

《乐昌市困难群众医疗救助实施细则》

政策解读

导语：为全面打赢精准扶贫、精准脱贫攻坚战，我市于 2018 年 8 月 9 日，重新修订颁布实施《乐昌市困难群众医疗救助实施细则》（乐府规〔2018〕1 号）（以下简称《实施细则》），有效期三年。

一、重新修订政策的必要性

（一）上位法和省、韶重点民生工作任务的要求

2016 年 12 月省民政厅等 6 个部门出台的《广东省困难群众医疗救助暂行办法》（粤民发〔2016〕184 号）和 2017 年 7 月 12 日韶关市政府出台的《韶关市困难群众医疗救助暂行办法》（韶府规〔2017〕7 号）都明确提高了医疗救助标准和年度救助限额，扩大了救助对象范围，需要我市也进行相应的提标和扩面。

（二）“依法治国”方针的贯彻落实

十八大、十九大都提出了“依法治国”执政方针，要求国家的政治、经济运作、社会各方面的活动依法依规进行。我市医疗救助申请家庭核定机制的首要任务是出台认定的规范性文件，为认定程序、标准、部门职责、法律责任等方面提供法规依据和保

障，避免审批随意性和规范自由裁量权，确保救助过程科学化、精细化、规范化。

（三）底线民生兜底保障体系建设工作的需要

随着我市精准扶贫工作的推进和底线民生兜底保障方案的实施，一方面建档立卡对象医疗救助没有明确的规范性文件；另一方面，由于我市原医疗救助标准低，救助门槛高，造成了我市大部分因病致贫家庭得不到有效的救助。在当前全面打赢脱贫攻坚战、全面建成小康社会的大背景下，我市必须重新修订医疗救助政策，明确部门职责分工，提高政府公信力，同时充分利用政府部门间、金融机构间互联互通的数据资料，依托广东省底线民生信息化核对管理系统，更准确地开展医疗救助核对与认定工作。

二、主要内容解读

（一）《总则》“托住底线”的原则

《实施细则》以“托住底线”作为指导我市医疗救助的工作原则。根据我市经济社会发展水平、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。该原则为我市全面打赢脱贫攻坚战、全面建成小康社会提供更有利的保障。

（二）《第一章》分工明晰的部门机构职责

《实施细则》明确各部门和机构职责分工，既可解决各部门

之间救助信息“碎片化”的问题，又能避免重复救助，是精准施救的有力保障。

（三）《第二章》、《第三章》、《第四章》公平高效的医疗救助对象的认定与救助资金的发放流程

《实施细则》本着“托住底线”的理念，对申请对象的核对认定、救助资金确定与发放都进行了明确的规定，使其可操作性更科学合理、更规范。一方面重新修订的《实施细则》将申请对象家庭经济状况信息化核对前置，作为受理申请的过滤器，让信息化核对与入户调查优势互补、各司其职，提高了申请对象认定的公平性和准确性，杜绝人为修改的可能性，在源头上排除了“关系、人情”等不符合条件的申请者，确保救助对象认定精准。另一方面我市将“二次医疗救助”列入了医疗救助政策范围，对经救助后医疗费用负担仍较重的特殊困难对象，按照其医疗总费用（含合规范围外，即自付医疗费用），在年度最高救助限额内按照分类分段梯度救助模式，给予一定比例救助，此举为解决因病返贫家庭的脱贫提供政策性托底保障。

三、医疗救助办理指引

为帮助困难群众进一步了解医疗救助政策内容，将医疗救助办理过程中的常见问题解读如下：

（一）救助对象

1. 收入型贫困医疗救助对象

(1)重点救助对象：具有本市户籍的特困供养人员（即：农村五保供养对象、城镇“三无”人员、孤儿）和城乡最低生活保障对象。

(2)建档立卡对象：具有本市户籍的建档立卡贫困人员（不含最低生活保障对象，下同）。

(3)低收入救助对象：具有本市户籍，家庭人均月收入在本市城镇最低生活保障标准的1倍以上1.5倍以下（以下含本数，下同），且家庭财产符合《实施细则》第十二条规定的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者等困难群众。

