

汕尾市人民政府办公室文件

汕府办〔2016〕63号

汕尾市人民政府办公室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 实施意见的通知

各县（市、区）人民政府、市政府各部门、各直属机构：

市民政局、市财政局、市人力资源和社会保障局、市卫生和计划生育局《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》已经市人民政府同意，现转发给你们，请认真组织实施。


汕尾市人民政府办公室
2016年12月9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 市人力资源和社会保障局

市卫生和计划生育局

为全面贯彻落实《社会救助暂行办法》（国务院令 649 号）、《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的实施意见的通知》（国办发〔2015〕30 号）和《广东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的实施意见的通知》（粤府办〔2016〕2 号）的要求，结合实际，现就进一步完善我市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实施意见。

一、总体目标

全面建立重特大疾病医疗救助制度，合理确定医疗救助对象、救助标准、救助形式和救助程序，最大限度减轻困难群众医疗支出负担；加强信息化管理系统建设，实现求助便捷、救助及时和“一站式”即时结算，提高医疗救助管理服务水平；强化部门协作，实现医疗救助制度与基本医疗保险、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，鼓励社会参与，形成医疗救助工作合力，切实保障困难群众

基本医疗权益。

二、明确医疗救助对象

（一）收入型贫困医疗救助对象（限于本地户籍人口）。将最低生活保障家庭成员和特困供养人员作为重点救助对象，并逐步将低收入家庭（家庭人均收入在户籍所在地城镇最低生活保障标准 1.5 倍以下，且家庭财产总值低于当地规定上限）的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者等困难群众（以下统称低收入救助对象），以及县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员纳入救助范围。

（二）支出型贫困医疗救助对象（限于本地户籍人口和符合一定条件的持本地居住证的常住人口）。当年在基本医疗保险定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）住院治疗疾病和诊治门诊特定项目，个人负担的合规医疗费用达到或超过其家庭年可支配收入的 60%，且家庭资产总值低于户口所在地规定上限的因病致贫家庭重病患者（以下简称因病致贫家庭重病患者）。

收入型和支出型贫困医疗救助对象的具体认定办法，由县级人民政府制订。

三、明确医疗救助形式和标准

（一）资助参保。本市城乡居民最低生活保障对象、农村五保供养对象、城镇“三无”人员、孤儿、重度残疾人以及低收入家庭中 60 周岁以上的老年人、未成年人和重病患者等特殊人群参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分，按属地管理原则予以全额资助；参加职工基本医疗保险的个人缴费部分，按照不低

于资助参加城乡居民基本医疗保险的水平给予资助，保障其获得基本医疗保险服务。

（二）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，导致自负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。要逐步扩大门诊救助的对象范围和救助水平，将慢性病毒性肝炎（乙型、丙型，活动期）、肝硬化（失代偿期）、冠脉支架术后、帕金森综合症、尿毒症透析治疗、系统性红斑狼疮、珠蛋白生成障碍（地中海贫血或海洋性贫血）、再生障碍性贫血、长期瘫痪卧床（脑血管意外引起偏瘫）、精神分裂症或情感性精神病、恶性肿瘤放化疗、器官移植抗排斥治疗、肺结核、艾滋病等 14 种门诊特定病种纳入医疗救助范围。最低生活保障家庭成员和特困供养人员全面纳入门诊救助范围，最低生活保障对象按照不低于 70%的比例给予救助，特困供养人员按照 100%的比例给予救助（特困供养人员不受病种限制），集中供养特困人员的门诊救助资金可由供养机构统筹管理使用。低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员等救助对象，承接医疗保险报销后，对个人负担的合规医疗费用参照不低于 70%的比例给予救助。

门诊救助的具体办法，由县级人民政府根据当地实际情况研究制订。

（三）住院救助。对重点救助对象经基本医疗保险、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，最低生活保障对象按照不低于 70%的比例，特困供养人员按照 100%的比例，在年度最高救助限额内，由县级民政部门直接予以救助，实行医疗救助“一站式”结算服务医疗机构住院的，采用“一站式”即时救助。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。加大对重病、重残儿童、严重精神障碍患者、艾滋病机会性感染病人以及妇女乳腺癌和宫颈癌、戈谢病等重特大疾病患者的救助力度。低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员等救助对象负担的合规医疗费用，可先由其个人支付，经审核审批后，参照不低于 70%的比例予以救助。合规医疗费用范围参照汕尾市基本医疗保险、大病保险相关规定确定。

