件

信政办〔2017〕45号

信阳市人民政府办公室 关于转发市民政局等部门关于进一步完善 医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗 救助工作的实施意见的通知

各县、区人民政府，各管理区、开发区，市政府有关部门：

市民政局、市财政局、市人社局、市卫生计生委、市扶贫办制定的《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实施意见》已经市政府同意，现转发给你们，请结合实际，认真贯彻落实。

信阳市人民政府办公室

2017年4月17日

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实施意见

市民政局 市财政局 市人社局

市卫生计生委 市扶贫办

为全面落实《社会救助暂行办法》(国务院第 649 号令)、《国务院办公厅转发民政部等部门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意见的通知》(国办发〔2015〕30号)、《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(国发〔2016〕3号)、《河南省社会救助实施办法》(豫政〔2014〕92号)、《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)有关规定,结合我市实际,现就进一步完善我市城乡医疗救助制度、全面开展重特大疾病医疗救助工作,提出以下意见:

一、总体要求

(一)指导思想。深入贯彻中央和国务院关于民生保障指示精神,以健全社会救助体系、保障困难群众基本医疗权益为目标,围绕精准扶贫,发挥医疗救助兜底作用,进一步健全工作机制,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尤其是重点扶贫对象医疗支出负担。

（二）基本原则

托住底线。按照救助对象医疗费用、贫困程度和负担能力等因素，科学合理制定医疗救助方案，确保其获得必需的基本医疗卫生保障；医疗救助水平与经济社会发展水平和精准扶贫要求相适应。

统筹衔接。推进医疗救助制度城乡统筹发展，加强与城乡居民基本医疗保险、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，形成整体合力。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。

公开公正。公开医疗救助政策、程序和结果，主动接受社会监督，确保医疗救助工作公开透明、救助结果公平公正。

高效便捷。加快信息化建设，优化救助流程，简化结算程序，增强救助时效，发挥救急难功能，使因病致困致贫群众得到及时有效救助。

（三）目标任务。城乡医疗救助制度和大病医疗救助制度合并实施，进一步完善城乡医疗救助和重特大疾病医疗救助政策，进一步细化实化政策措施，实现医疗救助制度科学规范、运行有效，与相关社会救助、疾病应急救助、医疗保障政策相配套，保障城乡贫困家庭基本医疗权益。

二、完善城乡医疗救助制度

（一）进一步整合城乡医疗救助制度。尚未整合城乡医疗救

助的县（区）要按省政府要求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。要按照《城乡医疗救助基金管理办法》的要求，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，确保城乡贫困家庭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。医疗救助对象包括：

1. 最低生活保障家庭成员、特困人员（以下统称重点救助对象）。

2. 低收入家庭的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者（以下统称低收入救助对象）。低收入家庭是指家庭人均收入在当地城乡最低生活保障标准 1.5 倍以下的家庭。

3. 市、县（区）人民政府规定的其他特殊困难人员和贫困家庭。

（三）资助参保。各县（区）要对重点救助对象参加城乡居民基本医疗保险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，随着经济发展，政府将适时调整资助金额。

（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。可以根据疾病谱的变化适时调整病种。

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。重点救助对象和低收入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，年度最高救助限额为1万元。

2. 对分散供养特困人员按年度救助限额内不低于80%的比例给予救助，对集中供养特困人员按年度救助限额内不低于90%的比例给予救助，年度最高救助限额为1万元。

3. 对低收入救助对象按年度救助限额内不低于 20%的比例给予救助，年度最高救助限额为 5000 元。

定点医疗机构应当减免救助对象住院押金，及时给予救治；医疗救助经办机构要及时确认救助对象，并可向定点医疗机构提供一定额度的预付资金，方便救助对象看病就医。

三、进一步落实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（以下统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的有关规定确定。

（二）合理确定救助标准。综合考虑患病家庭负担能力、个人自费用、当地筹资情况等因素，分类设置重特大疾病医疗救助比例和最高救助限额。重点救助对象和低收入救助对象患重特大疾病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. 最低生活保障对象的救助比例原则上按最高救助限额内不低于 70%，年度最高救助限额为 2.2 万元。