2. 支出型贫困医疗救助对象

因病致贫家庭的重病患者（即：非民政对象、建档立卡之外的人员），申请医疗救助需具有本市户籍、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总收入的60%，且家庭财产总值低于《实施细则》第十二条规定的重病患者。

3. 市政府规定的其他特殊困难群众

（二） 申请审核审批程序

1. 医疗救助“一站式”结算：属我市重点救助对象、建档立卡的贫困对象、低收入救助对象及本市人民政府规定并在民政部门备案的其他特殊救助对象，在韶关地区范围内医疗救助“一

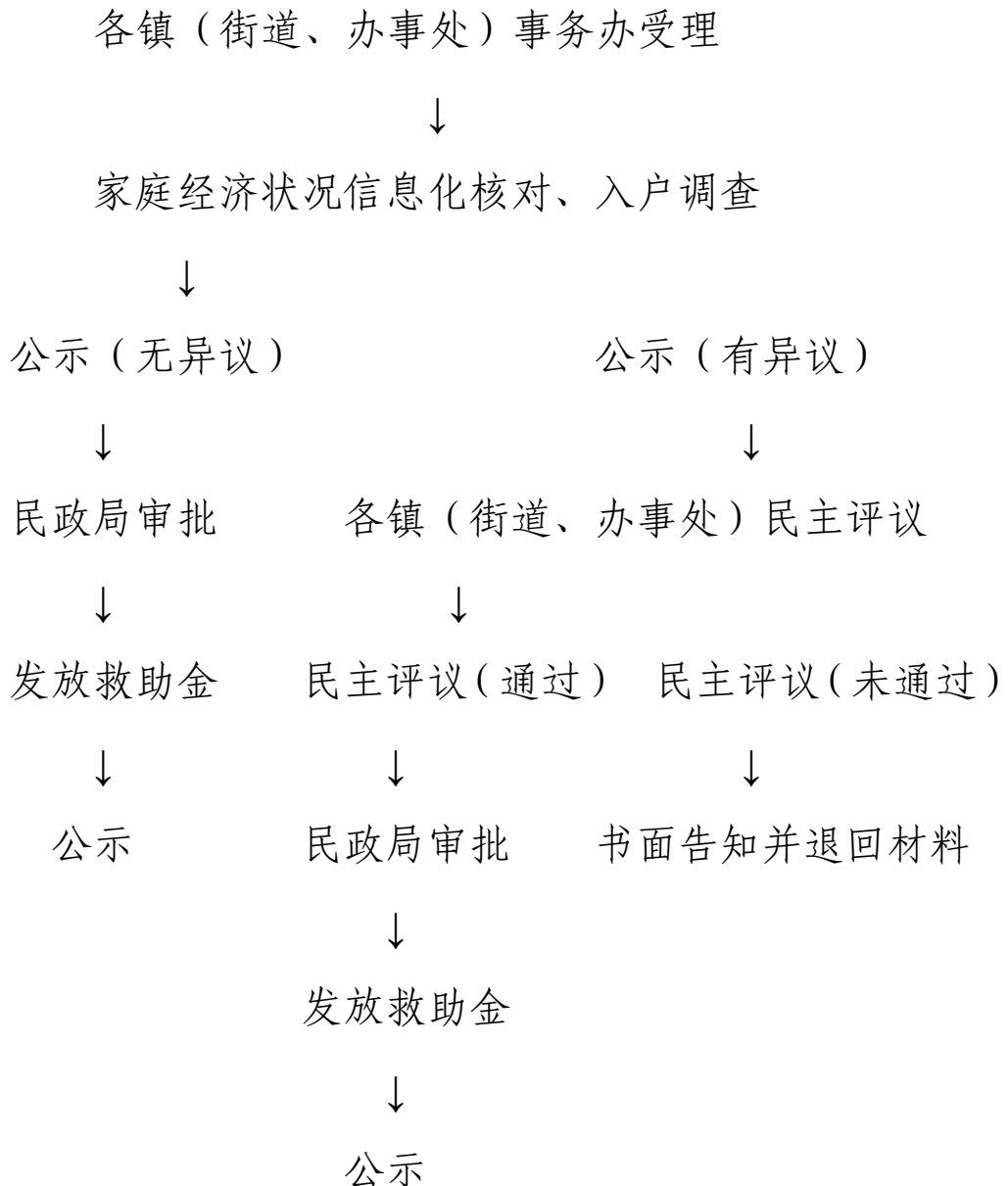
站式”结算定点医疗机构就医时，享受我市基本医疗保险、大病保险和医疗救助同步结算的“一站式”结算服务。救助对象在缴费结算时向定点医疗机构表明身份，并提供本人身份证就可以由“一站式”结算定点医疗机构直接办理医疗救助的费用减免。如未能及时在韶关地区范围内“一站式”结算定点医疗机构办理医疗救助结算的对象和到韶关地区以外就医的对象，可向户籍所在地的社会事务办提出申请(申请流程及申请资料参照因病致贫的申请资料)。

