

|       |                                     |       |                  |
|-------|-------------------------------------|-------|------------------|
| 索引号:  | 11220000013544357T/2015-00639       | 分类:   | 民政、扶贫、救灾、优抚安置;通知 |
| 发文机关: | 吉林省人民政府办公厅                          | 成文日期: | 2015 年 08 月 11 日 |
| 标题:   | 吉林省人民政府办公厅关于转发省民政厅等部门吉林省医疗救助实施意见的通知 |       |                  |
| 发文字号: | 吉政办发〔2015〕41 号                      | 发布日期: | 2015 年 08 月 19 日 |

## 吉林省人民政府办公厅关于转发 省民政厅等部门吉林省医疗救助实施意见的通知

吉政办发〔2015〕41 号

各市（州）人民政府，长白山管委会，各县（市）人民政府，省政府各厅委办、各直属机构：

省民政厅、省财政厅、省人力资源社会保障厅、省卫生计生委、吉林保监局《吉林省医疗救助实施意见》已经省政府同意，现转发给你们，请认真贯彻执行。

吉林省人民政府办公厅

2015 年 8 月 11 日

### 吉林省医疗救助实施意见

省民政厅 省财政厅 省人力资源社会保障厅

省卫生计生委 吉林保监局

为进一步完善医疗救助制度，切实保障困难群众的基本医疗权益，根据《社会救助暂行办法》（国务院令第 649 号）和《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）要求，结合实际，就我省医疗救助工作提出以下实施意见：

#### 一、总体要求

以保障困难群众获得必需的基本医疗卫生服务为目标，坚持尽力而为、应救尽救，确保所有符合条件的困难群众遭遇医疗困难时都能得到医疗救助；坚持量力而行、突出重点，救助水平与经济社会发展相适应，突出特殊困难群众，突出重特大疾病医疗救助；坚持城乡统筹、制度衔接，与其他医疗保障制度和社会慈善事业有效衔接；坚持便民利民、高效便捷，优化救助流程，简化救助程序，加快信息化建设，提高救助效能；坚持规范管理、公平公正，强化医疗救助公开工作，提高管理服务水平，确保医疗救助工作健康可持续发展。

## 二、救助范围

（一）救助对象范围。医疗救助对象为具有吉林省户籍（居住证）的下列城乡居民，分为重点救助对象和一般救助对象。

### 1. 重点救助对象：

（1）第一类救助对象。特困供养人员，即农村五保对象、城乡孤儿和县级民政部门认定的城镇三无人员。

（2）第二类救助对象。城乡最低生活保障家庭成员。

### 2. 一般救助对象：

（1）第三类救助对象。低收入家庭中的重度残疾人、未成年人、老年人及重病患者。

（2）第四类救助对象。因病致贫家庭重病患者。因病致贫家庭，是指家庭年收入扣除当年度政策范围内自付医疗费用后，人均额度不高于当地低保标准（城市低保标准折合成年度计算），且财产情况符合当地城乡居民申请最低生活保障家庭经济状况认定条件的家庭。

## （二）纳入医疗救助费用范围。

1. 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。

2. 住院（大病门诊）政策范围内自付医疗费用。指救助对象发生的基本医疗保险（含城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城镇职工基本医疗保险，下同）、大病保险支付范围内医疗费用，扣减基本医疗保险和大病保险报销额后剩余部分。

3.符合当地政策规定的基本医疗门诊费用。

4.为避免发生冲击社会道德和心理底线事件，县级民政部门认定的个人及其家庭（供养机构）或责任方切实无力支付的自付医疗费用。

### 三、救助方式

（一）资助参保参合。重点救助对象参加基本医疗保险，个人缴费部分给予补贴。第一类救助对象，给予全额资助；第二类救助对象，给予定额资助，具体标准由省民政厅会同省级相关部门确定。

（二）直接医疗救助。分基本医疗救助和重特大疾病医疗救助。

1.基本医疗救助。分基本医疗住院救助和基本医疗门诊救助。

（1）基本医疗住院救助。重点救助对象住院发生的政策范围内自付医疗费用年度累计不超过大病保险起付线（按城镇居民医疗保险或新型农村合作医疗大病保险起付线的低者确定，下同）的，给予基本医疗住院费用补助。

