

儋州市人民政府办公室文件

儋府办〔2017〕41号

儋州市人民政府办公室关于 印发儋州市医疗救助实施办法的通知

各镇政府，国营（地方）农林场，市政府直属各单位：

《儋州市医疗救助实施办法》已经十五届市政府第7次常务会议审议通过，现印发给你们，请遵照执行。



（此件主动公开）

儋州市人民政府办公室关于 印发儋州市医疗救助实施办法的通知

儋府办〔2017〕41号

各镇政府，国营（地方）农林场，市政府直属各单位：

《儋州市医疗救助实施办法》已经十五届市政府第7次常务会议审议通过，现印发给你们，请遵照执行。

儋州市人民政府办公室

2017年4月11日

（此件主动公开）

儋州市医疗救助实施办法

第一条 为全面落实《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意见的通知》（国办发〔2015〕30 号）和《海南省医疗救助实施办法》（琼府办〔2016〕299 号）精神，进一步规范医疗救助工作，提高医疗救助管理服务水平，切实保障困难群众的基本医疗，结合我市实际，制订本实施办法。

第二条 医疗救助对象为具有本市户籍的以下人员：

（一）重点救助对象。

特困供养人员、孤儿、城乡最低生活保障对象、农村建档立卡贫困人口。

（二）其它救助对象。

1. 城乡低收入救助对象：城乡低收入家庭中的一、二级重度残疾人、未成年人（未满十八周岁）、老年人（年满六十周岁以上）和重病患者。

低收入家庭认定标准：原则上以不高于当地城市（农村）低保标准的 150% 划定。

重病患者指在定点医疗机构发生的政策范围内特殊门诊和住院费用，经基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后的个人负担费用超过 1 万元的患者。

2. 因病致贫救助对象：在定点医疗机构发生高额医疗费用、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。

因病致贫救助对象认定标准：

(1) 家庭收入。申请之日前 12 个月家庭总收入在扣除合规个人负担医疗费用后人均可支配收入不超过 12 个月城镇（农村）最低生活保障标准。

(2) 家庭财产。有下列条件之一的不予救助：

①家庭现金、存款及有价证券总金额在按照城镇（农村）最低生活保障标准扣除未来在 12 个月的生活费后，仍高于合规个人负担医疗费用的。

②拥有两套（含）以上住房、且人均拥有建筑面积超过当地的上年度人均住房面积，或者拥有别墅的。

③家庭拥有商业店铺、汽车、船舶、大型机械等实物财产的。

同时符合以上几个条件的人员只按其中一类人员标准救助，不得重复救助。

第三条 救助对象有下列情形之一的，不予救助：

（一）违法犯罪；

（二）医疗美容、保健性质理疗；

（三）交通肇事；

（四）依法依规应由责任单位或责任个人负责治疗的；

（五）国家另有专项救助政策规定的；

（六）医疗费用发生后跨年度 3 个月内未提出医疗救助申请的；

（七）不能按照市民政局规定，提供相关证明材料的。

第四条 对重点救助对象和低收入家庭中的一、二级重度残疾人、未成年人、老年人，参加城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗个人缴费部分给予全额资助。低收入家庭中的三、四级非重度残疾人参加城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗的个人缴费部分给予50%资助。

第五条 特困供养人员、孤儿在基本医疗保险定点医疗机构发生政策范围内的日常门诊治病，经基本医疗保险报销后，合规的个人负担费用在年度最高救助限额内予以全额救助。日常门诊救助的病种目录、用药范围、诊疗项目等，按照新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险有关规定执行，年度最高救助限额2千元。

第六条 医疗救助对象在基本医疗保险定点医疗机构发生的政策范围内特殊病种门诊（见附件，下同）费用和住院费用，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，个人自付合规费用在年度救助限额内分类分段救助。特殊门诊救助的病种目录、用药范围、诊疗项目等，按照新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险、职工基本医疗保险有关规定执行。

第七条 特殊病种门诊救助和住院医疗救助累计计算年度救助金额。

第八条 特困供养人员、孤儿在基本医疗保险定点医疗机构发生的特殊病种门诊医疗费用和住院医疗费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险、其他补充医疗保险和商业保险支付后，个人自付合规费用在1万元（含1万元）以内的按70%救助，1万元以上的按75%救助，年度最高救助限额5万元。

第九条 城乡最低生活保障对象和农村建档立卡贫困人口，在基本医疗保险定点医疗机构发生的特殊病种门诊医疗费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险、其他补充医疗保险和商业保险支付后，个人自付合规费用按 100%救助，年度最高救助限额 5000 元。

