桦政办规〔2019〕5号

桦川县人民政府办公室关于

印发桦川县城乡医疗救助暂行办法的通知

各乡（镇）人民政府、社区，县直各单位：

《桦川县城乡医疗救助暂行办法》已经县政府17届29次常务会审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

桦川县人民政府办公室

2019年8月1月

桦川县人民政府办公室                      2019年8月1日印发

桦川县城乡医疗救助暂行办法

第一章 总则

第一条  根据《黑龙江省政府办公厅关于印发黑龙江省城乡医疗救助暂行办法的通知》（黑政办发〔2015〕第82号）、《黑龙江省民政厅关于全面推进重特大疾病医疗救助工作的指导意见》（黑民发〔2016〕第48号）和《黑龙江省民政厅、黑龙江省财政厅、黑龙江省人力资源和社会保障厅、黑龙江省卫生和计划生育委员会、中国保险监督管理委员会黑龙江监管局、黑龙江省扶贫开发领导小组办公室关于进一步加强医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接的通知》（黑民规〔2017〕第7号）文件要求，为进一步完善我县医疗救助制度，结合我县实际，特制定本办法。

第二条  医疗救助政策是政府对符合规定条件的困难群众资助参加基本医疗保险，资助、减免医疗费用或提供医疗卫生服务的社会救助制度。

第三条  医疗救助遵循以下原则：

1.医疗救助水平与经济社会发展水平相适应，科学合理制定救助方案，确保救助对象获得必要的医疗救助服务。

2.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、商业保险制度的有效衔接，形成制度合力；加强与慈善事业有序衔接，形成政府救助与社会力量参与的高效联动和良性互动。

3.坚持救助政策、工作程序、救助对象以及实施情况公开，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.优化救助流程，简化结算程序，加强信息化建设，增强救助实效。

5.突出重点、分类救助，在兜住底线的基础上，不断提高医疗救助水平，努力减轻困难群众医疗负担。

第四条  医疗救助实行地方政府负责制，由医保局牵头负责实施，人社局、卫健局等部门按照职责分工做好相关工作。医疗救助实行属地管理，县政府应为医疗救助工作开展提供必要的组织条件和物质保证。

第五条  医疗救助对象。具有本县户籍，参加城镇职工、城乡居民基本医疗保险，且符合下列条件的居民：

1.特困供养人员；

2.最低生活保障人员；

3.低收入家庭中60周岁以上（含60周岁）的老年人、18周岁以下（含18周岁）未成年人、重度残疾人和重病患者（以下统称低收入医疗救助对象）；

4.扶贫办认定己建档立卡的贫困人口；

5.因病致贫家庭中的重特大疾病患者（以下统称因病致贫家庭重病患者）；

6.县政府规定的其他需医疗救助人员。

第六条  重度残疾人是指由县残联认定的残疾等级为一级、二级的视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾和多重残疾人。

第七条  低收入家庭重病患者是指当年就医，在基本医疗保险报销的基础上，启动大病保险理赔的人员。

第八条  因病致贫家庭由县民政局认定。认定条件是：城乡居民家庭收入扣除重特大疾病自付医疗费用后，连续12个月可用于生活支出的资金低于城乡低收入标准，家庭财产符合低保家庭财产要求的，认定为因病致贫家庭，给予医疗救助。

第九条  因病致贫家庭重病患者是指其家庭为因病致贫家庭，且本人当年就医时，启动大病保险理赔的人员。

第二章 资助参保

第十条  全额资助特困供养人员参加基本医疗保险。

第十一条  对最低生活保障家庭成员、农村建档立卡贫困人口，参加基本医疗保险给予定额补助。

第三章 基本医疗救助

第十二条  基本医疗救助对象为特困供养人员、最低生活保障人员和农村建档立卡贫困人口。救助对象在基本医疗保险定点医疗机构就医，经基本医疗保险、大病保险及各类补充保险报销后，对政策范围内合规医疗费用个人自付部分给予基本医疗救助。

第十三条  政策范围内合规医疗费用的认定按照基本医疗保险、大病保险的有关规定执行。

第十四条  基本医疗救助分为住院救助和门诊救助。

（一）住院救助

1.特困供养人员住院发生的政策范围内合规医疗费用经基本医疗保险、大病保险及各类补充保险报销后个人自付部分，救助比例为100%，年度救助封顶线为1.5万元。

2.最低生活保障人员住院发生的政策范围内合规医疗费用经基本医疗保险、大病保险及各类补充保险报销后个人自付部分，救助比例为70%，年度救助封顶线为1.5万元。

3.农村建档立卡贫困人口住院发生的政策范围内合规医疗费用经基本医疗保险、大病保险及各类补充保险报销后个人自付部分，救助比例为50%，年度救助封顶线为1.2万元。

（二）门诊救助

救助对象是经县医保局认定为慢性病患者的特困供养人员、最低生活保障人员和农村建档立卡贫困人口在定点医疗机构就诊，政策范围内合规医疗费用经基本医疗保险报销后个人自负部分按照50%比例给予救助，年度救助封顶线为2000元。