①第一类救助对象：封顶线内全额补助。

②第二类救助对象：年度累计政策范围内自付医疗费用分段按比例补助。费用段分别按大病保险起付线的15%（含）以下、15%—40%（含）、40%—大病保险起付线（含）划分，补助比例由低段到高段逐段递增。具体比例由县级以上政府确定。

（2）基本医疗门诊救助。重点救助对象日常普通门诊（含购药）负担较重者，实行半年定额补助。具体补助条件及标准由县级以上政府确定。

逐步取消定点药店购药，实行社会化发放补助金。本意见下发后，不再新增和续签定点药店，定点药店要在2016年7月1日前全部取消。

2.重特大疾病医疗救助。分重特大疾病住院救助、特殊疾病救助和大病门诊救助。

（1）重特大疾病住院救助。救助对象住院发生的政策范围内自付医疗费用年度累计超过大病保险起付线的，给予重特大疾病住院费用补助。

重特大疾病住院补助标准：

①大病保险起付线以内部分，重点救助对象按基本医疗住院救助补助标准执行；一般救助对象不予补助。

②大病保险起付线以上部分，第一类救助对象封顶线内全额补助；第二类救助对象补助比例不低于70%；第三类救助对象补助比例不低于30%；第四类救助对象在大病保险起付线基础上设起助线，起助线及补助办法、标准由县级以上政府确定。

③救助对象中的14周岁以下（含）儿童，救助比例上浮10%。

（2）特殊疾病救助。救助对象患特殊疾病发生的政策范围内自付医疗费用，给予特殊疾病费用补助。

特殊疾病是指危害社会公共安全或危及生命，但治疗方法成熟、费用可控的疾病。特殊疾病限指定病种，具体由县级以上政府确定并发布，省级发布基本病种。现确定为肇事肇祸重性精神病、尿毒症、肺结核、慢粒细胞白血病和不能切除或发生转移的胃肠道恶性间质瘤5种疾病。

特殊疾病补助标准：重点救助对象政策范围内自付医疗费用封顶线内全额补助，一般救助对象参照重特大疾病住院救助补助标准执行。

（3）大病门诊救助。大病门诊指单次政策范围内自付医疗费用超过400元的门诊。大病门诊单次政策范围内自付医疗费用400元以上部分，重点救助对象给予不低于30%的补助；一般救助对象，按重特大疾病住院年度政策范围内自付医疗费用累计，执行重特大疾病住院救助标准。

3. 直接医疗救助设年救助封顶线。救助对象直接医疗救助年度累计额度不得超过封顶线。封顶线按救助对象类别设定：重点救助对象不低于2万元；一般救助对象不低于1万元。具体标准由县级以上政府确定。

（三）社会慈善救助。加强医疗救助与慈善帮扶的衔接，对经医疗救助后，仍有较大困难的救助对象，积极协助其获得慈善机构的帮助。加强医疗救助与社会力量参与的衔接，鼓励和引导社会力量通过捐赠资金、物资以及提供心理疏导、亲情陪护等专业服务方式参与医

疗救助，形成对政府救助的有效补充。搭建医疗救助信息共享平台，使救助需求和社会参与更好对接、规范运行。

#### 四、救助办理

（一）参保（参合）补贴办理。具体办法由各地根据当地实际情况确定。使用医疗救助资金资助重点救助对象参保（参合），财政部门向基本医疗保险经办机构拨付参保（参合）补贴资金前，须经过民政部门审核。

（二）“一站式”即时结算办理。重点救助对象在医疗救助定点医院门诊或住院，实行医疗救助“一站式”即时结算办理。重点救助对象持本人身份证、基本医疗保险证及重点救助对象凭证（指低保证、五保证、孤儿证和县级民政部门出具的三无人员证明材料，下同），在医疗救助指定窗口办理就诊登记；治疗结束后，直接在定点医院办理医疗救助。救助对象医疗救助补助金由定点医院垫付，定点医院与救助对象所在地民政部门定期按规定结算。

