南昌市人民政府办公厅文件

洪府厅发〔2016〕85 号

南昌市人民政府办公厅印发关于进一步加强和完善医疗救助制度的实施意见的通知

各县（区）人民政府，各开发区（新区）管委会，市政府各部门：

《关于进一步加强和完善医疗救助制度的实施意见》已经市政府 2016 年第 11 次常务会议审议通过，现将印发给你们，请认真遵照执行。

2016 年 8 月 26 日

关于进一步加强和完善医疗救助制度的实施意见

为更好地保障城乡困难群众充分享受基本医疗卫生服务，编密织牢基本民生安全网，根据《省政府办公厅转发省民政厅等部门关于进一步加强和完善医疗救助制度实施意见的通知》（赣府厅发〔2015〕62 号）精神，结合我市实际，现就进一步加强和完善我市医疗救助制度提出如下实施意见：

一、明确医疗救助对象

医疗救助以县（区）为单位组织实施，实行属地管理。以下人员列为我市医疗救助对象。

（一）特困供养人员；

（二）最低生活保障对象；

（三）残疾军人、“三属”人员、“两红”人员、在乡老复员军人、带病回乡退伍军人、农村和城镇无工作单位且生活困难的参战参试退役人员（简称“六类对象”）；

（四）尚未纳入城镇职工基本医疗保险的企业在岗和退休军转干部及 1953 年底前参军后在企业退休的军队退役士兵（简称“两类人员”）；

（五）支出型贫困低收入家庭大病患者。主要指：家庭成员因患重大疾病，在扣除基本医疗保险及居民大病保险、各类补充医疗保险、商业保险报销、临时救助和其他社会帮扶资金后，个人负担医疗费用达 10 万元以上且在向当地民政部门提出申请之

前 12 个月的家庭人均可支配收入，低于当地上年度城镇居民可支配收入或农村居民人均可支配收入的 50%，家庭财产（货币财产和除基本住房、基本生活必需品之外的实物财产）不足以支付自付刚性支出的困难家庭大病患者。

二、明确可纳入医疗救助范围的几种情况

（一）脑瘫患者和脑中风患者后期康复治疗费用。

（二）急诊费用：因突发疾病就近在非定点医疗机构挂急诊的医疗费用。

（三）异地就医费用：获得基本医疗保险经办机构批准并办理了异地转诊手续的医疗费用。

（四）特殊重大（慢性）病种定点零售药店购药患者：因患上述疾病确需购药维持日常治疗，必须经县级或县级以上基本医疗保险经办机构和民政部门确认，到定点零售药店按既定用量购买规定药品。

（五）困难家庭儿童大病患者：患有恶性肿瘤（含白血病）、血友病、尿毒症（肾衰竭）、脑瘫等重大疾病的城乡困难家庭中 14 周岁以下（含 14 周岁）的儿童。

三、规范医疗救助内容

医疗救助对象根据对象类别不同分别享受资助参加居民基本医疗保险（以下简称“参保”）、门诊医疗救助、住院医疗救助、大病医疗救助等救助内容。

（一）资助参保

最低生活保障对象、特困供养人员、城镇重度残疾学生和儿

童、城镇丧失劳动能力的重度残疾成年人、城镇低收入家庭的未成年人和60周岁以上的老年人、已失业又未纳入 城镇职工基本医疗保险的14类退役士兵参加基本医疗保险，个人缴费部分财政给予资助。

上述对象参加基本医疗保险的人个筹资费用，由财政全额负担。参保对象的个人缴费部分，2010 年补助标准 100 元由省、市、县财政按7:1:2（省直管县按8:0:2）比例安排，2010年以后新增部分按省、县（区）6:4的比例安排。

救助对象中规定的“六类对象”和“两类人员”的参保，按照《江西省人民政府办公厅关于适当提高部分军队退役等人员生活补助的意见》（赣府厅发〔2007〕17号）相关规定执行。

