

黄石市人民政府文件

黄石政规〔2016〕9号

黄石市人民政府 关于印发黄石市困难群众医疗救助实施办法的 通 知

大冶市、阳新县、各区人民政府，黄石经济技术开发区管委会，
市政府各部门：

《黄石市困难群众医疗救助实施办法》已经市政府常务会议
审议通过，现印发给你们，请认真贯彻落实。



黄石市人民政府
2016年6月28日

黄石市困难群众医疗救助实施办法

第一章 总 则

第一条 为完善我市困难群众医疗救助制度，根据《湖北省社会救助实施办法》（省政府令第 374 号）和《省人民政府办公厅转发省民政厅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实施办法的通知》（鄂政办发〔2015〕39 号）精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 困难群众医疗救助坚持以住院救助为主、资助参加城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保，即整合城镇居民医保和新农合而建立的新制度）和门诊救助为辅，坚持同其他医疗保障和社会救助制度相衔接，坚持医疗救助水平与经济社会发展水平相适应的原则。

第三条 各级民政部门是困难群众医疗救助主管部门，负责辖区内医疗救助管理和组织实施工作。

各级财政部门负责落实安排医疗救助资金，加强对资金的管理使用情况监督检查。

各级人社、卫生计生部门负责做好城乡居民医保的服务管理工作，加强对定点医疗机构的监管，及时提供医疗救助对象医疗费用报销相关证明材料。

各级审计、纪检监察部门负责对医疗救助资金的审计监察，对违纪违规行为进行严肃查处，并追究相应责任。

第四条 困难群众医疗救助资金来源：

- (一) 本级财政预算安排的资金;
- (二) 上级拨入的专项救助资金;
- (三) 社会救助结余资金;
- (四) 社会募捐的医疗救助资金;
- (五) 其他医疗救助资金。

市、县(市、区)两级财政部门要调整财政支出结构,加大困难群众医疗救助资金的投入,兜底本级医疗救助资金。各城区兜底资金按市、区两级财政 5:5 分摊。

第五条 市、县(市、区)两级医疗救助工作经费按上年度医疗救助资金总额的 3%安排,列入社会救助工作经费专户管理使用,用于制证、制卡、入户调查、数据管理和聘请管理人员等费用支出,由本级财政拨付。

第二章 医疗救助对象和方式

第六条 困难群众医疗救助对象为:

- (一) 特困供养人员(城市“三无”对象和农村五保对象);
- (二) 重点救助对象(城市低保对象和农村低保对象);
- (三) 低收入家庭救助对象(城市低收入家庭成员和农村家庭收入不超过农村低保标准 1.8 倍的家庭成员);
- (四) 因病致贫家庭救助对象[家庭月人均收入不超过当地上年度居民月人均可支配收入 1.5 倍(含 1.5 倍)的家庭成员突发重大疾病,个人年累计自负合规医疗费用超过当地上年度人均可支配收入 1.5 倍(含 1.5 倍)且家庭财产符合有关规定的重病

患者];

(五)扶贫部门建档立卡贫困对象中的非特困供养人员和重点救助对象,可根据困难程度,参照低收入家庭、因病致贫家庭救助对象进行救助;

(六)经市、县(市、区)两级人民政府认定的其他医疗救助对象。

第七条 困难群众医疗救助采取以下方式:

(一)对符合条件的救助对象实施住院救助和门诊救助;

(二)按相关规定资助特困供养人员、重点救助对象参加城乡居民医保;

(三)对特困供养人员、重点救助对象、低收入家庭救助对象、因病致贫家庭救助对象实施重特大疾病医疗救助。

第八条 鼓励和支持各级红十字会、慈善机构等社会团体及个人,以各种形式参与困难群众医疗救助工作;鼓励本地医药机构开设慈善门诊、慈善药店、送医送药上门服务。

第三章 医疗救助标准

第九条 基本医疗救助标准,分住院救助标准和门诊救助标准:

(一)住院救助标准:

1. 特困供养人员住院治疗,不设起付线,扣除基本医疗保险、商业保险等报销赔付后,个人年累计负担的合规医疗费用不超过大病保险起付线标准的部分,予以全额救助。

2. 重点救助对象住院治疗，不设起付线，扣除基本医疗保险、商业保险等报销赔付后，个人年累计负担的合规医疗费用不超过大病保险起付线标准的部分，按不低于70%的比例予以救助。