各地要逐步提高医疗救助封顶线年度最高限额，具体由县级人民政府根据当地实际情况研究制订。

四、全面开展重特大疾病医疗救助

重特大疾病医疗救助与基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险相衔接，与大病二次补偿（以下简称“大病保险”）相结合，由政府通过公开招标方式确定的商业保险机构对参保人医保政策内住院的大额医疗费用进行二次补偿，有效提高重特大疾病医疗保障水平。对患重特大疾病的低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员，承接基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后，对个人负担的合规医疗费用给予医疗救助。

（一）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、医疗服务设施标准等，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。

（二）大病医疗保险补偿比例。1. 城乡居民基本医疗保险：参保人员因疾病或意外住院的，基本医疗支付限额 16 万元以下的部分，由统筹基金支付；2. 城乡居民大额医疗费用补偿保险（大额补充保险）：基本医疗支付限额 16 万元以上的医疗费用进入大额补充保险，由补充保险按 75% 的比例赔付，大额补充保险最高支付限额为 14 万元；3. 城乡居民个人自负基本医疗费用补偿保险（“二次补偿”）：城乡居民基本医疗保险基金及大额医疗费用补充保险报销支付完后，基本医疗保险规定范围内的个人自负基本医疗费用部分，年度内累计达到 2.5 万元起付至 50 万元封顶的，纳入“二次补偿”范围，采取累计计分分段及递进比例补偿：个人支付年度累计金额 2.5 万元至 10 万元补偿比例 50%；10 万元至 20 万元补偿比例 60%；20 万元至 30 万元补偿比例 70%；30 万元至 50 万元补偿比例 85%。即在基本医疗保险和大额补充保险报销支付完后，“二次补偿”最高可再报销 33.75 万元。医疗救助承接基本医疗保险、大额补充保险以及“二次补偿”报销后，对个人负担的合规医疗费用按一定比例给予救助。

随着医疗保险政策逐步完善，今后城乡居民基本医疗保险、大额补充保险以及“二次补偿”的报销比例、支付限额等规定有

变动时，医疗救助制度将自动承接新医疗保险政策的有关规定，按新医疗保险政策报销后个人负担的合规医疗费用的一定比例给予医疗救助。

（三）重特大疾病医疗救助比例。重特大疾病医疗救助承接基本医疗保险、大额补充保险、“二次补偿”报销后，对个人负担的合规医疗费用按一定比例给予救助，即核减基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后按所属对象类别进行确定。各地可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年度最高救助限额。原则上重点救助对象的救助比例高于低收入救助对象，低收入救助对象高于其他救助对象；同一类救助对象，个人负担的合规医疗费用数额越大，救助比例越高。

结合我市实际情况，为最大限度减轻城乡困难居民医疗支出负担，对重特大疾病医疗救助对象个人负担的合规医疗费用，分段按以下比例给予救助：

1. 个人自付部分 2.5 万元以下（含 2.5 万元）的，按照不低于 70%的比例予以救助；
2. 个人自付部分 2.5 万元以上，5 万元以下（含 5 万元）的，按照不低于 75%的比例予以救助；
3. 个人自付部分 5 万元以上（含 5 万元）的，按照不低于 80%的比例予以救助。

具体由县级人民政府根据当地实际情况研究制订，原则上重特大疾病医疗救助按照不低于 70%比例救助，封顶线年度最高限

额不低于 5 万元。

（四）儿童急性白血病和先天性心脏病救助比例。对参加城乡居民基本医疗保险的 0-14 周岁（含 14 周岁）儿童治疗急性白血病和先天性心脏病的限定医疗费用，由城乡居民基本医疗保险基金支付 70%，城乡医疗救助基金救助 20%。

诊疗、结算标准等按照《关于印发广东省农村儿童先天性心脏病和白血病诊疗标准与限额结算标准的通知》（粤卫〔2010〕193 号）以及《关于开展提高农村儿童重特大疾病医疗保障水平工作有关问题的通知》（粤卫〔2011〕72 号）执行。

五、规范医疗救助程序

各县（市、区）要本着为民、利民、便民原则，严格规范救助程序，认真做好救助对象身份认定工作，防止冒名顶替和虚报冒领现象发生。对申请医疗救助的困难群众，要尽可能为他们提供方便，尽量缩短审批时间，做到及时受理、即时救助，不得拖延时间，切实缓解困难群众就医难的问题。

重点救助对象到辖区定点医疗机构就医时，应提供本人身份证或社会保障卡、低保（五保）证，在“一站式”服务窗口进行登记备案后，经县级民政部门审核确认后，由定点医院在出院时即时结报，并按规定对其进行救助。重点救助对象患者只需付自付部分费用，剩余部分由城乡居民医保补偿，医疗救助费用由定点医疗机构先行垫付。定点医疗机构应及时将出院病人出院诊断证明、医疗费用清单、收费凭证、病历复印件等，转至病人所在县（市、区）城乡居民医保医疗救助经办机构进行审核，经办机