（二）门诊医疗救助

分日常门诊救助、重大疾病门诊救助和特殊重大（慢性）病种门诊购药救助。

1、最低生活保障对象中的“三无”常补对象、特困供养人员

当年日常门诊费用予以100%救助。

因患重大疾病，当年门诊费用经基本医疗保险及居民大病保险、各类补充医疗保险、商业保险报销后，个人负担部分予以100%救助。

特殊重大（慢性）病种定点零售药店购药患者，当年购药费用经基本医疗保险及居民大病保险、各类补充医疗保险、商业保险报销后，个人负担部分予以100%救助。

上述困难家庭中的儿童大病患者，当年日常门诊费用予以100%救助；因患重大疾病，当年门诊费用经基本医疗保险及居民大病保险、各类补充医疗保险、商业保险报销后，个人负担部分予以100%救助。

2、最低生活保障对象中的一般常补对象

当年日常门诊费用按80%给予救助，全年个人累计救助额不超过0.1万元。

因患重大疾病，当年门诊费用经基本医疗保险医疗救助政策范围内个人负担部分按80%给予救助，全年个人累计救助额不超过0.8万元。当年门诊救助金额已经超出年封顶线，个人负担仍然较重的，可将门诊、住院救助封顶线合并计算给予救助，但当年累计救助金额不得超过门诊加住院救助封顶线之和。

特殊重大（慢性）病种定点零售药店购药患者，当年购药费用经基本医疗保险及居民大病保险、各类补充医疗保险、商业保险报销后，医疗救助政策范围内个人负担部分按80%给予救助，全年个人累计救助额不超过2万元。

上述困难家庭中的儿童大病患者因患重大疾病，当年门诊费用经基本医疗保险及居民大病保险、各类补充医疗保险、商业保险报销后，医疗救助政策范围内个人负担部分按90%予以救助，全年个人累计救助额不超过3万元。

3、最低生活保障对象中的非常补儿童大病患者

上述困难家庭中的儿童大病患者因患重大疾病，当年门诊费用经基本医疗保险及居民大病保险、各类补充医疗保险、商业保

险报销后，医疗救助政策范围内个人负担部分按80%予以救助，全年个人累计救助额不超过1.5万元。

（三）住院医疗救助

1、最低生活保障对象中的“三无”常补对象、特困供养人员

当年住院费用经基本医疗保险及居民大病保险、各类补充医疗保险、商业保险报销后，个人负担部分予以100%救助。

上述困难家庭中的儿童大病患者，当年住院费用经基本医疗保险及居民大病保险、各类补充医疗保险、商业保险报销后，个人负担部分予以100%救助。

2、最低生活对象中的一般常补对象

当年住院费用经基本医疗保险及居民大病保险、各类补充医疗保险、商业保险报销后，医疗救助政策范围内个人负担部分按80%予以救助。个人负担部分在10万元以下的，全年累计救助额不超过6万元；个人负担部分在10 -20万元（含10万元）的，全年累计救助额不超过8万元；个人负担部分在20万元以上（含20万元）的，全年累计救助额不超过12万元。

上述困难家庭中的儿童大病患者，当年住院费用经基本医疗保险及居民大病保险、各类补充医疗保险、商业保险报销后，医疗救助政策范围内个人负担部分按90%予以救助。个人负担部分在10万元以下的，全年累计救助额不超过7万元；个人负担部分在10-20万元（含10万元）的，全年累计救助额不超过9万元；个人负担部分在20-30万元（含20万元）的，全年累计救助额不超过15万元；个人负担部分在30万元以上（含30万元）

的，全年累计救助额不超过 20 万元。

3、最低生活保障对象中的非常补对象

当年住院费用经基本医疗保险及居民大病保险、各类补充医疗保险、商业保险报销后，医疗救助政策范围内个人负担部分按 70%予以救助。个人负担部分在 10 万元以下的，全年累计救助额不超过 4 万元；个人负担部分在 10 万元以上（含 10 万元）的，全年累计救助额不超过 6 万元。

上述困难家庭中的儿童大病患者，当年住院费用经基本医疗保险及居民大病保险、各类补充医疗保险、商业保险报销后，医疗救助政策范围内个人负担部分按 80%予以救助。个人负担部分在 10 万元以下的，全年累计救助额不超过 5 万元；个人负担部分在 10-20 万元（含 10 万元）的，全年累计救助额不超过 7 万元；个人负担部分在 20-30 万元（含 20 万元）的，全年累计救助额不超过 10 万元；个人负担部分在 30 万元以上（含 30 万元）的，全年累计救助额不超过 15 万元。