第四章 重特大疾病救助

第十五条  对罹患重特大疾病的特困供养人员、最低生活保障人员、农村建档立卡贫困人口、低收入医疗救助对象和因病致贫家庭重病患者，政策范围内合规医疗费用经基本医疗保险、大病保险及各类补充保险报销后，当年并启动大病保险后，个人自负部分仍然支出较大的给予重特大疾病救助。

1.特困供养人员个人负担的政策范围内合规医疗费用，经基本医疗保险、大病保险及各类补充保险报销后，个人负担部分给予重特大疾病救助，救助比例为100%，年度救助封顶线为3万元。

2.最低生活保障人员个人负担的政策范围内合规医疗费用，经基本医疗保险、大病保险及各类补充保险报销后，个人自付部分给予重特大疾病救助，救助比例为县域内70%，年度救助封顶线为3万元。

3.农村建档立卡贫困人口个人负担的政策范围内合规医疗费用，经基本医疗保险、大病保险及各类补充保险报销后，个人自付部分给予重特大疾病救助，救助比例为50%，年度救助封顶线为2万元。

4.低收入医疗救助对象、因病致贫家庭重病患者个人负担的政策范围内合规医疗费用，经基本医疗保险、大病保险及各类补充保险报销后，个人自付超过5000元以上的给予重特大疾病救助，救助比例为50%，年度救助封顶线为2万元。

第十六条  农村建立低收入医疗救助对象、因病致贫家庭经济状况核对机制。低收入医疗救助对象、因病致贫家庭申请医疗救助，由申请救助家庭经济状况核对中心对其家庭经济状况进行核对。

第十七条  低收入医疗救助对象、因病致贫家庭患重特大疾病的，发生的政策范围内合规医疗费用经基本医疗保险、大病保险及各类补充保险报销后，个人自付部分由个人先行支付后救助。

第十八条  重特大疾病病种为儿童白血病骨髓移植术后抗排异治疗、尿毒症、先天性心脏病、艾滋病机会性感染、慢性粒细胞白血病、血友病、重症肌无力、乳腺癌、宫颈癌、耐多药肺结核、急性心肌梗塞、脑出血、精神病、髋关节置换术、重症糖尿病、恶性肿瘤等疾病，年度救助封顶线为3万元。

第十九条  对罹患医学罕见疾病及医疗费用支出巨大，经基本医疗保险、大病保险及各类商业补充保险报销后个人仍无力承担的特困供养人员、最低生活保障人员、建档立卡贫困人员、低收入医疗救助对象和因病致贫家庭重病患者，年度救助封顶线为3万元。

第五章  其他救助

第二十条  慈善救助。县慈善管理部门探索建立医疗救助专项基金，在按照规定对有关贫困家庭开展慈善援助项目，同时要对经医疗救助后费用负担仍然较重的救助对象开展慈善援助。

第二十一条  优惠减免。医疗救助对象在县内定点医疗机构就诊时，定点医疗机构应当给予门诊普通挂号费免费；基本医疗保险部门对重点救助对象医疗费用报销提高5%的比例。

第六章 不予救助

第二十二条  因交通事故、医疗事故以及其他赔付责任人应予以支付的医疗费用不予救助。

第二十三条  基本医疗保险管理机构不予救助的其他情形。

第七章  审核审批

第二十四条  县医保局负责本辖区医疗救助审批工作，乡（镇）政府、社区负责本辖区内医疗救助的申请受理和审核工作。医疗救助审核、审批时限应当不超过30个工作日。

第二十五条  医疗救助按以下情况审批：

（一）特困供养人员、最低生活保障人员、农村建档立卡贫困人口在己开通医疗救助“一站式”即时结算服务的医疗机构就医的，由医疗机构通过医疗救助“一站式”即时结算服务窗口与救助对象进行即时结算，医疗机构先行垫付资金。

（二）特困供养人员、最低生活保障人员、农村建档立卡贫困人口在未开通医疗救助“一站式”即时结算服务的医疗机构就医的，可在治疗结束后，持相关材料到行政服务中心县医保局医疗救助受理窗口提出医疗救助申请，实行医疗救助“一站式”受理、审核。

低收入医疗救助对象、因病致贫家庭重病患者在医疗机构就医的，在就医治疗结束后，由本人向所在地乡（镇）政府、社区提出医疗救助申请，乡（镇）政府、社区负责受理、审核，申请救助家庭经济状况核对中心进行核对，县医保局负责审批，医疗救助资金由县财政专户拨付医保局，通过县信用联社将救助金拨付到定点就诊医院（非定点医院就诊的拨付到申请人账户）。

