鄂托克旗人民政府办公室关于印发疾病应急救助制度的通知

各苏木镇人民政府，旗人民政府各有关部门：

　　经旗人民政府2016年第1次政府常务会议研究，现将《鄂托克旗疾病应急救助制度》印发给你们，请认真遵照执行。

　　                    鄂托克旗人民政府办公室

　　                        2016年1月20日

　　鄂托克旗疾病应急救助制度

　　为进一步健全我旗多层次医疗保障体系，切实解决弱势群体的疾病应急救治问题，解除医疗机构的后顾之忧，根据《内蒙古自治区人民政府办公厅关于建立疾病应急救助制度的实施意见》（内政办发〔2014〕25号）和鄂尔多斯市卫生和计划生育委员会、鄂尔多斯市财政局、鄂尔多斯市人力资源和社会保障局、鄂尔多斯市民政局、鄂尔多斯市公安局《关于印发鄂尔多斯市疾病应急救助制度实施方案的通知》（鄂卫计发〔2015〕320号）文件精神，结合我旗实际，制定本制度。

　　一、总体要求

　　建立疾病应急救助制度，规范管理机构、筹资机制和应急救助行为，提高应急救助能力，在全旗范围内快速、高效、有序地对需紧急救助但身份不明、无负担能力的人民群众实施应急医疗救助，切实保障人民群众生命安全，维护社会和谐稳定。

　　二、筹资机制

　　疾病应急救助基金通过自治区、市级补助、旗级财政投入和社会各界捐助等多渠道筹集。

　　旗财政部门要将疾病应急救助基金补助资金纳入财政年度预算。鼓励社会各界向疾病应急救助基金捐赠资金。

　　三、对象范围

　　(一)救助对象。在我旗辖区内发生急重危伤病、需要急救但身份不明确或基本生活难以维持、无力支付相应费用的患者为救助对象。我旗疾病应急救助对象包括但不局限于以下几类需要急救、且无力支付相应费用的伤病患者：

　　1.城乡低保对象、农村“五保”供养对象、“三无”病人、重度残疾人、低收入家庭患者。

　　2．城乡居民因突发事件和意外事故造成人身伤害及财产损失，从而导致基本生活难以维持的，包括：火灾、交通事故等突发事件或突发重度疾病。

　　上述“三无”病人，指无身份证明（姓名和居住地）、无责任承担机构（或人员）、无抢救治疗经费的病人。低收入家庭，指家庭成员人均收入在当地最低生活保障标准两倍以内（含两倍）。

　　(二)基金使用范围。疾病应急救助基金用于支付救助对象的急救医疗费用。

　　1.无法查明身份且无力缴费患者所发生的急救费用；

　　2.身份明确但无力缴费的患者所拖欠的急救费用，先由责任人、生育保险、工伤保险、基本医疗保险和商业医疗保险等各类保险以及医疗救助基金等渠道支付。无上述渠道或上述渠道费用支付有缺口的，由疾病应急救助基金给予补助。疾病应急救助基金不得用于支付经查实身份、有负担能力但拒绝付费患者的急救医疗费用。

　　3.对一些重大疾病，花费巨大，普通家庭无力承担，不及时治疗将会危及生命安全的，经患者或家属向医疗机构申请，可享受疾病应急救助。发生突发事件和意外事故，医疗机构承担紧急救治任务产生的医疗费用，经旗人民政府同意，也可使用疾病应急救助基金补助。

　　四、基金管理

　　(一)疾病应急救助基金管理遵循公开、透明、规范化原则，实行上级补助、分级负责。旗财政将基金统一纳入“社会保障基金专户”，实行分账核算，专项管理，专款专用，基金经办机构设立在鄂托克旗卫生计生局新农合办公室。旗卫生计生局、旗民政局、旗公安局、旗人力资源社会保障局、旗财政局等部门积极协调配合，做好疾病应急救助制度与现行医疗救助政策的衔接，切实履行职责，严格监督医疗机构和医务人员，杜绝应救不救现象，严厉查处虚报信息、过度医疗等套取救助资金的违法违规行为。

　　(二)要严格遵循公开、透明、专业、规范化的原则。切实加强基金管理，主动开展各类募捐活动，积极向社会募集资金；各医疗机构要在院内公告栏等醒目位置对疾病应急救助情况进行公示，接受社会监督。