4、“六类对象”、“两类人员”

上述对象当年住院费用经基本医疗保险及居民大病保险、各类补充医疗保险、商业保险报销后，医疗救助政策范围内个人负担部分按 70%予以救助。个人负担部分在 10 万元以下的，全年累计救助额不超过 3 万元；个人负担部分在 10 万元以上（含 10 万元）的，全年累计救助额不超过 4 万元。

5、支出型贫困低收入家庭大病患者

支出型贫困低收入家庭大病患者可享受一年一次性大病住

院医疗救助。

当年住院费用经基本医疗保险及居民大病保险、各类补充医疗保险、商业保险报销后，医疗救助政策范围内人个负担部分按50%予以救助，最高救助额不超过4万元。

上述困难家庭中的儿童大病患者，当年住院费用经基本医疗保险及居民大病保险、各类补充医疗保险、商业保险报销后，医疗救助政策范围内个人负担部分按70%予以救助，最高救助额不超过6万元。

新增最低生活保障对象、特困供养人员等救助对象在民政部门批准享受待遇前未参保的，批准享受待遇之日起三个月内可办理参保手续，并及时纳入南昌市基本医疗保险信息系统管理。在实施重大疾病门诊和住院医疗救助过程中，最低生活保障对象、特困供养人员因各种原因未能及时参保的，由基本医疗保险经办机构对未参保而产生的费用进行费用剔除并出具未参保有效证明后，其重大疾病医疗救助政策范围内个人负担医疗费用，按照前文所述最低生活保障对象、特困供养人员医治方式所对应的救助比例，在封顶线以内直接给予医疗救助。

（四）专项医疗救助

专项医疗救助项目主要包括：

1、困难家庭耐多药肺结核、艾滋病机会性感染、肺癌、食道癌、乳腺癌、宫颈癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、慢性粒细胞白血病、急性心肌梗塞、脑梗死、血友病、I 型糖尿病、甲亢 15 类重大疾病救治；

2、“贫困家庭儿童白血病、先心病免费救治”、“贫困家庭尿毒症免费血透救治”、“贫困家庭重性精神病患者免费救治”、“贫困家庭重度聋儿（人工耳蜗）救治康复”；

3、“爱心医疗救助”、“光明微笑工程”。

上述专项医疗救助所涉及的救助对象、救助补偿模式按《市民政局、市人社局、市财政局关于统筹城乡医疗救助工作的通知》（洪民字〔2015〕61 号）文件执行，救助对象年累计救助总额不超过重大疾病门诊和住院救助年封顶线之和。

四、规范医疗救助结算方式及程序

医疗救助结算方式实行网上同步结算为主、手工结算为辅。规范救助程序是确保救助对象认定准确、提高医疗救助时效性的重要手段。县级民政部门要严格规范医疗救助操作程序，认真做好救助对象身份认定工作，防止冒名顶替和虚报冒领现象发生。

（一）同步结算

1、对象范围：最低生活保障对象、特困供养人员、“六类对象”。

2、结算程序：就诊前，上述对象向定点医疗机构提供低保证（或五保证、社会福利证、医疗优待证）和社保卡入院治疗，就诊后凭社保卡进行费用结算。民政部门根据定点医疗机构提供的结算凭证（出院小结、用药清单、结算单等），经审核后，按月向财政部门申拨医疗救助资金拨付定点医疗机构。

为加快与定点医疗机构的资金结算进度，适时开展由基本医疗保险经办机构垫支医疗救助资金并统一拨付定点医疗机构工

作（即由县级基本医疗保险经办机构代县级民政部门垫支医疗救助资金拨付定点医疗机构，再由县级民政部门根据结算清单，经审核后，按季向财政部门申拨医疗救助资金拨付同级基本医疗保险经办机构）。