2. 因病致贫家庭重病患者申请医疗救助(注：其不可以在一站式”结算定点医疗机构申请或办理医疗救助)，需进行家庭经济状况认定(家庭收入和家庭财产认定范围参照《广东省最低生活保障申请家庭经济状况核对及认定暂行办法》(粤民发〔2014〕202号)执行)，申请审核审批程序如下：

申请资料：申请人应当向户籍所在地镇(街道、办事处)提出书面申请，填写《乐昌市医疗救助申请家庭经济状况核对授权书》、《医疗救助申请审批表》(户主申请有困难的，可以委托村(居)委员会或个人代为提出申请)，并如实提供证明材料原件和复印件(即：申请人的身份证、户口簿原件及复印件，委托他人申请的，同时提供受委托人的身份证或户口簿原件及复印件；医疗机构出具的诊断结果、病历、用药或诊疗项目、收费明细清单、基本医疗保险审批表或结账单、定点医疗机构复式处方或定

点零售药店购药发票等能够证明医疗费用的有效凭证;如发生转院的需提供转诊证明或转院通知;其他证明材料)。

审核审批流程:



(三) 救助方式与标准

医疗救助包括:资助医疗参保、门诊救助、住院救助。

1. 资助医疗参保。对重点救助对象、低收入救助对象、建档

立卡贫困人员等参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分，给予全额资助。对重点救助对象、低收入救助对象参加了本市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。

2. 门诊救助。本市门诊救助人员范围及标准如下：

(1)特困供养人员的门诊救助比例为 100%，不设年度累计封顶限额（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）。

(2)城乡最低生活保障对象和建档立卡贫困人员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，且卫生计生部门已经明确诊疗路径（即：能够通过门诊特殊治疗的病种），在医保协议管理医疗机构就医，经基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后，年度负担的累计门诊医疗费按照不低于 80%的比例给予救助，且年度累计最高救助限额 10 万元；

(3)低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和市政府规定的其他特殊困难群众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，且卫生计生部门已经明确诊疗路径（即：能够通过门诊特殊治疗的病种），医疗救助起付线与大病疗保险相衔接，年度负担的累计门诊医疗费用按照不低于 80%的比例给予救助，且年度累计最高救助限额 8 万元。

3. 住院救助。对重点救助对象、低收入救助对象和建档立卡贫困人员经基本医疗保险、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，民政部门直接予以救助。救助比例及标准如下：

(1)特困供养人员、孤儿救助比例为 100%，年度累计不设封顶限额，同时，免收特困供养人员住院押金；城乡最低生活保障对象和建档立卡贫困人员救助比例为 80%，年度累计最高救助限额为 10 万元；低收入救助对象救助比例为 80%，年度累计最高救助限额为 8 万元；

