

汕尾市医疗保障局文件

汕医保〔2020〕16号

汕尾市医疗保障局关于进一步加强 医疗救助工作的通知

各县(市、区)医保局，华侨管理区组织人社局：

2019年以来，我市医保部门加强部门协调联动，不断完善医疗救助制度、提高医疗救助水平、简化医疗救助程序，实现了医疗救助同基本医疗保险、大病保险“一站式”结算，取得较好工作成效。为进一步贯彻落实中央、省决战决胜脱贫攻坚的部署要求，推进解决困难群众看病难、看病贵问题，切实减轻医疗费用负担，发挥医疗救助制度效能和托底保障功能，助力高质量打赢脱贫攻坚战，现将有关事项通知如下：

一、完善医疗救助制度，落实医疗救助政策

为全面落实决战脱贫攻坚的工作部署，各级医保部门要加强统筹协调，精准施策，采取保基本、多层次、全方位的保障

措施，落实基本医疗保险、大病保险和医疗救助“三重保障”制度，实施综合保障，确保医保政策落地生效，真正惠及困难群众，发挥医疗救助基金使用效益。

（一）强化“保基本”，保障困难群众人人享有基本医疗保险。根据《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）要求，各级医保部门要主动牵头，加强部门协调，做好数据对接及政策衔接，全面落实资助困难群众参保政策，对城乡低保对象、特困供养人员、孤儿、建档立卡贫困人员、低收入家庭的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者以及经县（市、区）人民政府认定并在民政、残联、扶贫部门备案的困难群众，由政府全额资助参保；要开通重点救助对象参保“绿色通道”，允许中途参保，从完成参保登记并到账确认、做好身份标识之日起即可享受医保待遇。对新增的救助对象，从批准享受个人缴费资助之日起，做好政策衔接，城乡居民医保不再收取个人保费，确保重点医疗救助对象获得基本医疗保险，实时享受普通门诊、特殊门诊和住院报销等基本医疗保险待遇。

（二）着重“保大病”，实行大病保险向困难群众倾斜政策。要瞄准因病致贫、因病返贫难题，建立重特大疾病保障制度，对困难群众发生的高额医疗费用，经基本医疗保险报销后，个人负担的合规医疗费用由大病保险给予保障，切实减轻重特大疾病患者医疗费用负担。落实大病保险对困难群众实行降低

起付线、提高报销比例、不设封顶线的倾斜政策，并按照医疗费用高低分段制定支付比例，其中：特困供养人员、孤儿起付线下降为 0.2 万元，0.2 万元（不含）至 30 万元报销 80%；30 万（不含）以上报销 85%；建档立卡贫困人员、城乡低保对象起付线下降为 0.3 万元，0.3 万元（不含）至 30 万元报销 70%；30 万（不含）以上报销 85%。

（三）综合“保托底”，增强困难群众医疗救助托底保障能力。要着眼于困难群众实际需求，将贫困人口全部纳入重特大疾病医疗救助范围，增强医疗救助托底保障能力，最大限度减轻困难群众医疗费用负担，扎牢织密医疗“保障网”。医疗救助(包括特殊门诊、住院)不设起付线，医疗救助对象经基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后，门诊和住院合规医疗费用的自负部分，按一定的比例给予救助，其中：特困供养人员、孤儿救助比例为 100%，不设年度最高救助限额；城乡低保对象、建档立卡的贫困人员、低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员救助比例为 80%，年度最高救助限额 5 万元。

二、明确救助工作程序，落实救助主体责任

各级医保部门要按照国家、省有关规定，落实部门主体责任，完善医疗救助工作地方分级管理、部门分工落实的管理体制。

（一）经民政部门认定的城乡低保对象、特困供养人员和

孤儿；残联部门认定的重度残疾人；扶贫部门认定的建档立卡贫困人员等在册在保的重点救助对象，无需个人提出申请，直接享受“一站式”医疗救助服务。

（二）低收入救助对象（收入型）、病致贫家庭重病患者（支出型）和地方人民政府规定的其他特殊困难人员，需由个人提出申请，经镇人民政府（街道办事处）审核，县级医保部门审批，通过“零星报销”方式给予医疗救助。

1.低收入救助对象(包括低收入家庭中的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者)认定，由民政部门负责确认低收入家庭中的老年人、未成年人信息，残联部门负责提供重度残疾人信息，并通过省政务信息共享平台提供给医保部门；医保部门根据民政部门提供的低收家庭信息，参考患者年度医疗费用支出情况，参照衔接我市大病保险起付标准确定重病患者。

2.病致贫家庭重病患者和地方人民政府规定的其他特殊困难人员，申请医疗救助需进行家庭经济状况认定，具体职责分工：

（1）镇人民政府（街道办事处）：负责受理本辖区医疗救助申请，根据医疗救助申请家庭的授权，通过省救助申请家庭经济状况核对系统查询其家庭财产状况并出具核对报告，符合条件的，按规定组织开展入户调查、公示，将核查结果报送县级医保部门（医保经办机构）；不符合条件的，不再进行入户调查并书面告知申请人。

