

韶关市人民政府文件

韶府规〔2018〕8号

《韶关市困难群众二次医疗救助实施方案》（韶府规审〔2018〕8号）已经2018年7月4日韶关市人民政府第十四届44次常务会议通过，现予印发，自发布之日起施行，有效期二年。



韶关市困难群众二次医疗救助实施方案

为进一步完善我市城乡困难群众医疗救助制度，充分发挥医疗救助制度保障作用，切实有效防止因病致贫、因病返贫，根据《广东省困难群众医疗救助暂行办法》（粤民发〔2016〕184号）、《关于印发进一步加强医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接工作方案的通知》（粤民发〔2017〕194号）和《广东省民政厅关于加强医疗救助政策落实切实做好困难群众医疗救助工作的通知》（粤民函〔2018〕288号）等文件精神，结合我市实际，现制订以下二次医疗救助实施方案：

一、救助原则

（一）坚持分类分段梯度救助的原则：

1. 特困供养人员、孤儿比最低生活保障对象、建档立卡贫困人员救助比例高；
2. 最低生活保障对象、建档立卡贫困人员比其他救助对象救助比例高；
3. 同一类救助对象，个人自负费用数额越大，救助比例越高。

（二）坚持逐步调整、保障适度的原则。

（三）坚持公开、公平、公正和实事求是的原则。

(四) 坚持属地管理的原则。

二、救助对象

按照《韶关市困难群众医疗救助暂行办法》(韶府规〔2017〕7号)以及各县(市、区)医疗救助政策,实施门诊救助、住院救助后医疗费用负担仍较重的特殊困难对象。

三、救助标准

二次医疗救助以救助对象在申请救助当月过去一年内经基本医疗保险、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)作为救助基数,在年度累计最高救助限额内按照分类分段梯度救助模式,给予一定比例的救助。

1. 特困供养人员、孤儿经基本医疗保险、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),不设救助起付线,按照100%的比例进行二次医疗救助。

2. 最低生活保障对象、建档立卡贫困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)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），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. 因病致贫家庭重病患者和县（市、区）人民政府规定的其他特殊困难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），在 15000 元（含 15000 元）以上至 2 万元以下的，按 50%的比例给予二次医疗救助；在 2 万元（含 2 万元）以上至 3 万元以下的，按 55%的比例给予二次医疗救助；在 3 万元（含 3 万元）以上的，按 60%的比例给予二次医疗救助。

四、救助程序

1. 二次医疗救助由户籍所在地县（市、区）民政部门直接审核办理。申请人应当向户籍所在地县（市、区）民政部门提出

书面申请（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），并如实提供如下证明材料：

（1）申请人的身份证或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）；

（2）填写韶关市困难群众二次医疗救助申请审批表；

（3）银行账户有变更的提供银行账户资料。

县（市、区）民政部门收到申请后，对申请和相关材料在 10 个工作日内进行审核，对拟救助名单，在村（居）民委员会设置的村（居）务公开栏公示审核结果，公示期为 3 日。公示期满无异议的，县（市、区）民政局作出审批，核准其享受医疗救助的金额；不符合条件的，应将材料退回，书面告知申请人并说明理由。

2. 县（市、区）民政局可以委托乡镇人民政府（街道办事处）受理二次医疗救助申请，乡镇人民政府（街道办事处）应当自受理申请之日起 5 个工作日内，对申请人二次医疗救助申请提出审核意见，并将符合救助条件的申请相关材料上报县级民政部门审批；不符合条件的，乡镇人民政府（街道办事处）应当在 5 个工作日内将材料退回，书面告知申请人并说明理由。

3. 县（市、区）民政部门在批准申请后 10 个工作日内，应商同级财政部门将二次医疗救助金由社保资金专户通过社会化发放给救助对象。对获得医疗救助的对象名单，县（市、区）民

政部门应委托所属乡镇人民政府（街道办事处）、村（居）委会进行为期半年的公示。

各县（市、区）可以结合当地实际情况每年集中二次审核办理二次医疗救助申请。因患重特大疾病申请二次医疗救助后救助额将达到年度累计最高救助限额的，可以提前申请。

广东省救助申请家庭经济状况核对系统平台有关二次医疗救助功能完善后，应通过系统平台受理和审批二次医疗救助。

五、年度累计最高救助限额

救助对象在申请救助当月过去一年内住院救助、门诊救助、二次救助累计救助总额不得超过年度累计最高救助限额。因患重特大疾病需要突破年度累计最高救助限额的，县（市、区）困难群众基本生活保障协调机制通常每年召开二次会议专门研究，特殊情况由县级民政部门党组研究提出意见，经同级财政部门会签后报分管县领导根据当地财力和困难群众需求统筹批准。

1. 特困供养人员、孤儿，住院救助、门诊救助不设救助封顶线，但在申请二次救助当月过去一年内二次救助年度累计最高救助限额原则上不超过 2 万元。

2. 最低生活保障对象以及建档立卡贫困户在申请救助当月过去一年内住院救助、门诊救助、二次救助累计救助总额原则上不超过 10 万元。

3. 低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和县（市、区）

人民政府规定的其他特殊困难人员在申请救助当月过去一年内住院救助、门诊救助、二次救助累计救助总额原则上不超过 10 万元。

4. 根据经济社会发展和困难群众需求可以逐步提高年度累计最高救助限额。

六、控制医疗费用

落实《关于推进按病种收费工作的通知》(发改价格〔2017〕68 号)有关要求,实行分级诊疗和按病种付费;充分发挥基本医保、大病保险、医疗救助、健康扶贫商业保险等制度的衔接保障作用,困难群众在医疗保险定点医疗机构就医,政策外费用原则上应控制在其医疗总费用的 15%以内。

七、资金保障

二次医疗救助资金来源于各级财政城乡医疗救助基金。

八、附则

本方案自发布之日起施行,有效期两年。

分送: 省政府办公厅, 省政府法制办。市委常委, 市长、副市长, 市政府秘书长、副秘书长。

各县、市、区人民政府, 市政府各部门、各直属机构。市纪委, 市委办公室, 市人大办公室, 市政协办公室, 市法院, 市检察院。韶关军分区。中省驻韶各单位。

韶关市人民政府办公室

2018 年 7 月 23 日印发
