**河源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）、广东省民政厅、财政厅、人社厅、卫计委、保监局、扶贫办《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，制订本实施方案。

一、救助原则

（一）坚持分类分段梯度救助的原则。

特困供养人员、孤儿比最低生活保障对象（含事实无人抚养儿童）、建档立卡贫困人员救助比例高;最低生活保障对象（含事实无人抚养儿童）、建档立卡贫困人员比其他救助对象救助比例高；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《河源市困难群众医疗救助实施办法》(河民〔2017〕109号)以及各县（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3000元（含3000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3万元以下的，按60%的比例给予二次医疗救助；在3万元（含3万元）以上的，按70%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（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10000元（含10000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

二次医疗救助形式分为直接救助程序和依申请救助程序：

**1、直接救助程序：**二次医疗救助由户籍所在地县（区）民政部门直接审核办理。对特困供养人员、孤儿、最低生活保障家庭成员、建档立卡贫困人员、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，已申请并按照《实施办法》程序给予门诊和住院医疗救助的对象，县（区）民政局可根据其当年申请医疗救助的情况，核准剩下个人需要支付的医疗费用（含政策外个人自费部分），对符合二次医疗救助条件的，无需另行申请，按照二次医疗救助标准核准其享受医疗救助的金额，由县（区）民政局批准。

**2、依申请救助程序：**对未直接二次医疗救助的特困供养人员、孤儿、最低生活保障家庭成员、建档立卡贫困人员、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，县（区）民政部门可以委托镇人民政府（街道办事处）受理，依下列程序申请二次医疗救助。

申请：申请人应当向户籍所在地乡镇人民政府（街道办事处）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. 填写困难群众二次医疗救助申请审批表；
3. 县（区）民政部门要求提供的其他证明材料。

受理：镇人民政府（街道办事处）对材料齐全的应当即时受理。对材料不齐全的，应当书面一次性告知申请人补齐材料。

审核：镇人民政府（街道办事处）应当自受理申请之日起10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材料上报县(区）民政部门审批；不符合条件的，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。

审批：县（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5天，公示期满无异议的，县（区）民政部门作出审批，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。

发放：县（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资金拨付到指定金融机构，直接支付给救助对象。对获得医疗救助的对象名单，县（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。

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县区规定的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，由县（区）困难群众基本生活保障工作联席会议研究。特殊情况由县（区）民政部门党组研究提出意见，经财政部门会签后报县（区）分管领导批准，按照保障困难群众实际需求的要求给予救助。

六、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。

七、工作要求

**（一）规范救助程序。**各有关部门要严格按照《实施办法》的规定，进一步规范医疗救助申请、审核、公示、审批程序。其中，对需核实家庭经济状况的医疗救助申请对象，须经广东省救助申请家庭经济状况核对系统比对和入户调查后予以认定，以确保医疗救助公开、公平、公正实施。

**（二）加强监督管理。**要加强对特困供养人员、孤儿的住院就医管理。为防止出现医疗机构随意把特困供养人员、孤儿接去就医、小病大治和过度医疗，特困供养人员、孤儿住院要实行报备制度，向所在乡镇人民政府（街道办事处）报备住院信息。出现住院人次异常、产生高额医疗费用等情况，应进行核查监控。医疗机构违反合作协议，对不按规定用药、诊疗以及提供医疗服务所发生的费用，医疗救助基金不予结算。造成医疗救助资金流失或浪费、骗取国家医疗金，终止定点合作协议，取消医疗救助定点医疗机构资格，并依法追究责任。

**（三）政策有效衔接。**各级民政部门要扎实有效的开展住院救助、门诊救助、二次医疗救助。救助对象因患重特大疾病需要突破年度救助封顶线的，困难群众基本生活保障协调机制召开会议专门研究，特殊情况由县区民政部门党组研究提出意见，经财政部门会签后报县（区）分管领导批准，按照保障困难群众实际需求的要求给予救助；注重医疗救助与最低生活保障、临时救助等其他社会救助政策的衔接，及时有效保障患重特大疾病困难群众基本生活；探索为困难群众提供多重保障和多样化服务，建立保险机构承办医疗救助业务模式的管理机制，支持具备“一站式”结算条件的大病保险承办机构承办医疗救助服务，提高医疗救助运行效率、服务水平和质量；做好医疗救助与社会慈善事业的对接，积极开展慈善救助。

本方案自发布之日起施行，有效期两年。