城乡最低生活保障对象和农村建档立卡贫困人口，在基本医疗保险定点医疗机构发生的住院医疗费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险、其他补充医疗保险和商业保险支付后，个人自付合规费用在 1 万元（含 1 万元）以内的按 70%救助，1 万元以上的按 75%救助，年度最高救助限额 5 万元。

特殊病种门诊救助和住院医疗救助累计年度最高救助限额 5 万元。

第十条 城乡低收入救助对象，在基本医疗保险定点医疗机构发生的特殊病种门诊医疗费用和住院医疗费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险、其他补充医疗保险和商业保险支付后，合规个人负担的费用超过 1 万元的部分给予医疗救助，1 万元至 5 万元（含 5 万元）范围的按 50%救助，5 万元以上的按 60%救助，年度最高救助限额 4 万元。

第十一条 因病致贫救助对象，在基本医疗保险定点医疗机构发生的特殊病种门诊医疗费用和住院医疗费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险、其他补充医疗保险和商业保险支付后，合规个人负担的费用超过 3 万元的部分给予医疗救助，在 3 万元至 5 万元（含 5 万元）范围的按 40%救助，5 万元以上的按 50%救助，年度最高救助限额 3 万元。

第十二条 本办法第八条、第九条、第十条和第十一条规定的 4 类救助对象中的 14 周岁以下（含）儿童，救助比例和年度最高限额按照对应类别标准增加 10%。

第十三条 医疗救助对象因未参加基本医疗保险或未按规定办理逐级转诊手续、基本医疗保险不予报销或降低报销比例的，个人自付合规费用，仅给予一年一次按以下对应类别救助标准救助，不超过年度最高限额。

1. 特困供养人员、孤儿，因未参加基本医疗保险或未按规定办理逐级转诊手续、基本医疗保险不予报销或降低报销比例的特殊病种门诊医疗费用和住院医疗费用，个人自付合规费用按 20%救助。年度救助最高限额 10 万元。

2. 城乡最低生活保障对象和农村建档立卡贫困人口，因未参加基本医疗保险或未按规定办理逐级转诊手续、基本医疗保险不予报销或降低报销比例的特殊病种门诊医疗费用，个人自付合规费用按 20%救助。年度最高救助限额 5000 元。

城乡最低生活保障对象和农村建档立卡贫困人口，因未参加基本医疗保险或未按规定办理逐级转诊手续、基本医疗保险不予报销或降低报销比例的住院医疗费用，个人自付合规费用在 1 万元（含 1 万元）以内的按 14%救助，1 万元以上的按 15%救助。年度最高救助限额 5 万元。

特殊病种门诊救助和住院医疗救助累计年度最高救助限额 5 万元。

3. 城乡低收入救助对象，因未参加基本医疗保险或未按规定办理逐级转诊手续、基本医疗保险不予报销或降低报销比例的特殊病种门诊医疗费用和住院医疗费用，个人自付合规费用超过 1 万元的部分给予医疗救助，在 1 万元（含 1 万元）至 5 万元（含 5 万元）的按 10%救助，5 万元以上的按 12%救助，年度最高救助限额 4 万元。

4. 因病致贫救助对象，因未参加基本医疗保险或未按规定办理逐级转诊手续、基本医疗保险不予报销或降低报销比例的特殊病种门诊医疗费用和住院医疗费用，个人自付合规费用超过1万元的部分给予医疗救助，在1万元（含1万元）至5万元（含5万元）的按8%救助，5万元以上的按10%救助，年度最高救助限额3万元。

第十四条 对救助金额已达到年度最高限额，但自负费用仍较大，致其基本生活难以保障的医疗救助对象，或者虽不符合救助对象认定条件但遭受了难以承受的医疗支出困境的家庭，经市政府同意，可在本办法规定的救助标准和年度最高限额外给予适当救助。全市年度救助预留资金不超过当年医疗救助筹集资金总额的3%。

第十五条 重点救助对象患重病经治疗，治愈无望、放弃治疗的，市民政部门可按有关规定定期予以临时救助。

第十六条 医疗费用结算程序

（一）定点医疗机构“一站式”结算服务平台。

1. 市民政局应积极与基本医疗保险定点医疗机构协商，实施“一站式”即时结算，签署医疗救助定点服务协议，明确“一站式”即时结算医疗救助定点医疗机构服务内容、方式和标准，资金支付方式、时限、数额等。“一站式”即时结算医疗救助定点医疗机构选取、变更必须及时向社会公布。

2. 特困供养人员、孤儿、城乡最低生活保障对象、农村建档立卡贫困人口持本人《身份证》、《儋州市特困人员供养证》、《儋州市最低生活保障证》、《扶贫手册》、居民健康卡等凭证到定点医疗机构就诊，定点医疗机构根据电脑信息平台 and 证件核实身份后，给予优惠服务。重点救助对象医疗救助补助金由定点医院垫付。重点救助对

