

临沂市医疗保障局
临沂市民政局
临沂市财政局文件
临沂市卫生健康委员会
临沂市扶贫开发领导小组办公室

临医保发〔2020〕35号

临沂市医疗保障局 临沂市民政局 临沂市财政局
临沂市卫生健康委员会 临沂市扶贫开发领导小组办公室
关于进一步增强医疗救助托底保障功能
决战决胜医保脱贫攻坚的通知

各县区医疗保障局、民政局、财政局、卫健局、扶贫办，市直各
定点医疗机构：

根据中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、国务院《社会救助暂行办法》（国务院令 第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《山东省社会救助办法》（山东省人民政府令 第279号），进一步增强医疗救助功能，决战决胜脱贫攻坚攻坚战，健全医保脱贫攻坚长效机制，现将有关事项通知如下：

一、医疗救助对象范围与救助方式

（一）医疗救助对象范围

1、重点救助对象：特困供养人员（指城市三无人员和农村五保供养对象，以下简称特困人员）、最低生活保障（以下简称低保）对象、脱贫享受政策人口和即时帮扶人口（以下简称贫困人口）；

2、低收入救助对象：家庭人均纯收入在低保标准 1.5 倍以内的低收入家庭中的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者；

3、因病致贫家庭重病患者：患重大疾病，可经个人授权、机构委托进行居民家庭经济状况核对，个人自负医疗费用超过家庭总收入，家庭基本生活困难的重病患者。

4、苯丙酮尿酸症患者：父母一方或双方具有临沂市户籍，在苯丙酮尿酸症定点救治医疗机构凭处方购买特殊治疗食品的患者。

5、县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员。

（二）医疗救助方式

1、资助参加居民基本医疗保险。由县区人民政府对低保对象、特困供养人员、贫困人口、持证残疾人参加居民基本医疗保险的个人缴费给予全额代缴。

2、门诊医疗救助标准。重点救助对象参加居民医保，患恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、血友病、重性精神病人药物维持治疗、耐多药肺结核、儿童脑瘫、智障、孤独症和听力、视力、肢体、言语障碍等门诊慢性病医疗费用，经基本医保、大病保险报销后，剩余政策范围内医疗费用给予门诊救助，特困人员救助比例为 100%、其他重点救助对象为 70%。门诊费用与住院医疗费用年度最高救助限额合并计算，最高限额为 1 万元。

3、住院医疗救助。重点救助对象住院治疗的，经基本医保、大病保险报销后，剩余政策范围内医疗费用给予医疗救助，特困人员在三级定点医疗机构救助比例为 70%，一级、二级定点医疗机构为 100%；低保对象、贫困人口为 70%。年度最高限额为 1 万元。

4、重特大疾病医疗救助。特困人员经基本医保、大病保险、医疗救助后，剩余政策范围内医疗费用给予全额重特大医疗救助；对低保对象、贫困人口剩余单次政策范围内医疗费用超过 5000 元以上的部分给予重特大疾病医疗救助，其中 1 万元（含）以下的部分按 20%的比例救助，1-3 万元（含）按 30%的比例救助，3-5 万元（含）按 40%的比例救助，5 万元以上的按 50%的比例救助。年度最高限额 3 万元。

5、重特大疾病再救助。重点救助对象住院治疗的，经基本医保、大病保险、医疗救助、医疗机构减免、医疗商业补充保险“五重保障”制度报销后，个人负担合规医疗费用超过 5000 元（含）以上的部分，按照 70% 的比例给予再救助，年度累计救助最高限额 2 万元。

6、苯丙酮尿酸症患者医疗救助。苯丙酮尿酸症患者在定点医疗救治医院（市内为市妇幼保健院）购买所需的特殊治疗食品费用纳入医疗救助，对 18 周岁及以下患者的医疗救助比例按不低于 75%、年度最高限额 1.5 万元；18 岁及以上患者的医疗救助比例按 70%、年度最高限额 1.2 万元。

7、低收入救助对象和因病致贫家庭重病患者的医疗救助和重特大疾病医疗救助。由县区根据当地救助对象需求和医疗救助资金筹集等情况研究确定救助标准，并报市级备案。

8、做好与基本医保、大病保险政策的衔接。根据基本医保单病种付费、定额报销等政策，对重点救助对象的医疗救助，按基本医保报销金额的 50% 且不超过政策范围内总金额的原则进行救助。