3. 低收入家庭救助对象住院治疗，扣除基本医疗保险、商业保险等报销赔付后，个人年累计负担的合规医疗费用超过大病保险起付线标准0.5倍以上（含0.5倍）、但不超过大病保险起付线标准的部分纳入救助范围，按不低于20%的比例予以救助。

（二）门诊救助标准：

1. 定额门诊救助。根据上级有关规定和县（市、区）惯例，各城区以特困供养人员、重点救助对象家庭为单位，对家庭成员中有符合人社部门慢性病门诊管理规定的家庭，每年按大病保险起付线标准5%的比例给予门诊救助；对其他特困供养人员、重点救助对象家庭，每年按大病保险起付线标准3%的比例给予门诊救助。大冶市、阳新县对特困供养人员、重点救助对象家庭中患慢性病需要长期服药治疗的家庭成员，每年按大病保险起付线标准5-8%的比例给予门诊救助。

2. 慢性病门诊救助。特困供养人员、重点救助对象符合人社部门慢性病门诊管理规定的，扣除慢性病门诊补助后，个人年累计负担的合规门诊医疗费用参照住院救助比例纳入医后救助。

第十条 重特大疾病救助是基本医疗救助制度的拓展和延伸，是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项新的制度性安排，符合重特大疾病救助范围的个人负担金额全年累计计算、分段救助、按次结算，其救助标准为：

（一）特困供养人员住院治疗，自负合规医疗费用超过大病

保险起付线标准部分，经大病保险和各类补充医疗保险报销赔付后，年累计 2 万元以下的，予以全额救助；年累计 2 万元及以上的，按 80%的比例予以救助；年累计 2 万元及以上的未纳入救助的 20%部分，集中供养的由供养机构负担，供养机构无力负担的由所在乡镇（街道）负担，分散供养的由所在乡镇（街道）负担。

（二）重点救助对象患重特大疾病住院治疗，自负合规医疗费用超过大病保险起付线标准部分，经大病保险和各类补充医疗保险报销赔付后，年累计 5 万元以下的，按不低于 70%的比例予以救助；年累计 5 万元及以上的，按不低于 80%的比例予以救助，当年救助金额不超过 6 万元。

（三）低收入家庭救助对象患重特大疾病住院治疗，自负合规医疗费用超过大病保险起付线标准部分，经大病保险和各类补充医疗保险报销赔付后，年累计 5 万元以下的，按不低于 40%的比例予以救助；年累计 5 万元及以上的，按不低于 50%的比例予以救助，当年救助金额不超过 3 万元。

（四）因病致贫家庭救助对象患重特大疾病住院治疗，自负合规医疗费用超过当地上年度城乡居民人均可支配收入 1.5 倍（含 1.5 倍）以上部分，经大病保险和各类补充医疗保险报销赔付后，年累计 5 万元以下的，按不低于 30%的比例予以救助；年累计 5 万元及以上的，按不低于 40%的比例予以救助，当年救助金额不超过 2 万元。

第十一条 农村 0-14 周岁儿童患先天性心脏病、白血病等重大疾病的救助方式、救助标准依据省卫生厅、省民政厅《关于印发湖北省开展提高农村儿童重大疾病医疗保障水平试点工作

实施方案（试行）的通知》（鄂卫发〔2010〕50号）、《关于印发湖北省提高农村儿童白血病医疗保障水平试点补充方案的通知》（鄂卫发〔2010〕65号）、《关于提高农村儿童白血病医疗保障水平工作扩面的通知》（鄂卫发〔2011〕23号）、《关于调整湖北省开展提高农村儿童重大疾病医疗保障水平试点工作实施方案有关政策的通知》（鄂卫发〔2011〕59号）等文件精神办理。

第四章 医疗救助程序

第十二条 符合医疗救助条件的对象经医疗机构减免，基本医疗保险、大病保险、各类补充医疗保险、商业保险报销赔付及其他补助后，再实施医疗救助。

医疗救助采取门诊救助（医前救助）、“一站式”即时结算救助（医中救助）、医后救助三种方式。对特困供养人员、重点救助对象在当地定点医疗机构住院治疗的，实施“一站式”即时结算救助；符合门诊救助条件的可以实施门诊救助。对特困供养人员、重点救助对象通过医保部门转诊到非定点医疗机构住院治疗和符合慢性病门诊救助规定的对象以及低收入家庭救助对象、因病致贫家庭救助对象实施医后救助。三种救助方式按以下程序办理：