象医疗费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险、其他补充医疗保险和商业保险支付，并减除目录外项目费用或其他不予救助费用后，定点医疗机构与患者签名（章），由市民政局与定点医疗机构结算。市民政局对一站式结算信息平台的重点救助对象名单进行动态管理。

3. 定点医疗机构整理并复印救助对象疾病证明书、票据、费用汇总以及有关证件等材料，于每月 15 日前将上月垫付城乡医疗救助资金的材料上报市民政局，市民政局审核后向市财政局提出支付申请，市财政局审核后将资金拨付至市民政局城乡医疗救助基金支出户，由市民政局支付到定点医疗机构。

（二）未能进行“一站式”结算的由个人提出医疗救助申请，按以下相对应救助对象类别进行办理。

1. 在非定点医疗机构发生医疗费用的特困供养人员、孤儿、城乡最低生活保障对象、农村建档立卡贫困人口凭相关证件及诊断病历、医疗费用单据和必要病史证明向户籍所在地镇政府申请，经镇政府审核后，不符合条件的，予以书面回复；符合条件的，由镇政府备案后上报市民政局复核，市民政局复核后，不符合条件的，由市民政局告知其户籍所在地镇政府予以书面回复；符合条件的，予以审批，并向市财政局提出支付申请，市财政局审核后将资金拨付至市民政局城乡医疗救助基金支出户，由市民政局拨付到患者或申请人银行账户。

2. 低收入救助对象凭相关证件及诊断病历、医疗费用单据和必要病史证明向户籍所在地镇政府提出书面申请，镇政府审核后，不符合条件的，予以书面回复；符合条件的，镇政府对救助申请提出审核意见，并张榜公示、备案后上报市民政局复核，不符合条件的，由市民政局告知其户籍所在地镇政府予以书面回复；符合条件的，市民政局予以审批，并在儋州政务网公示无异议后，向市财政局提出支付申请，

市财政局审核后将资金拨付至市民政局城乡医疗救助基金支出户，由市民政局拨付到患者或申请人银行账户。

3. 因病致贫救助对象向户籍所在地镇政府提出书面申请，并提供家庭基本情况、经济状况证明、社会救助家庭诚信承诺书和经济状况核对授权书、诊断病历、医疗费用单据和必要病史证明等材料。镇政府入户调查、审核。不符合条件的，予以书面回复；符合条件的，在其户籍所在地村（居）委会公示7天无异议后，镇政府提出审核意见，并张榜公示、备案后上报市民政局。市民政局负责对救助申请进行复核，不符合条件的，由市民政局告知其户籍所在地镇政府予以书面回复；符合条件的，予以审批，并在儋州政务网公示无异议后，向市财政局提出支付申请，市财政局审核后将资金拨付至市民政局城乡医疗救助基金支出户，由市民政局拨付到患者或申请人银行账户。

第十七条 救助对象门诊或住院治疗期间，退出重点救助对象、低收入救助对象身份的，当次门诊或住院按原救助对象身份办理。

第十八条 患者在门诊或住院治疗期间取得重点救助对象、低收入救助对象资格的，当次门诊或住院按新取得救助对象标准办理。

第十九条 特困供养人员、孤儿、城乡最低生活保障对象、农村建档立卡贫困人口中的精神病患者可直接向市民政局申请办理精神病患者住院救助。低收入救助对象、因病致贫救助对象中的精神病患者须向户籍所在地的村（居）委会提交书面申请和疾病证明书等证明材料，村（居）委会初审后，符合条件的上报镇政府。镇政府调查核实后，提出审核意见，并报市民政局。经市民政局入户调查核实后，符合条件的，方可办理住院救助。精神病患者由医疗机构诊断结论表明需要住院治疗的，每人每年仅安排一次免费住院治疗，每次治疗期为三个

月，每人每月治疗费用不得超过 1700 元，每人每月基本生活费用不得超过 300 元，由市民政局负责实施。

第二十条 资金筹集来源：

（一）中央、省级、市级财政预算补助资金；

（二）社会捐赠资金；

（三）医疗救助专户利息收入等其他收入。

第二十一条 市财政局每年根据本年度医疗救助资金支出需求和上级补助资金额度，合理安排下年度本级医疗救助资金，并纳入财政预算，以保障困难群众的基本医疗。实施过程中的缺口部分，由市级财政调配。设立城乡医疗救助资金专户，实行单独核算，专款专用，结余资金转入下年度使用，不得挤占、挪用或列支其他任何费用。

第二十二条 建立定期对账制度，市财政局、市民政局每季度对城乡医疗救助基金进行清理和对账工作。年度末，市民政局按规定向市财政局报送城乡医疗救助基金年度执行情况及相关说明。

