

临高县人民政府办公室

关于印发临高县医疗救助实施办法的通知

临府办〔2022〕140号

各镇人民政府，县政府直属各单位：

《临高县医疗救助实施办法》已经十六届县政府第9次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻实施。

临高县人民政府办公室

2022年7月12日

（此件主动公开）

临高县医疗救助实施办法

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实《海南省人民政府办公厅关于印发〈海南省医疗救助办法〉的通知》（琼府办〔2021〕58号）文件精神，进一步完善医疗救助制度，规范医疗救助管理工作，帮助困难群众获得基本医疗服务和享受医疗保障待遇，结合我县实际，制定本办法。

第二条 坚持托住底线，应助尽助，完善统一规范科学合理的医疗救助制度。坚持统筹协调，综合保障，促进医疗救助与基本医疗保险、各类补充医疗保险、商业保险、慈善捐助等各种医疗保障制度有效衔接。坚持公平公正，及时便捷，优化救助流程，使救助对象得到及时有效救助。坚持科学管理，提高效率，促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调。

第三条 县医疗保障行政部门牵头做好全县辖区内的医疗救助政策落实工作。县医疗保障经办机构负责医疗救助具体经办工作。镇政府负责医疗救助申请受理服务等工作。财政、民政、乡村振兴、残联、卫生健康、税务、住建等部门按照各自职责分工做好相应配合协助工作。

第二章 基金筹集与管理

第四条 医疗救助基金来源主要包括：

（一）各级财政医疗救助补助资金；

- (二) 社会捐赠资金；
- (三) 彩票公益金中用于医疗救助的部分；
- (四) 医疗救助基金利息收入；
- (五) 按规定可用于医疗救助的其他资金。

第五条 资金支出与结算

(一)县社保中心每季度第一个月 **10** 日前向县财政局、县医保局报告救助资金支出情况并提交下季度资金使用计划，县财政局每季度第一个月 **20** 日前向社保中心预拨下季度救助资金；

(二) 定点医疗机构按每月或每季度发生的医疗救助费用报县社保中心复核后，县社保中心直接将救助资金拨付给定点医疗机构。

第六条医疗救助基金纳入社会保障基金财政专户，实行分账核算，任何单位和个人不得挪用，救助对象实行实名制管理，做到收支两条线，专款专用，全过程接受监督，确保基金安全。医疗救助基金管理办法按省级医疗保障行政部门会同省级财政部门制定文件落实。

第三章 救助对象与范围

第七条 救助对象包括以下人员：

（一）重点救助对象：

一类人员：特困人员、孤儿。

二类人员：最低生活保障对象、农村返贫致贫人口。

（二）低收入救助对象：

低收入家庭成员、农村易返贫致贫人口。

（三）支出型贫困救助对象：

因病因灾因意外事故等刚性支出较大导致基本生活出现严重困难的大病患者。

同时符合以上多重救助身份的人员按就高不就低原则给予救助，不得重复享受医疗救助待遇。

第八条 救助对象认定：

（一）重点救助对象和低收入救助对象需经县民政、县乡村振兴等部门认定。

（二）支出型贫困救助对象认定应当同时符合以下条件：

1.具有本省户籍人员。

2.收入。申请之日前**12**个月家庭总收入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。

3.家庭财产。

（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**12**个月的生活费后，低于合规个人负担医疗费用；

（2）家庭人均住房建筑面积低于当地的上年度人均住房建筑面积；

（3）家庭成员名下均无商事登记信息（无雇员的夫妻小作坊、小卖部除外）。

第九条 医疗救助基金支付范围按照我省基本医疗保险的药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录和医用耗材目录等有关规定执行。

第十条 下列费用不纳入医疗救助基金支付范围：

（一）应当从工伤保险基金中支付的；

（二）应当由第三人负担的；

（三）应当由公共卫生负担的；

(四) 在境外就医的;

(五) 体育健身、养生保健消费、健康体检;

(六) 国家规定的医疗救助基金不予支付的其他费用。

未纳入本办法规定范围的专项救助,按本省相关规定执行,由其他经费渠道安排解决。遇到对经济社会发展有重大影响时,经法定程序,医疗救助基金支付范围可作临时调整。

第四章 救助方式与标准

第十一条 医疗救助采取资助参保、门诊救助、住院救助和其它救助等方式进行。救助标准由省级医疗保障行政部门会同省级财政部门根据经济社会发展、人民健康需求、基金支撑能力等情况,实行动态调整。