构应按时足额拨付补偿和救助资金。

低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者等其他救助对象申请医疗救助，要向户籍所在地乡镇人民政府（街道办事处）提出申请，乡镇人民政府（街道办事处）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，由乡镇人民政府（街道办事处）书面告知申请人，并说明理由。

六、加强医疗救助工作监督管理

（一）加强组织领导。各地要切实加强对医疗救助工作的组织领导，细化工作措施，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。要采取有效措施，切实加强基层经办机构和能力建设，配备必要工作人员，做到事有人管、责有人负，不断提高工作水平。充分发挥各地社会救助工作协调机制和联席会议制度的作用，各级民政、财政、人力资源社会保障、卫生计生等部门加强协调配合，做好医疗救助方案设计、政策制订调整等工作。各地要将医疗救助工作作为底线民生保障工作的主要内容一并纳入政府政绩考核。

（二）落实部门职责。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，共同做好医疗救助与基本医疗保险、大病保险、疾病应急救助、商业保险的有效衔接，进一步完善信息共享和业务协作机制，确保救助对象基本医疗保险参保率

100%，确保所有符合条件的困难群众依法参加基本医疗保险和享受医疗救助。

1. 民政部门：要充分发挥医疗救助救急难作用，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，做好医疗救助政策的制定和组织实施工作，抓好各项救助政策的落实，积极推进医疗救助信息化建设。

2. 财政部门：要积极筹措医疗救助资金，及时复核民政部门提出的救助资金支付计划，按时下拨救助资金，根据实际情况，确保救助工作正常开展，合理统筹安排一定的工作经费，加强对医疗救助资金的管理和使用情况的监督检查。

3. 人力资源社会保障部门：要做好困难群众参加城镇基本医疗保险的服务管理工作，制定落实重点救助对象降低起付线等优惠减免政策，做好医疗保险与医疗救助政策的有效衔接和信息共享。

4. 卫生计生部门：要加强对定点医疗机构的监管，规范医疗服务行为，制定落实重点救助对象减免押金等优惠减免政策，积极配合做好城乡医保与医疗救助制度的衔接，定点医疗机构要为救助对象提供方便、快捷、优质的就医条件，引导救助对象合理就医。

（三）健全工作机制。

1. 健全多渠道筹资机制。各地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、大病保险、商业保险报销水平等，科学测算医疗救助资金需求，加大财政投

入，鼓励和引导社会捐赠。各地要根据测算的资金需求和上级财政补助资金情况，足额安排本级财政医疗救助基金，并纳入年度预算。

2. 完善“一站式”结算机制。进一步完善省、市、县三级“一站式”信息化管理系统，医疗救助“一站式”结算系统与医疗保险结算系统实现无缝对接，医疗救助与基本医疗保险、大病保险、疾病应急救助、商业保险等信息管理平台互联互通。完善定点医疗服务机构资金垫付和财政预拨机制，由民政部门向同级财政部门提出支付申请，同级财政部门通过“城乡医疗救助基金专账”直接支付给定点医疗服务机构。加快异地结算，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，积极探索重特大疾病医疗救助异地就医费用结算机制。

3. 健全资金监管机制。加大对各地筹资和基金使用情况的监管和考核力度，确保做到医疗救助基金专账管理、专款专用，提高资金使用效益。市民政局牵头建立工作督查常态机制，结合底线民生保障工作进行督查或开展专项督查，通过信息化平台对医疗救助工作任务落实情况、资金筹集、拨付进度、医疗救助水平、“一站式”结算等情况定期通报，及时报送市人民政府，并抄送各县（市、区）人民政府。医疗救助基金使用效益低的地方，市民政局、市财政局要及时在全市通报，并在下一年度扣减补助资金。

4. 健全救助服务监管机制。民政部门要会同财政、人力资源社会保障、卫生计生等部门做好对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。对不按规定用药、诊疗以及提供医疗服务所发生的费用，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，造成医疗救助基金流失或浪费的，终止定点合作协议，取消医疗救助定点医疗机构资格，并依法追究责任。加大对医疗救助实时监控力度，城乡医疗救助对象和救助金额等情况网上实时查询，定期在村（居）委会张榜公布，接受监督。