（三）申请医疗救助患者需提供以下材料：

1.医疗诊断书、医疗费用收据、病历、费用清单等材料复印件；

2.县医保局出具的报销结算（大病保险二次结算）单；

3.户口簿首页和户主及患者户口簿复印件；

4.患者身份证复印件；

5.特困供养对象、最低生活保障人员、农村建档立卡贫困人员个人结算存折复印件；

6.低收入医疗救助对象、因病致贫家庭重病患者除准备上述材料外，还需要医疗救助申请书，乡（镇）认定书、评议书。

第二十六条  医疗机构垫付资金的结算。医疗机构按签订的《医疗救助“一站式”即时结算协议》，携带救助对象身份证复印件、住院结算收据、大病保险及其他商业保险报销收据、医疗救助报销收据等材料，与县医保局进行定期结算。

第二十七条  医疗救助对象住院跨年度的，按诊治终结时间确定所属年度；在实施救助时，对同时具有两种身份的救助对象择高给予救助。

第二十八条  确需转诊的救助对象，应按照城乡居民医保的相关规定履行转诊或备案手续。治疗结束后凭有关证明材料到居住地按照规定办理医疗救助相关手续。

第八章  管理和服务

第二十九条  医疗救助实行政府主导、部门配合、社会参与的工作机制。

第三十条  医保局负责贯彻执行国家、省、市医疗救助政策，制定本县医疗救助政策并组织实施；建立医疗救助与城乡居民基本医疗保险、大病保险、各类补充医疗保险、定点医疗机构相互衔接的信息“一站式”交换和即时结算机制，简化救助程序，提高救助效率。

第三十一条  财政局负责医疗救助资金筹集和拨付，会同医保局等部门加强对医疗救助基金管理使用情况的监督检查。

第三十二条  卫健局和医保局负责医疗救助对象的参保，对基本医疗保险定点机构在用药、诊疗和提供医疗服务方面的监督管理。

第三十三条  定点医疗机构负责提供医疗救助服务，按照基本医疗保险用药目录、诊疗项目及医疗服务设施目录为医疗救助对象提供服务，引导救助对象合理就医；落实医疗优惠政策，对就医的医疗救助对象给予门诊挂号费、治疗费、医疗设备检查费、住院床位费等优惠减免。

第三十四条  建立健全医疗救助对象档案。档案包括医疗救助申请书、医疗救助审批表、诊断书、住院病历首页、基本医疗保险结算收据、大病保险及其他商业保险报销收据等资料齐全，管理规范。

第九章  资金筹集使用

第三十五条  按照《省财政厅、省民政厅关于转发〈财政部、民政部关于印发《城乡医疗救助基金管理办》的通知〉的通知》（黑财社〔2014〕11号）规定，做好医疗救助基金的筹集、使用，基金累计结余一般应不超过当年筹集基金总额的15%。

第三十六条  医疗救助资金支付应采取财政局拨付医疗救助金到医保局，医保局通过县信用联社将救助金拨付到定点就诊医院（非定点医院就诊的拨付到申请人账户）实行社会化发放，医疗救助“一站式”即时结算的，救助对象预计发生的医疗费用可先由医疗救助基金支付部门预先拨付给医疗机构，待医疗救助结束后，再按照实际发生额办理结算手续；无法通过医疗救助“一站式”即时结算的，由财政局将医疗救助资金拨付至医保局，医保局通过县信用联社将救助金拨付到定点就诊医院（非定点医院就诊的拨付到申请人账户）实行社会化发放。

第三十七条  县医保局要认真做好医疗救助台卡的录入工作，要及时与县财政局沟通，及时掌握医疗救助资金支出情况，确保医疗救助台卡数据与财政支出、医疗救助审批系统数据一致。

第十章  处罚

第三十八条  提供医疗救助服务的医疗机构为救助对象提供虚假病情诊断证明骗取医疗救助金的，由有关部门按规定处罚，追回骗取的医疗救助金；涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

第三十九条  负责医疗救助工作的管理人员玩忽职守、徇私舞弊、滥用职权的，由其所在单位或上级主管部门按规定处罚；构成犯罪的，移送司法机关处理。

第四十条  医疗救助对象骗取医疗救助金的，由乡（镇）政府、社区或者县医保局给予批评教育，追回被骗取的医疗救助金；情节严重构成犯罪的，移送司法机关处理。

第十一章  附则

第四十一条  本办法自2019年8月1日起施行。已经出台的有关规定与本办法不一致的，按照本办法执行。

第四十二条  本办法由县医保局负责解释。