第十二条 资助参加城乡居民基本医疗保险。

(一) 重点救助对象中的一类人员参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分给予全额财政补助。重点救助对象中的二类人员,农村易返贫致贫人口,低收入家庭成员中的一、二级重度残疾人、未成年人(未满十八周岁)、老年人(年满六十周岁及以上)参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分给予 90% 财政补助。低收入家庭成员中三、四级非重度残疾人参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分给予 50% 财

政补助。具备多种身份的人员，按照可享受的最高资助标准给予补助，不得重复补助。

（二）对认定符合条件的新增资助参保对象应及时资助参保，其城乡居民基本医疗保险和救助待遇享受时间从认定之日（以县医疗保障局收到相关部门发布的通知日期为准）起计算。认定前个人当年已参保的，不再资助参保。对认定不再符合资助参保条件的，次年不再资助参保。

第十三条 普通门诊救助。重点救助对象在定点医药机构发生政策范围内的普通门诊治疗费用，经基本医疗保险报销后，一类人员和二类人员的合规个人负担费用分别给予100%、80%救助，年度最高救助限额2000元。

第十四条 门诊慢特病和住院医疗救助。

（一）门诊慢特病和住院医疗救助累计计算年度（指自然年度，下同）救助金额，合规个人负担费用在年度救助限额内按分段累进方式进行救助。

（二）重点救助对象中一类人员在定点医药机构发生的门诊慢特病和住院医疗费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险或城镇从业人员大额医疗费用补助等报销后，合规个人负担费用予以全额救助，年度救助无限额。

（三）重点救助对象中二类人员在定点医药机构发生的门诊慢特病和住院医疗费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险或城镇从业人员大额医疗费用补助等报销后，合规个人负担费用在 1 万元以内（含）的按 80%救助，超过 1 万元（不含）的按 85%救助，年度最高救助限额 8 万元。

（四）低收入救助对象在定点医药机构发生的门诊慢特病和住院医疗费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险或城镇从业人员大额医疗费用补助等报销后，合规个人负担费用超过本省上年度公布居民人均可支配收入 10%的部分按 60%救助，超过本省上年度公布居民人均可支配收入 20%的部分按 65%救助，年度最高救助限额 6 万元。

（五）支出型贫困救助对象在定点医药机构发生的门诊慢特病和住院医疗费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险或城镇从业人员大额医疗费用补助等报销后，合规个人负担费用超过本省上年度公布居民人均可支配收入 25%的部分按 50%救助，超过本省上年度公布居民人均可支配收入 35%的部分按 55%救助，年度最高救助限额 4 万元。

（六）经办机构根据《海南省医疗救助办法》核定低收入和支出型贫困救助对象医疗费用救助待遇时，若上一年度全省居民人均可支配收入尚未公布，按照已公布的最近年份

的数据核定和计发。相关数据公布前已核发的医疗救助待遇不再重算。

第十五条 除重点救助对象中一类人员外，其他救助对象中的 **14** 周岁以下（含）未成年人，救助比例和年度最高救助限额按照以上对应标准基础上增加 **10%**。

第十六条 对救助金额已达到年度最高限额，但个人负担费用仍较大，导致基本生活难以保障的救助对象，经县级及以上政府同意，其发生政策范围内的门诊慢特病和住院医疗费用可按不超过 **90%** 的比例救助。

第十七条 本办法中救助对象因未参加我省基本医疗保险或因个人原因未按规定办理逐级转诊手续的，政策范围内个人负担的门诊慢特病和住院医疗费用，可按照以上对应类别救助标准的 **50%** 给予一次性救助。

第十八条 鼓励社会参与医疗救助工作，吸收社会捐赠资金，探索开展重特大疾病和特殊疾病的专项医疗救助。

1.

救助程序

2.

第十九条重点救助对象和低收入救助对象在省内定点医药机构治疗后，实行医疗救助“一站式”直接结算。因各种原因不能通过医疗救助“一站式”结算的，结算时个人先垫付医疗费用后，再凭相关材料（如本人身份证、医疗费用发票、费用明细清单、出院小结、疾病证明书、社保卡等）到县医疗保障经办机构（县社保中心）报销。

第二十条 支出型贫困救助对象申办程序：

1.

书面申请。本人或家属向户口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、医疗救助家庭诚信承诺书、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。

2.