(2) 县级医保部门(医保经办机构):根据镇人民政府(街道办事处)核查结果,负责审批医疗救助申请,符合条件的,按规定给予救助;不符合条件的,通过镇人民政府(街道办事处)书面告知申请人并说明理由。

目前,鉴于市、县、镇(街道)医保经办机构管理体制还没有理顺的实际情况,市医保局已协调民政、财政、人社等部门,重新梳理规范救助流程,进一步明确部门责任。按照《社会救助暂行办法》规定,镇人民政府(街道办事处)承担医疗救助受理、审核职责,各镇(街道)医保经办机构不得以任何理由搪塞、推诿、拖延困难群众医疗救助申请,对不履行职责、救助不及时造成不良社会影响的,将按规定追究相关人员责任,确保医疗救助申请渠道畅通。

三、严格把握政策标准,精准认定救助对象

各级医保部门要严格执行《广东省困难群众医疗救助暂行办法》、《汕尾市困难群众医疗救助实施细则》,系统把握政策规定,制定出台相应配套制度,不得擅自提高医疗救助政策门槛和减低救助标准,在政策实施中要坚持以最新政策、上位政策为准,做到政策不缺位、救助不缺项。

(一)健全低收入家庭认定机制。在受理医疗救助申请时,各级医保部门要加强与民政、残联部门协调,根据民政部门提供的低收入家庭中老年人、未成年人信息,残联部门提供的重度残疾人信息,以及医保部门大病保险信息等进行审核认定。

各镇人民政府（街道办事处）要成立医疗救助审核小组，指定专人负责组织镇（街道）、村（社区）及驻村干部开展入户核查，建立低收入救助对象认定评估机制，逐步完善医疗救助申请审核制度。

（二）合理核定申请救助家庭财产。在医疗救助业务办理中，除了民政、残联、扶贫部门已认定备案的重点救助对象外，其他困难群众申请医疗救助，需进行家庭经济状况认定。家庭财产认定范围和标准参照《广东省民政厅关于印发〈广东省最低生活保障家庭经济状况核对和生活状况评估认定办法〉的通知》（粤民规字〔2019〕9号）有关规定执行，对家庭成员金融资产、居住用途不动产、机动车辆和商事登记等，经信息化核对后，申请人有异议的，可要求申请人提供有关资料或佐证材料，组织入户核查、实地查看，并做好记录，双方签名确认，确保入户核查情况真实可靠。

（三）合理把握因病致贫认定条件。在核对因病致贫救助对象家庭收入时，鉴于重特大疾病患者家庭，医疗费用支出负担重，同时还要负担政策外费用、康复治疗费用、生活费用等，考虑政策可操作性和救助时效性，可不计算义务人收入和义务标准，按照“个人负担的合规医疗费用达到或超过其家庭年可支配总收入的60%，且家庭资产总值低于户口所在地规定上限的”规定执行，由镇（街道）对其家庭财产发起信息化核对，

对认定财产符合条件后，要认真做好入户调查，严格执行公示制度，必要时组织开展民主评议，确保医疗救助对象认定精准。

四、加强医疗救助宣传，全面覆盖困难群众

各县（市、区）医保局要完善医疗救助主动发现机制，落实驻村和村（社区）干部责任，确保“不漏一人、不落一户”；要加大医疗救助宣传，充分利用新闻媒体、网络等宣传媒介，开展形式多样的宣传活动，真正做到医疗救助政策家喻户晓；要组织开展医疗救助专题培训，定期组织基层经办人员学习讨论政策执行情况，深化对政策的理解，及时发现和纠正政策落实中存有的问题，提高各级领导和经办人员的政策水平和业务能力；要加强部门沟通协调，提高医疗救助服务质量，规范医疗救助“一站式”结算服务，要在定点医疗机构和“一站式”结算服务窗口显眼处张贴宣传海报，公开医疗救助经办流程，向困难群众发放服务指南，提高困难群众对医疗救助政策知晓率。

五、完善内控监督管理，确保救助阳光运行

各级医保部门要密切关注困难群众医保服务需求和，从抓好医保领域行风建设入手，坚持加强内控管理和强化外部监管相结合，确保医疗救助资金用在“刀刃上”，充分发挥医疗救助资金社会效益；要结合开展“百项疏堵行动”，加强基层经办业务指导，推进医保经办窗口前移，推动服务业务下沉，进一步拓宽服务渠道，优化服务流程，压缩办理时限等，督促

镇（街道）整合公共服务职能，为群众提供快捷、高效、优质服务，树立医保部门良好形象；要完善内控监督管理制度，加强党风廉政建设和廉洁自律校验，加大自查自纠力度，重点治理个别救助窗口搪塞、推诿、拖延困难群众医疗救助申请，个别经办人员“不给好处不办事、给了好处乱办事”，以及弄虚作假、收取回扣、内外勾结、监守自盗等不良风气和行为，要依法依规追究当事人责任，确保医疗救助资金安全。



公开方式：主动公开

抄送：省医保局，市政府办、市财政局、市人社局、市民政局、市扶贫办、市残联，各县（市、区）人民政府、红海湾经济开发区、华侨管理区管委会。

汕尾市医疗保障局办公室

2020年4月7日印发
