

# 邹城市医疗保障局

## 邹城市医疗保障局

### 关于进一步做好城乡困难居民 医疗救助工作的通知

各镇街医保工作机构、各定点医疗机构：

根据《关于对全省贫困人口和特殊病患者重特大疾病实施再救助工作的通知》（鲁医保发〔2019〕68号）、《关于进一步完善医疗救助制度深入开展重特大疾病医疗救助工作的通知》（济政字〔2016〕105号）和《邹城市人民政府关于进一步完善医疗救助制度深入开展重特大疾病医疗救助工作的通知》（邹政字〔2016〕47号）文件要求，切实解决居民因病致贫、因病返贫的现象和贫困人口、重大疾病患者家庭生活困难难题。结合实际，现将2019年医疗救助工作要求通知如下：

#### 一、医疗救助对象

凡具有本市常住户口，并符合下列条件之一的城乡居

民，均可申请医疗救助：

（一）城市居民最低生活保障对象、农村居民最低生活保障对象（以下统称城乡低保对象）和建档立卡贫困人口。

（二）特困人员（指农村五保供养对象、城镇“三无”对象）、孤儿。

（三）60年代精减退职老职工。

（四）按照有关规定报销、减免、补助有关医疗费用后，个人实际负担仍然较重，影响家庭基本生活的重大疾病困难居民。

前款（一）、（二）、（三）项所列救助对象，以下统称重点救助对象。前款（四）项所列救助对象，以下统称其他救助对象。

有下列情形之一的，不属于医疗救助范围：

（一）在城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险规定的诊疗项目目录、药品目录、医疗服务设施目录以外发生的医疗费用；

（二）不能提供医院诊断病历、诊断证明、住院凭证，以及应提供而不提供有关医疗费用报销、减免、补助凭证的；

（三）因赌博、吸毒、打架斗殴、自杀自残、交通事故等发生的医疗费用；

## **二、医疗救助标准**

对符合救助条件的救助对象，一个自然年度（当年度1月1日至12月31日，申请截止日期为当年度12月31日）

在医院治疗发生的医疗费用，扣除各种医疗保险报销（补偿）费用、医疗机构减免和社会捐助后，对政策范围内自负医疗费用，按规定的标准给予医疗救助。

### （一）住院救助

1、重点救助对象医疗费用，按照有关规定报销、减免、补助后，对政策范围内自负医疗费用，按 70% 的标准给予救助，最高救助金额为 10000 元。

2、其他救助对象医疗费用，参加城镇职工医疗保险和城乡居民医疗保险的困难家庭，按照有关规定报销、减免、补助后，对政策范围内自负医疗费用 30000 元以上的部分，均按 55% 的标准给予救助，最高救助金额为 7000 元。

3、对因特殊情况未能参加城镇职工或城乡居民基本医疗保险的救助对象，对其 30000 元以上个人自负医疗费用按照 20% 的比例给予救助，最高救助金额为 7000 元。

### （二）门诊救助

1、因患慢性病需要长期服药或者患重特大疾病需要长期门诊治疗、导致自负费用较高的重点救助对象，按照居民基本医疗保险政策确定的门诊慢性病和门诊大病范围，给予门诊救助。在落实医疗保险机构门诊补偿的基础上，重点救助对象一个自然年度政策范围内个人实际负担门诊费用 500 元以上的，按照 70% 的比例给予救助，最高救助金额为 3000 元。

2、恶性肿瘤和白血病放化疗、再生障碍性贫血、尿毒

症血腹透析、器官移植抗排异治疗特殊病种政策范围内个人实际负担门诊费用比照住院医疗救助的标准执行。

3、对已列入住院医疗救助范围内的门诊费用不再纳入门诊救助的范围。

### （三）重特大疾病医疗救助。

救助对象在基本医疗保险、商业保险和医疗救助住院救助后，政策范围内个人负担的医疗费用，再按照以下标准纳入重特大疾病医疗救助：

1. 重点救助对象：特困供养人员个人实际负担住院医疗费用 10000 元以上的部分，纳入重特大疾病医疗救助范围，按照 80%的比例救助，最高救助限额 50000 元；最高救助限额以外的剩余医疗费用，按照供养政策规定处理。

最低生活保障对象、孤儿、60 年代精简退职老职工和建档立卡贫困人口政策范围内自负住院医疗费用，超出 20000 元以上的部分，纳入重特大疾病医疗救助范围，按照 70%的比例给予救助，最高救助限额 50000 元。

2. 其它救助对象政策范围内自负住院医疗费用，超出起付线 40000 元以上的部分，纳入重特大疾病医疗救助范围，按照 50%的比例给予救助，最高救助限额 30000 元。

## 三、对贫困人口和特殊疾病患者重特大疾病实施再救助

再救助制度是医疗救助制度的完善，在已有基本医保、大病保险、医疗救助制度框架内，对经基本医保、大病保险、医疗救助、医疗机构减免、医疗商业补偿保险制度报销后，个人自付仍然较重的贫困人口和特殊疾病患者的大额合规

医疗费用予以再救助，进一步减轻救助对象医疗费用负担。  
待济宁市相关文件出台后开展实施再救助工作。

#### 四、救助程序

（一）重点救助对象住院救助可通过定点医院“一站式”救助系统直接结算。

1. 重点救助对象凭医疗救助“一站式”即时结算定点医院开具的住院通知书、身份证，到医疗救助定点医院专门服务窗口进行登记备案；

2. 重点救助对象出院时，首先在医院办理职工基本医疗保险或居民基本医疗保险补偿报销，然后凭住院收费专用票据、医疗费用结算单到医疗救助专门服务窗口进行医疗救助费用结算；

（二）其它救助对象和未经“一站式”系统结算的重点救助对象需向户籍所在地村（居）民委员会提出申请，并提供下列有关材料：

1. 居民身份证和户口簿；
2. 医院开具的诊断病历或出院记录、医疗费用有效票据、医疗费优惠减免凭证；
3. 有关基本医疗、商业保险机构报销凭证；
4. 有关部门、单位及社会帮困资助情况证明材料。

（三）村（居）民委员会接到申请后，应对申请人提交申请材料的真实性和申请人家庭收入的情况进行调查核实。

（四）核实无异议的，由村（居）民委员会提出初审意

见，并将其他材料一并报镇人民政府、街道办事处主管部门审核；不符合条件的退回本人并说明理由；

（五）镇人民政府、街道办事处对村（居）民委员会报送的材料进行审核，并签署审核意见，符合条件的将审核意见和其他材料报市医保局审批；不符合上报条件的通过村（居）民委员会退回本人并说明理由；

（六）市医保局经办机构对镇人民政府、街道办事处报送的材料进行审查，对符合条件的，填写批准意见和救助金额，按规定程序及时拨付医疗救助资金；对不符合救助条件的，由镇（街）医保工作机构及时通知申请人并说明理由。

2019年8月28日

---

邹城市医疗保障局综合科

2020年月日印发

---