（二）镇政府初审。镇政府接到申请后派人（村居民委员会配合）入户调查，对救助对象的经济状况进行核实，10个工作日内完成初审。符合条件的，在其户籍所在地村（居）民委员会进行7天公示后，提出初审意见，上报县医疗保障局；不符合条件的，初审结束即予以书面回复。

（三）县医疗保障局复审。县医疗保障局收到呈报材料后，**15**个工作日内完成审核，符合条件的，予以确认，转县社保中心办理；，不符合条件的，予以书面回复。

（四）县社保中心核拨。县社保中心收到县医疗保障局认定的救助对象材料后，于**30**个工作日内完成救助金额的核准拨付及归档工作。

第二十一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。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。

第六章 服务管理

第二十二条救助对象应在定点医药机构就医，在非定点医药机构就医发生的费用不予救助。医疗保障经办机构要加强定点医药机构的协议管理，明确医疗救助“一站式”结算服务内容、服务质量、费用结算以及双方的责任义务等医疗救助相关款项。

第二十三条重点救助对象和低收入救助对象持本人身份证、社会保障卡或相关凭证办理就医登记，定点医疗机构应当免收住院押金，并及时给予救治。定点医疗机构要合理

控制重点救助对象和低收入救助对象政策范围外医疗费用，二级及以下定点医疗机构应控制在 5%以内、三级定点医疗机构应控制在 10%以内，超出部分由定点医疗机构承担。

第七章 监督与责任追究

第二十四条医疗保障行政部门要会同财政、民政、乡村振兴等相关部门和医疗保障经办机构开展事前、事中和事后监督检查，重点对救助对象经济状况等情况进行核查。医疗保障经办机构应定期将医疗救助实施情况向社会公布。医疗保障行政部门和医疗保障经办机构应公布举报电话，接受社会监督。

第二十五条医疗救助工作人员在开展医疗救助工作中，滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊、泄露救助对象依法应当公示范围以外的信息的，依法依规给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第二十六条 任何单位和个人采取虚报、隐瞒、伪造等手段，骗取医疗救助基金的，按照《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令 第 735 号）等有关规定予以查处；构成违反治安管理行为的，依法给予治安管理处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。申请认定医疗救助对象的行为依法纳入诚信管理。

第八章 附 则

第二十七条 本办法应用的具体问题由县医疗保障局负责解释。

第二十八条 本办法自 2022 年 8 月 1 日起实施,有效期 5 年。2017 年 3 月 1 日印发的《临高县人民政府办公室关于印发<临高县医疗救助实施办法>的通知》（临府办〔2017〕26 号）同时废止。本办法实施前制定的临高县医疗救助相关规范性文件与本办法不一致的，以本办法为准。

附件：医疗救助工作职责分工清单

附件

医疗救助工作职责分工清单

县医疗保障局负责统筹推进医疗救助改革与管理工作，做好与基本医疗保险、城乡居民大病保险或城镇从业人员大额医疗费用补助等有效衔接，统筹实施医疗救助“一站式”结算和数据共享，对医疗救助工作情况进行监督检查，做好相关部门协调工作。

县财政局负责做好医疗救助补助资金保障，年度医疗救助资金预算审核、资金拨付。配合医疗保障行政部门对医疗救助基金的管理使用开展监督检查。

县民政局负责特困人员、孤儿及最低生活保障对象和低收入家庭成员的身份认定，并将新增和减少人员名单及时提供给医疗保障行政部门。协助医疗保障行政部门核查支出型贫困救助对象的家庭财产等经济状况。提供当年城乡居民最低生活保障标准计算基数。

县乡村振兴局负责农村返贫致贫人口、农村易返贫致贫人口的身份认定，并将新增和减少名单及时提供给医疗保障行政部门。

县残联负责残疾人员的身份认定，并将新增和减少名单及时提供给医疗保障行政部门。

县卫生健康委负责加强对医疗机构的监管，规范医疗机构诊疗服务，督促落实医疗保障相关政策。

县税务局负责资助参保对象参加城乡居民基本医疗保险的征缴工作。

县住建局负责提供当地上年度居民家庭人均住房建筑面积计算基数。

县医疗保障经办机构负责经办医疗救助各项业务。制定医疗救助经办流程，拟订医疗救助基金年度预算和决算报告，负责医疗救助基金结算。建立医疗救助档案，做好统计等工作。及时在医疗保障信息平台中录入个人真实身份信息和标识各类救助对象身份信息，对重点救助对象和低收入救助对象实行动态调整并进行个人身份信息维护。配合医疗保障行政部门开展监督检查。

各镇政府负责救助对象的申请、初审和公示工作；应当设立医疗救助服务窗口，配备医疗救助工作人员，主动发现并及时核实所辖区域居民罹患重病等特殊情况，帮助有困难的家庭和个人提出救助申请。协助本辖区内重点救助对象和低收入救助对象在医疗保障信息平台进行信息维护，协助开展资助参保对象参加城乡居民基本医疗保险的征缴工作。