（二）手工结算

1、对象范围：支出型贫困低收入家庭大病患者；“两类人员”；因急诊就近在非定点医疗机构就医的对象；特殊重大（慢性）病种定点零售药店购药患者；获得医疗保险经办机构审批并办理了异地转诊手续的患者；医保报销超过上限的医疗救助对象；参加了职工医保的对象；“爱心医疗救助”、“光明微笑工程”、“贫困家庭儿童白血病、先心病免费救治”、“贫困家庭尿毒症免费血透救治”、“贫困家庭重性精神病患者免费救治”、“贫困家庭重度聋儿（人工耳蜗）救治康复”患者。

此外，最低生活保障对象中的“三无”常补对象、特困供养人员实行同步结算后剩余费用适用手工结算。

2、提供证明材料：

（1）支出型贫困低收入家庭大病患者需提供居民家庭经济状况核查报告、定点医疗机构诊断证明、出院小结、费用清单、原始医疗单据或加盖基本医疗保险经办机构与原件相符章的复印件、本人身份证、户口簿、社保卡。

（2）“两类人员”需提供县级人社部门对其身份认定证明、定点医疗机构诊断证明、出院小结、费用清单、原始医疗单据或加盖基本医疗保险经办机构与原件相符章的复印件、本人身份

证、户口簿、社保卡。

（3）因急诊就近在非定点医疗机构就医的对象需提供医疗机构急诊证明、出院小结、费用清单、原始医疗单据或加盖基本医疗保险经办机构与原件相符章的复印件、本人身份证、户口簿、社保卡。

（4）特殊重大（慢性）病种定点零售药店购药患者需提供县级医疗保险和民政部门书面审核意见、费用清单、原始购药单据或加盖基本医疗保险经办机构原件相符章的复印件、本人身份证、户口簿、社保卡。

（5）获得医疗保险经办机构办理了异地转诊手续的患者需提供转诊手续、异地医疗机构诊断证明、出院小结、费用清单、原始医疗单据或加盖基本医疗保险经办机构与原件相符章的复印件、本人身份证、户口簿、社保卡。

（6）医保报销超过上限的医疗救助对象需提供定点医疗机构诊断证明、出院小结、费用清单、原始医疗单据或加盖基本医疗保险经办机构与原件相符章的复印件、基本医疗保险经办机构出具的已达报销上限不再实行报销的有效证明；本人身份证、户口簿、社保卡。

3、结算程序：

就诊（出院）后，上述对象向户籍所在地乡镇（街道）提出书面申请，并提供所需要证明材料，乡镇(街道)受理审核，分管领导签署意见，加盖公章后报县级民政部门审批。县级民政部门分管领导签署意见后，在审批表上加盖公章，在患者居住地村

（居）委会张榜公示3个工作日。群众无异议的，由县级民政部门提供经分管领导签字同意的救助资金发放台帐（清单）报同级财政部门，县级财政部门根据民政部门审核后的台帐（清单）将救助资金打入救助对象的“一卡通”或银行存折，实行社会化发放。同时，乡镇（街道）负责通知救助对象本人查收医疗救助资金。不符合条件的，给予书面回复并做好政策宣传和解释工作。

“爱心医疗救助”、“光明微笑工程”、“贫困家庭儿童白血病、先心病免费救治”、“贫困家庭尿毒症免费血透救治”、“贫困家庭重性精神病患者免费救治”、“贫困家庭重度聋儿（人工耳蜗）救治康复”患者的证明材料及结算程序按每个项目的具体实施方案执行。

五、保障措施

（一）强化组织领导。各级政府要高度重视，加强医疗救助工作组织领导，将医疗救助工作列入政府重要议事日程，纳入本地经济社会发展规划。充分发挥政府主导、有关部门配合的工作协调机制，统筹救助资源，发挥制度合力，最大程度降低困难群众医疗费用，妥善解决困难群众的医疗“急难”问题，避免冲击社会道德和心理底线事件的发生。

（二）明确工作责任。医疗救助工作直接关系困难群众切身利益，是一项重要的惠民政策。民政部门要负责医疗救助制度的实施和管理。财政部门要做好医疗救助资金的筹集、核拨和监管工作。卫计部门要加强对提供医疗救助服务的医疗卫生机构的监督管理，引导定点医疗卫生机构将同步直补作为医疗卫生系统应