(2)因病致贫家庭重病患者和市政府规定的其他特殊困难群众医疗救助起付线与大病疗保险相衔接，其负担的住院合规医疗费用，先由其个人支付，对达到或超过家庭年可支配总收入 60% 的部分按照不低于 80% 的比例给予救助，年度累计最高救助限额为 8 万元；

(3)重点救助对象和建档立卡贫困人员取消医疗救助起付线。

(4)具有本市户籍，但因各种原因未能参加基本医疗保险的救助对象，在合规范围内发生的医疗费用，可以参照参加基本医疗保险对象个人负担部分的补助政策，按所属对象类别给予医疗救助。对重残儿童、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按所属对象类别给予相应的医疗救助。戈谢病患者门诊医疗费用和自费购买治疗药物费用、住院治疗自负

医疗费，按照不低于 70%的比例给予救助，年度累计最高救助限额 25 万元。

(5)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%，剩余部分的合规医疗费按所属对象类别给予相应比例的医疗救助，其医疗救助水平不得低于现行《关于开展提高城乡儿童先天性心脏病等重特大疾病医疗保障水平工作的通知》（韶人社函〔2014〕177 号）规定标准。

4. 二次医疗救助。对经救助后医疗费用负担仍较重的特殊困难对象积极开展二次救助，按照其医疗总费用（含合规范围外），在年度最高救助限额内按照分类分段梯度救助模式，其救助比例如下：

(1)特困供养人员经基本医疗保险、大病保险、政府资助购买的补充医疗保险（商业保险）报销以及门诊和住院医疗救助后个人负担的定点医疗机构医疗总费用（含基本医疗保险政策外费用），按照 100%的比例进行二次医疗救助。

(2)最低生活保障对象、建档立卡的贫困人员在定点医疗机构住院（含特殊门诊治疗的病种）产生的费用，在申请救助当年度经基本医疗保险、大病保险报销以及医疗救助后累计自负医疗总费用（含合规范围外）在 5000 元（含 5000 元）以上至 1 万元以下的，按 60%的比例给予二次医疗救助；在 1 万元（含 1 万元）

以上至 2 万元以下的，按 70%的比例给予二次医疗救助；在 2 万元（含 2 万元）以上的，按 80%的比例给予二次医疗救助。

(3)低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者在定点医疗机构住院（含特殊门诊治疗的病种）产生的费用，在申请救助当年度经基本医疗保险、大病保险报销以及医疗救助后累计自负医疗总费用（含合规范围外）超过其家庭申请救助当年度内可支配总收入 60%以上部分，在 5000 元（含 5000 元）以上至 1 万元以下的，按 50%的比例给予二次医疗救助；在 1 万元（含 1 万元）以上至 2 万元以下的，按 55%的比例给予二次医疗救助；在 2 万元（含 2 万元）以上的，按 60%的比例给予二次医疗救助。

(4)二次医疗救助申请原则上每年集中一次审核办理。二次医疗救助申请人应当向户籍所在地镇（街道、办事处）民政部门提出书面申请，并填写一式两份《韶关市困难群众二次医疗救助申请审批表》。申请人申请有困难的，可以委托村（居）委会或个人代为提出申请。各镇（街道、办事处）民政部门收到申请后，对申请和相关材料进行审核。符合条件的，核准其享受医疗救助的金额，并报市民政局审批；不符合条件的，将材料退回，书面告知申请人。对获得医疗救助的对象名单，各镇（街道、办事处）、村（居）委会应进行为期半年的公示。

四、医疗救助不予受理情况

1. 自行到非正规医疗机构就医或自行购买药品无正规票据

的费用；

2. 因自身违法行为导致的医疗费用；
3. 因自残等发生的医疗费用（精神障碍患者除外）；
4. 交通事故、医疗事故等应由他方承担的医疗费用；
5. 市人民政府规定的其他不予救助的情况。

五、咨询与投诉受理

咨询： 各镇（街道、办事处）事务办 电话：

咨询与投诉： 市民政局低保股 电话： 5551599