探索医疗救助系统与基本医疗保险及大病保险系统整合对接，逐步实现医疗救助与基本医疗保险及大病保险同时、同点结算。

（三）医后救助办理。救助对象未在医疗救助定点医院即时办理医疗救助结算的，实行医后办理。医后救助必须通过系统审批，严禁系统外手工审批。

1. 重点救助对象。应自基本医疗保险（大病保险）报销之日（未参加基本医疗保险的按治疗结束出院之日）起90日内，持本人身份证、重点救助对象凭证和基本医疗保险（大病保险）报销凭证（未参加基本医疗保险的持诊治发票），向县级民政部门提出申请，县级民政部门应在有效申请提出之日起20个工作日内完成审批。

2. 一般救助对象。应自基本医疗保险（大病保险）报销之日（未参加基本医疗保险的按治疗结束出院之日）起90日内，持本人身份证、基本医疗保险（大病保险）报销凭证（未参加基本医疗保险的持诊治发票），向户籍（居住证）所在地乡镇政府、街道办事处提出申请；乡镇政府、街道办事处（撤销街道办事处的，由承接其管理职能的部门或机构办理）初审、公示后，将相关材料上报县级民政部门；县级民政部门审批。乡、县两级应在有效申请提出之日起60个工作日内审批完毕。

（四）基本医疗门诊救助办理。由县级民政部门每年分两次集中办理，上半年在3月底前完成，下半年在9月底前完成。定额补助金实行社会化发放。具体办法由县级以上政府规定。

基本医疗门诊救助，以自然年度半年为周期实行动态管理。

（五）特殊情形办理。

1. 重点救助对象住院治疗期间，其救助身份因申请时弄虚作假而被取消的，相应的医疗救助资格随之取消。

2. 救助对象住院治疗期间，因家庭经济状况发生变化不符合低保条件而被取消低保待遇的，当次住院按低保对象身份办理。

3. 患者在住院治疗期间取得救助对象资格的，当次住院按新取得救助对象类别标准（含封顶线）办理。

4. 救助对象住院期间死亡的，按死亡前身份办理。

5. 上年度发生的医疗费用下年度提出救助申请的，按上年度救助办理。

6. 基本医疗保险降低报销比例的，实行单次办理，救助比例按正常救助比例50%执行，救助额列入本人当年度累计。

7. 未参加基本医疗保险的，政策范围内自付医疗费用按其总医疗费用的50%计算。

8. 基本医疗保险实行单病种定额付费或按床日付费无法区分政策范围内医疗费用的，政策范围内自付医疗费用按基本医疗保险（大病保险）报销后剩余的医疗费用确定。

9. 大病保险报销票据无法区分门诊和住院医疗费用的，按住院处理。

10. 属于本意见“纳入医疗救助费用范围”第4项规定情形的，个人直接医疗救助当年度累计额度可适度突破封顶线。相关事宜由县级民政部门领导班子集体研究决定。

## 五、救助管理

医疗救助由县级民政部门负责组织实施，省、市级民政部门给予业务指导。乡镇政府、街道办事处负责职责范围内的申请受理、初审、公示等工作。

（一）就医用药管理。救助对象应按基本医疗保险的就医诊疗规定就医用药，对确需到上级医疗机构或跨县域异地医院就诊的，应按规定履行转诊或备案手续；治疗过程中，应使用基本医疗保险（大病保险）支付范围内药品和诊疗项目。未按基本医疗保险转诊规定转诊，基本医疗保险不予受理的，医疗救助亦不受理；基本医疗保险（大病保险）未纳入支付范围的医疗费用，医疗救助不予补助。

（二）定点医院管理。医疗救助定点医院，应在基本医疗保险定点医院中选择。按照服务范围，县级及以下医疗救助定点医院由县级民政部门确定；市级医疗救助定点医院由市级民政部门确定；省级医疗救助定点医院由省民政厅确定。确定医疗救助定点医院，应签署定点医院协议，明确双方责任、义务及违约处理办法。定点医院应合理诊疗并严格遵守协议规定，有弄虚作假套取医疗救助资金、过度医疗或协助非救助对象冒用救助对象身份办理医疗救助的，发生的医疗救助金民政部门不予结算，相关民政部门应终止与其签订的定点医院协议。