第二十三条 医疗救助实行市人民政府负责制，市民政局为医疗救助工作主管部门，市财政局、市卫计委、市人力资源社会保障局、市扶贫办、城乡居民大病保险经办机构按职责分工做好相应配合协助工作。

（一）市民政局负责建立健全规章制度；审核、发放救助资金；开发建设信息系统，实行信息平台动态管理；完善医疗救助与基本医保、大病保险系统无缝衔接，实现一站式结算和数据共享；做好医疗救助档案建立及相关部门协调工作等。

（二）市财政局负责医疗救助资金的筹集；会同市民政局对医疗救助资金的管理使用开展监督检查。

（三）市卫计委负责做好农村困难群众参加新型农村合作医疗和新农合报销工作，加强新农合、城乡居民大病保险与医疗救助的政策衔接，加强对医疗机构的监管，规范医疗机构诊疗服务。

（四）市人力资源社会保障局负责配合市民政局做好救助对象参加城镇居民基本医疗保险和可疑医保报销凭证鉴定工作。加强居民医保、城乡居民大病保险与医疗救助的政策衔接。

（五）商业保险公司负责提供医疗救助对象参加商业保险的相关数据。

（六）市扶贫办负责及时将农村建档立卡贫困人口相关数据提供给市民政局。

（七）城乡居民大病保险经办机构负责根据市民政局的需求，及时提供医疗救助对象大病保险补偿的相关数据。

第二十四条 鼓励和支持红十字会等慈善机构及个人，以各种方式参与社会医疗救助工作。

第二十五条 定点医疗机构和工作人员，在工作中有违反相关规定，弄虚作假的，追究相关单位及经办人员的责任。涉嫌犯罪的，移送司法机关依法查处。对违反规定的定点医疗机构，经核实后，视情节予以取消医疗救助服务资格等处罚。

第二十六条 申请医疗救助的城乡居民，弄虚作假、虚报冒领、骗取医疗救助资金的，取消其救助资格，并追回救助资金。涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

第二十七条 市民政局负责将救助人员、费用支出等情况向社会公布，设立举报电话（0898-23633557），接受社会监督。医疗救助主管部门和工作人员，在工作中有违反相关规定，弄虚作假的，追究相关单位及经办人员的责任。涉嫌犯罪的，移送司法机关依法查处。

第二十八条 国家规定免费治疗疾病相关医疗费用，仍按原规定渠道解决，不适用本办法。

第二十九条 本实施办法由市民政局负责解释。

第三十条 本实施办法自 2017 年 4 月 1 日起施行。农村建档立卡贫困人口的救助标准施行至 2020 年 12 月 31 日止，其退出重点救助对象范畴的，列入救助对象分类分段按国家、省、市救助规定执行。自本办法实施之日起，原执行的《儋州市城乡居民医疗救助实施办法（修订）》（儋府办〔2013〕40 号）、《儋州市城乡居民医疗救助实施办法（修订）补充规定》（儋府办〔2015〕7 号）、《儋州市贫困家庭医疗补助实施方案（试行）》（儋府办〔2016〕153 号）和《儋州市贫困人口患慢性疾病补贴实施方案（试行）》（儋府办〔2016〕199 号）同时废止。

附件：25 种特殊门诊救助的病种目录

附件

25 种特殊门诊救助的病种目录

1. 各种恶性肿瘤（放疗、化疗）；
2. 慢性肾功能衰竭（血透、腹透治疗）；
3. 器官移植术后（抗排异治疗）；
4. 再生障碍性贫血；
5. 血友病；
6. 地中海贫血；
7. 脑中风（偏瘫）；
8. 帕金森氏重症；
9. 高血压（III期）；
10. 糖尿病（并发症）；
11. 精神病（精神分裂症）；
12. 重性精神病；
13. 结核病（活动期）；
14. 耐多药肺结核；
15. 老年性白内障（晶体植入治疗）；

16. 肝胆、泌尿系统结石（震波碎石治疗）；
17. 肝硬化（失代偿期）；
18. 小儿脑性瘫痪（门诊康复治疗）；
19. 心脏病并发心功能不全；
20. 冠心病（心肌梗塞）；
21. 慢性阻塞性肺气肿及肺心病；
22. 甲状腺功能亢进（减退）；
23. 风湿（类风湿）性关节炎；
24. 重症肌无力；
25. 系统性红斑狼疮。

备注：其中癌症化疗、放疗；慢性肾功能衰竭（血透、腹透治疗）；器官移植术后（抗排异治疗）；再生障碍性贫血；血友病；重症精神病；耐多药肺结核；地中海贫血等 8 种特殊门诊病种参照住院比例和最高限额给予救助。

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院，驻市各单位，各人民团体，各新闻单位。

儋州市人民政府办公室

2017年4月11日印发