尽的义务和职责，规范医疗服务行为，提高服务质量和效率。人社部门要加强基本医疗保险信息系统建设，实现医疗救助与基本医疗保险、居民大病保险、商业保险的“一站式”即时结算服务，确保实现医保定点医院即为医疗救助定点医院。

（三）规范救助管理。一是规范医疗救助资金管理。各县（区）要有效控制资金结余率，医疗救助资金当年结余应不超过当年筹集总量的10%，对支出型贫困低收入大病患者救助资金总额应控制在当年医疗救助资金总量的 20%以内。二**是建立定期对帐制度。**县级民政、财政部门按照规定认真做好医疗救助基金的清理和对账工作，每年不少于两次。年度末，县级民政部门要向市民政局报送医疗救助基金年度执行情况及相关说明。各县（区）、开发区（新区）要切实加强对医疗救助资金使用监管，不得擅自改变资金使用渠道，要确保专款专用，严禁滞留、挤占、挪用。**三是规范工作档案管理。**全面规范医疗救助工作台账，建立信息准确、数据完善的救助花名册，详细掌握资金收支情况。加强救助档案管理。实行网上同步结算的，要在电子档案基础上建立完善纸质档案，确保个人救助档案中定点医疗机构提供的出院小结、当月（季）结算汇总表和行政收据等相关凭证齐全；实施手工结算的，要认真做好纸质档案管理工作，做到救助对象申请审批手续齐全、定点医疗机构费用结算清单及医疗费用凭证、出院小结、低保证等相关凭证完整。特别是支出型贫困低收入家庭大病患者，要以户为单位，按照县级民政部门、乡镇（街道）实行二级建档。

（四）加强政策宣传。要充分发挥新闻媒体的作用，加大医疗救助制度的政策宣传。县级民政部门、乡镇（街道）、村（居）民委员会、社区广场（自然村）建立城乡医疗救助政策公开栏，及时公开医疗救助新的政策和医疗救助工作情况，确保城乡医疗救助政策家喻户晓，保障困难群众患者医疗应救尽救。

本实施意见自下发之日起执行。此前下发的医疗救助有关文件要求若与该意见相抵触的，以该文件规定为准。

附件：1、特殊慢性病病种

2、重大疾病病种

抄送：省民政厅。

南昌市人民政府办公厅秘书处　　2016 年 8 月 29 日印发

附件 1

特殊慢性病病种：(1)糖尿病（合并感染、心、肾、眼、神经并发症）;（2）脑溢血、脑梗塞、脑血栓;（3）慢性阻塞性肺气肿;（4）慢性肝炎;（5）肺结核病;（6）精神病;（7）艾滋病;（8）高血压Ⅱ期;（9）心脏病合并心功能不全Ⅱ级以上;（10）冠心病冠脉支架置入术后;（11）老年痴呆症;（12）肾病综合症;（13）重症肌无力;（14）癫痫;（15）肝硬化失代偿期;（16）血吸虫病;（17）帕金森氏综合症;（18）系统性红斑狼疮;（19）再生障碍性贫血;　（20）恶性肿瘤;（21）血友病;（22）器官移植后抗排斥治疗;（23）慢性肾功能衰竭，尿毒症期（腹膜透析）;（24）肿瘤康复体检;（25）慢性肾功能衰竭，尿毒症期（血液透析）。

附件 2

重大疾病病种：（1）尿毒症；（2）恶性肿瘤；（3）急性心肌梗塞；（4）急性脑中风；（5）重症肝炎（肝硬化或急性肝坏死）；（6）急性坏死性胰腺炎；（7）肺结核；（8）艾滋病；（9）脊髓炎；（10）外伤性重要脏器破裂；（11）颅脑损伤；（12）急性上消化道大出血；（13）红斑狼疮；（14）血友病；（15）地中海贫血；（16）帕金森氏综合症；（17）危及生命的良性肿瘤；（18）严重烧伤；（19）严重骨折；（20）常年重度精神病；（21）脑性瘫痪；（22）乙型肝炎（不含病毒携带者）；（23）慢性肾炎；（24）心脏病；（25）糖尿病；（26）严重类风湿。