5. 建立社会力量参与机制。依托广东省底线民生信息化核对管理系统，建立救助管理部门之间的信息共享机制，实现民政部门与人力资源社会保障、卫生计生等部门的互联互通、信息共享。打造救助资源与救助需求信息对接平台，建立和完善民政部门与慈善组织、社会服务机构等之间的衔接机制，实现社会救助信息和慈善资源、社会服务信息的对接、共享和匹配。根据困难群众个人意愿，及时将经过社会救助后仍有困难的救助对象，向慈善组织、社会服务机构转介，实现政府救助与社会帮扶有机结合，做到因情施救、各有侧重、互相补充。社会救助信息和慈善资源信息同时向审计等有关部门开放。

附件：汕尾市医疗保险和医疗救助基本政策一览表

附件

汕尾市医疗保险和医疗救助基本政策一览表

序号	医疗保险和医疗救助政策衔接项目	重点医疗救助对象		低收入救助医疗对象	因病致贫家庭重病患者	县政府规定的其他特殊困难人员	全市参保人
		特困供养人员	低保对象				
1	基本医疗保险	基本医疗保险待遇：参保人员因疾病或意外住院的，基本医疗支付限额 16 万元以下的部分，按医保政策报销，由统筹基金支付					
2	城乡居民大额医疗费用补偿保险	大额补充保险待遇：基本医疗支付限额 16 万元以上的医疗费用进入大额补充保险，由补充保险按 75%的比例赔付，大额补充保险最高支付限额为 14 万元					
3	城乡居民个人自负基本医疗费用补偿保险	“二次补偿”待遇：城乡居民基本医疗保险基金及大额医疗费用补充保险报销支付完后，基本医疗保险规定范围内的个人自负基本医疗费用部分，年度内累计达到 2.5 万元起付至 50 万元封顶的，纳入“二次补偿”范围，采取累计计分分段及递进比例补偿，最高可再报销 33.75 万元					
4	资助参加医保	对城乡居民最低生活保障对象、农村五保供养对象、城镇“三无”人员、孤儿、重度残疾人以及低收入家庭中 60 周岁以上的老年人、未成年人和重病患者等特殊人群参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分，按属地管理原则予以全额资助			——	——	——
5	门诊医疗救助	个人负担的合规医疗费用按 100% 的比例给予救助	对患慢性病毒性肝炎（乙型、丙型，活动期）、肝硬化（失代偿期）、冠脉支架术后、帕金森综合症、尿毒症透析治疗、系统性红斑狼疮、珠蛋白生成障碍（地中海贫血或海洋性贫血）、再生障碍性贫血、长期瘫痪卧床（脑血管意外引起偏瘫）、精神分裂				——

			症或情感性精神病、恶性肿瘤放化疗、器官移植抗排斥治疗、肺结核、艾滋病等 14 种门诊特定病种患者纳入医疗救助范围，承接医疗保险报销后，对个人负担的合规医疗费用参照不低于 70% 的比例给予救助，具体由县级人民政府制订		
6	住院医疗救助	个人负担的合规医疗费用按 100% 的比例给予救助	个人负担的合规医疗费用按不低于 70% 的比例给予救助	对重病、重残儿童、严重精神障碍患者、艾滋病机会性感染病人以及妇女乳腺癌和宫颈癌、戈谢病等重特大疾病患者等，经家庭经济状况认定，按照申请审核审批程序，符合条件的按照不低于 70% 的比例予以救助，具体由县级人民政府制订	——
7	重特大疾病医疗救助	个人负担的合规医疗费用按 100% 的比例给予救助	对重特大疾病医疗救助对象个人负担的合规医疗费用，分段按以下比例给予救助：1. 个人自付部分 2.5 万元以下（含 2.5 万元）的，按照不低于 70% 的比例予以救助；2. 个人自付部分 2.5 万元以上，5 万元以下（含 5 万元）的，按照不低于 75% 的比例予以救助；3. 个人自付部分 5 万元以上（含 5 万元）的，按照不低于 80% 的比例予以救助。重特大疾病医疗救助原则上按照不低于 70% 比例救助，封顶线年度最高限额原则上不低于 5 万元，具体由县级人民政府制订		——
8	儿童急性白血病和先天性心脏病救助	对参加城乡居民基本医疗保险的 0-14 周岁（含 14 周岁）儿童治疗急性白血病和先天性心脏病的限定医疗费用，由城乡居民基本医疗保险基金支付 70%，城乡医疗救助基金救助 20%			

公开方式：主动公开

抄送：市委各部委办，市人大办，市政协办，市纪委办，汕尾军分区司令部，市中级人民法院，市检察院，各民主党派，驻汕尾有关单位。

汕尾市人民政府办公室

2016 年 12 月 9 日印发