（一）门诊救助程序：

1. 定额门诊救助。社会救助机构年初按一定标准统一发放定额门诊医疗救助卡，救助对象凭定额门诊医疗救助卡在定点医药机构进行门诊治疗、购药。定点医药机构先垫付资金，社会救

助机构定期结算，财政部门按月或按季拨付资金。

2. 慢性病门诊救助。符合慢性病门诊救助的对象，应将每次的病历证明、收费单据等资料交乡镇（街道）或社会救助工作站，由乡镇（街道）或社会救助工作站统一按月集中报县（市、区）社会救助机构审核、审批，城区经市社会救助局审批后方可进行救助。

（二）“一站式”即时结算程序：

1. 特困供养人员、重点救助对象需在定点医疗机构治疗的，办理入院手续时应直接向定点医疗机构申请医疗救助。

2. 定点医疗机构受理申请人申请后，应先按城乡居民医保的有关规定审查其身份，身份确认后，在网上登记申请对象信息或借用城乡居民医保信息平台自动生成申请对象信息，向社会救助机构网上提交医疗救助申请金额。

3. 社会救助机构对定点医疗机构网上提交的申请对象申请进行网上审批，并具体回复定点医疗机构审批后的医疗救助金额。

4. 救助对象出院结账时，定点医疗机构应先按规定免收门诊挂号费，大型检查（单项费用超过200元）优惠10%，住院床位费优惠20%，再按社会救助机构批复的救助金额直接扣减医疗救助金，救助对象只缴纳扣减城乡居民医保、大病保险、医疗救助后个人应承担的费用。定点医疗机构先行垫付的资金，按月或按季由社会救助机构结算、财政拨付。

（三）医后救助程序：

1. 符合医后救助的对象申请医后救助时，须由本人向乡镇

(街道)或社会救助工作站提出书面申请,也可委托村(居)委会、集中供养福利机构或其他人代为申请。申请时须提供身份证(或户口簿)、医院的诊断证明、出院小结、医疗收费单据等证明材料的原件及复印件。低收入家庭救助和因病致贫家庭救助对象必须经居民家庭经济状况核对。

2. 乡镇(街道)或社会救助工作站收齐申请和相关材料后,应进行入户调查、张榜公示,再报县(市、区)社会救助机构审批,城区须报市社会救助局网上审批后再救助。

第十三条 因基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险报销赔付结算时间延迟等原因导致跨年度申请医疗救助的,纳入上年度救助;因未及时办理出院手续等个人原因导致跨年度申请医疗救助的,未超过3个月的纳入上年度救助,超过3个月的纳入当年救助。

第十四条 定额门诊和“一站式”即时结算医疗救助资金直达定点医疗机构,医后救助资金直达救助对象个人账户。城区医后救助由城区审核、市社会救助局审批,各城区支付医疗救助资金(含社会救助结余资金);门诊救助、医中救助分别由城区和定点医疗机构审核、市社会救助局审批、市财政支付资金。

第五章 医疗救助监督检查

第十五条 各级财政、民政部门要加强困难群众医疗救助资金收支管理和预测工作,确保收支平衡,略有节余;并加强与卫计、人社等部门的协作,加强医疗保障制度之间的衔接,保证医

疗救助工作的顺利实施。

第十六条 医疗救助对象采用虚报、隐瞒、伪造等手段骗取医疗救助资金的，由医疗救助主管部门追回救助资金，并取消其医疗救助待遇。

第十七条 定点医药机构不按相关规定用药、诊疗、售药以及弄虚作假所发生的医疗费用，社会救助机构不予结算，情节严重的按相关规定进行处罚。

第十八条 从事医疗救助管理的工作人员，违规审批或者贪污、挪用、扣压医疗救助款物的，依照相关法律法规追究责任。

第六章 附 则

第十九条 市民政局和各县（市、区）、黄石经济技术开发区可根据当地实际制定医疗救助实施细则。

第二十条 本办法由市民政局负责解释。

第二十一条 本办法自公布之日起实施，有效期五年，原《黄石市贫困群众医疗救助暂行办法》（黄石政规〔2010〕3号）同时废止。

抄送：市委各部门，黄石军分区，各人民团体；

市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院；

湖北师范学院、湖北理工学院，垂直管理机构，有关企业。

黄石市人民政府办公室

2016年6月29日印发