二、医疗救助程序

（一）“一站式”即时结算程序。重点救助对象在市内定点医疗机构发生的甲类慢性病门诊救助和住院救助、重特大医疗救助、再救助费用和苯丙酮尿酸症患者所需特殊治疗食品费用，实行医疗救助“一站式”即时结算。市外就医或非因个人原因未联网结算的重点救助对象，到户籍地医保经办机构办理手工报销。

(二)低收入救助对象和因病致贫家庭重病患者等申请医疗救助的手工报销程序。

(1)申请。由患者本人或其监护人通过户籍所在地村(居)民委员会向所在的乡镇(街道)政府(办事处)提出书面申请。

(2)审核。各乡镇(街道)应在接到申请材料的10个工作日内完成对申请人的入户核实,报当地民政部门对申请人家庭经济状况进行核对并出具核对报告。乡镇(街道)根据核对报告及具体核实情况提出审核意见。审核意见在申请人所在村、社区进行公示,公示时间为5天。公示期满无异议的,报当地医保部门;不符合救助条件的,向申请人说明理由。

(3)复核。医保部门要在接到申请材料的15个工作日内完成对有关材料的复查核实,必要时可以开展入户调查。符合救助条件的,在10个工作日内按规定给予救助。

(三)开辟绿色通道。对于急需救助的突发性疾病,实行“先救助、后认定”,特事特办、及时救助。在保证对象真实、材料准确的情况下,可以适当简化相关程序。

三、保障措施

(一)加强组织领导。医疗救助实行县区政府负责制,县级以上地方各级人民政府要切实加强组织领导,进一步明确责任分工,细化工作举措,加大资金投入,强化督促检查,抓好工作落实。要切实加强基层经办机构和能力建设,做到事有人管、责有人负,不断提高工作水平。村(居)民委员会受镇人民政府(街道办事处)委托,承担医疗救助相关服务工作。

（二）健全统筹协调机制。医疗救助由医保部门牵头负责实施，实行属地管理。各部门要加强协作配合，在参保缴费、资金划拨、财务管理、支付结算、费用审核、系统对接与信息交换等环节，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。医保部门承担医疗救助的综合管理职能，要主动加强与其他部门的协调配合，牵头制定医疗救助政策和方案，抓好组织实施；民政部门负责特困人员、低保对象的认定，依规对低收入救助对象和因病致贫家庭重病患者进行家庭经济状况核对，并提供核对结果；财政部门负责按时足额安排医疗救助专项资金，加强对资金管理和使用情况的监督检查；卫健部门负责加强对定点医疗机构的医疗服务行为的监督管理，控制医疗费用不合理支出；扶贫部门负责贫困人口的认定工作；定点医疗机构要开设医疗救助即时结算窗口，张贴就医指南和医疗救助政策，并定期公布医疗救助情况。

（三）健全救助服务监管机制。医保经办机构要与定点医疗机构签订服务协议，明确服务内容、服务质量、费用结算以及双方的责任义务，制定服务规范。医保部门要会同财政、卫健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，医疗救助资金不予结算；对违反协议、不按规定提供医疗救助服务、造成医疗救助资金流失或浪费的，要按照服务协议暂停或取消定点医疗机构资格，依法追究单位和个人责任，将有关信息记入征信系统，并在医疗救助资金中予以扣还。构成犯罪的，依法

追究刑事责任；对出具虚假证明材料的单位和个人，除按有关法律法规规定处理外，还应将有关信息记入征信系统。

（四）健全社会力量参与的衔接机制。各级要支持引导社会力量通过捐赠资金、物资积极参与医疗救助特别是重特大疾病医疗救助，形成对政府救助的有效补充。要充分利用民间资本，鼓励企业和个人组织农村群众、城市居民成立保险互助组织，激发内生动力，发挥自助作用。要推动医疗救助需求与慈善供给信息的对接和共享，对给予医疗救助后负担仍然过重且严重影响家庭基本生活的医疗救助对象，及时转入慈善救助渠道，实现政府救助与慈善救助的有效对接。



临沂市医疗保障局



临沂市民政局



临沂市财政局



临沂市卫生健康委员会

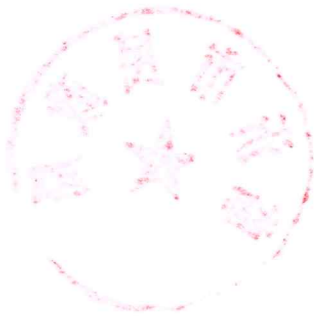


临沂市扶贫开发领导小组办公室

2020年4月26日

（此件主动公开）

（联系科室：市医疗保障局待遇保障科）



临沂市医疗保障局办公室

2020年4月26日印发

校核人：夏培喜