（三）医疗救助数据统计。县级民政部门应在每月10日前完成本区域截止到上月底当年累计资助参保参合人数、资助额及其他救助方式的救助人次、总医疗费用、目录外费用、基本医疗保险报销额、大病保险报销额、医疗救助额等数据统计，并上报省民政厅。

（四）医疗救助档案管理。医疗救助审批形成的材料应建立救助档案，档案保存期限25年。

## 六、救助资金

（一）资金保障。各级财政部门每年要根据辖区医疗救助资金支出需求和上级补助资金额度，合理安排本级医疗救助资金和彩票公益金，并纳入财政预算，保障医疗救助政策落实。

（二）资金管理。县级财政部门要设立医疗救助基金专账，及时将上级医疗救助补助资金及本级医疗救助预算资金拨入专账，不得挤占挪用。

县级民政部门要设立医疗救助基金支出专户，同级财政部门要提前向支出专户预拨一定额度的医疗救助资金，保证医疗救助金及时支付。

对省下拨至各设区市（延边州）的医疗救助补助资金，各设区市（延边州）财政部门应会同同级民政部门，在30个工作日内全部下拨至财政管理体制所辖的区（县、市）。

（三）资金使用。医疗救助资金重点用于参保参合补贴和重点救助对象的重特大疾病医疗救助支出。要控制基本医疗门诊救助支出和一般救助对象救助支出，基本医疗门诊救助支出原则上不得超过上年度医疗救助支出总额的10%（在保证重点救助对象参保参合补贴、住院补助工作正常开展的基础上，资金充裕，可适度突破）。

（四）结余资金管理。结余资金应及时结转下年使用，不得挪作他用。各地年末累计结余资金不得超过当年筹集资金总额的15%。超过15%的，要在下年度1月末前，使用超出部分对医疗负担较重的重点救助对象，根据其自付医疗费用额度，按比例给予二次救助。

## 七、保障措施

（一）加强组织领导。各级政府要高度重视医疗救助工作，列入重要议事日程，纳入本地区经济社会发展规划，及时制定出台配套措施和具体实施办法，加大资金投入力度，加强社会救助经办服务能力建设，提高医疗救助工作水平。要充分发挥政府领导、民政部门牵头、有关部门配合、社会力量参与的工作协调机制作用，统筹救助资源，增强制度合力，妥善解决医疗“急难”问题，防止发生冲击社会道德和心理底线事件。

（二）落实部门责任。各有关部门要明确职责、落实责任。民政部门要发挥牵头作用，主动协调有关部门，做好政策制定、救助办理（县级民政部门）、资金需求测算及数据统计分析等工作。财政部门要优化和调整支出结构，保障医疗救助资金需求；要按照上年度直接救助人次安排工作经费并纳入财政预算，稳定保障渠道；要加强资金监管，确保专款专用、及时拨付、规范使用。人力资源社会保障部门要配合民政部门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。卫生计生部门要加强对医疗机构的监管，规范医疗机构诊疗服务，配合民政部门做好救助对象参合和可疑农合补偿凭证鉴定工作。大病保险经办机构要根据民政部门的需求，及时提供医疗救助对象大病保险报销的相关数据。

（三）加强监督管理。要加大宣传力度，通过报刊、广播、电视、互联网等媒体，利用便民服务窗口、村（社区）政务公开栏，及时做好政策宣传工作。要落实公开公示制度，建立健全投诉举报核查制度和监督检查长效机制，对经办人员、定点医院工作人员滥用职权、徇私舞弊、失职渎职和救助对象弄虚作假、骗取医疗救助资金的，依法依规追究责任。

本意见自2015年9月10日起施行。《吉林省人民政府办公厅关于转发省民政厅等部门制定的吉林省城乡医疗救助指导意见（试行）的通知》（吉政办发〔2008〕22号）及省民政厅、省财政厅、省卫生厅、省人力资源社会保障厅《关于加强和规范城乡医疗救助工作的通知》（吉民发〔2010〕74号）、《吉林省困难群体重特大疾病医疗救助方案》（吉民发〔2012〕80号）同时废止。