2. 特困人员的救助比例原则上按最高救助限额内不低于 75%，年度最高救助限额为 2.2 万元。

3. 低收入救助对象个人合规自负医疗费用超过 2 万元的剩余部分，原则上按不低于 50% 的比例救助，年度最高救助限额为 1.7 万元。

4. 其他特殊困难人员和因病致贫家庭重病患者的救助起付线、救助比例和最高救助限额由县（区）人民政府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。

（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、扶贫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、困难群众大病补充医疗保险、疾病应急救助、商业保险和扶贫帮扶有效衔接工作，确保城乡居民大病保险覆盖所有贫困重特大疾病患者，帮助所有因病致困致贫群众获得保险补偿、医疗救助和帮

扶。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）资助参保程序。在每年10月1日前，县级民政部门将实有特困人员名单提供给财政、人力资源社会保障等部门，县级财政部门按照民政部门提供的特困人员名单及资助金额，直接拨付到城乡居民医保基金帐户。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，将资助参保资金拨付到最低生活保障对象个人帐户。在每年12月31日前，城乡居民医保经办机构全额收取最低生活保障对象参保个人负担费用。对由于个人原因未参保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。对需要住院治疗的重点救助对象，应按照下面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省、市级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（一般是县级民政局）

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、实行同步结算的地方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地方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人员跨省、市、县（区）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，由基本医疗保险、城乡居民大病保险或困难群众大病补充医疗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、城乡居民大病保险或困难群众大病补充医疗保险报销单据、身份证、最低生活保障证或特困人员救助供养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、最低生活保障证或特困人员救助供养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。

（四）其他特殊困难人员和贫困家庭救助程序。低收入救助对象和因病致贫家庭重病患者等其他救助对象申请医疗救助，要向户籍所在地乡级民政部门提出申请，乡级民政部门要在村（居）民委员会协助下，对申请救助对象患病情况和家庭经济状况逐一入户调查，审核公示后，报县级民政部门审批。县级民政部门对符合条件的，按照有关规定核定金额实施救助，并及时进行公示。对不符合条件的，由乡级民政部门书面告知申请人，并说明理由。

五、健全工作机制

（一）健全资金筹集和使用管理机制。各县（区）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、困难群众大病补充医疗保险、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（区）财政要根据测算的资金需求和上级财政补助资金情况，每年自筹医疗救助资金不低于50万元，已高于此标准的县区不得低于原有匹配标准，今后各县区每年自筹的医疗救助资金要在原有财政专项配套资金基础上随县区财政收入增长比例同比增长。市级财政对经济

困难县（区）加大资金补助力度。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、困难群众大病补充医疗保险、疾病应急救助、商业保险等信息管理平台的互联互通，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。条件具备的县（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对象或特困人员住院申请程序，核查其最低生活保障对象或特困人员身份，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 responsibility。

（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

县（区）人民政府要加强组织领导，细化政策措施，明确进

度安排，落实管理责任，加大资金投入，强化督促检查，务求取得实效。要切实加强医疗救助经办机构能力建设，市、县两级按实际工作需要配备专职医疗救助工作人员 2-3 名，医疗救助专职人员由民政部门从现有工作人员中调剂，不再新增编制；要落实必要的专项工作经费，原则上，市本级按当年筹措的医疗救助基金的 1%、县（区）按当年筹措的医疗救助基金的 2% 预算安排工作经费，做到事有人管、责有人负，不断提高工作水平。

县级民政部门要主动加强与财政、人力资源社会保障、卫生计生和扶贫等部门的协调配合，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扶贫济困和救急难作用。对于患病且无能力支付医疗费用的建档立卡农村贫困家庭的医疗救助，参照低保对象的救助标准执行。对于医疗救助政策难以解决的个案问题，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。本意见自发布之日起施行。原《信阳市人民政府关于印发信阳市城乡医疗救助实施方案的通知》（信政文〔2010〕231 号）和《信阳市人民政府关于印发信阳市城乡困难群众大病救助工作实施方案（试行）的通知》（信政文〔2011〕195 号）同时废止。