　　五、支付方式

　　(一)申报程序。医疗机构对无法查明身份且无力缴费患者，应积极与有关部门取得联系，明确急救事由，并出具相关证明，并填写《鄂尔多斯市疾病应急救助患者身份确认审核表》（见附件1）、《鄂托克旗应急救助患者医疗费用审核支付表》（见附件2）以及提交患者病历、住院票据、费用清单等证明材料；对身份明确但无力缴费的患者所发生的急救费用，且无责任人、工伤保险和基本医疗保险等各类保险、公共卫生经费，以及医疗救助基金等渠道支付的费用或费用支付缺口，由相关部门出具证明，上报审核时备案，严禁支付有负担能力但拒绝付费患者的急救医疗费用；对一些花费巨大的重大疾病，普通家庭无力承担，不及时治疗会危及生命安全的，在患者或家属向医疗机构申请救助的同时，应提供相关部门的证明材料，上报审核时备查；发生突发事件和意外事故，由旗人民政府同意，且明确救助事由，由医疗机构进行紧急救治的，应出具相关证明文件或材料，上报审核时备查。同时，医疗机构在上报申请疾病应急救助基金时，还应提供患者身份确认审批表、住院凭证、费用清单等相关资料，以备审核。

　　(二)身份确认。医疗机构接受应急救助患者后及时填报应急救助患者身份确认审批表上报旗卫生计生局，由旗卫生计生局牵头会同旗公安、旗人力资源社会保障、旗民政部门进行审核，确认应急救助患者身份，报财政局备案。

　　(三)资金核报。各医疗机构对救助对象紧急救治后，每半年集中汇总向旗卫生计生局和旗财政局进行申报，并附患者身份确认审批表、住院凭证、费用清单等相关资料，经评审后，由旗财政局拨付疾病应急救助资金。

　　(四)资金拨付。旗财政每半年应将核准的疾病应急救助资金直接拨付至各相关医疗机构。

　　六、工作机制

　　(一)部门职责。旗卫生计生局牵头组织制定需紧急救治的急重危伤病的标准和诊疗规范，严格监督医疗机构畅通绿色通道对患者进行紧急救治，对医疗机构及其工作人员虚报信息套取基金、过度医疗等违法行为，依法依规严肃处理；旗财政局牵头制定基金管理办法；旗人力资源社会保障局配合做好医保制度与应急救助制度的衔接工作；旗公安局、旗民政局协同相关部门做好救助对象的身份鉴别工作。

　　(二)医疗机构职责。各级医疗机构必须及时、有效对需紧急救治的患者施救，严禁以任何理由拒绝、推诿或拖延诊治。医疗机构应建立疾病应急救助信息通报制度，及时将收治的应急救助患者情况向相关部门报告。鼓励非公立医院主动减免无负担能力患者的救治费用。

　　七、工作要求

　　各有关部门和各医疗机构要充分认识疾病应急救助制度的重要性，要结合工作职责，积极宣传，强化措施，责任到人。要加强部门单位的沟通，做好疾病应急救助制度与基本医疗保险制度、大病保险制度和医疗救助制度等医疗保障制度的衔接工作，不断强化责任共担与多方联动的机制，不断提高疾病应急救助服务水平。

　　附件：1.鄂托克旗疾病应急救助患者身份确认审核表

　　      2.鄂托克旗应急救助患者医疗费用审核支付表

附件1

鄂托克旗疾病应急救助患者身份确认审核表

**（□ 门诊救助、□ 住院救助）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者 家庭 信息 | | 申请人 姓名 | |  | | | 救助对象类别 | | | □低保户、□三无户、□五保户、□其他 | | | | | | | | |
| 证件号 | |  | | | 户籍所在地 | | |  | | | | | | 户别 | |  |
| 患者 基本 情况 | | 患者姓名 | |  | | | 性别 |  | | 年龄 | | |  | 与户主关系 | | | |  |
| 是否参加医保 | | |  | | □居民医保  □城镇医保 | | | | | | 身份证号码 |  | | | | |
| 申请理由 | 本人因患有\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（主要疾病名称，按诊断书填写），于\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_ 月\_\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_医院接受（□门诊、□住院）治疗，因家庭生活困难，特此申请应急救助医疗救助。以上所填写情况真实有效，若有不实，愿承担相应的责任。   申请人签名（手印）：            申请日期：    年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗救助情况 | 本年曾享受（□门诊、□住院）医疗救助共  次，合计         元。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 就诊医院 | | 入院时间 | | | 出院时间 | | | 单据张数 | | | 原单据金额 | | | 符合申请报销金额 | | 已报销金额 | |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 合计 | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |
| 申报单位意见：   （盖章）           年  月  日 | | | | | 财政局意见：  （盖章）         年  月  日 | | | | | | 公安局意见：   （盖章）      年  月 日 | | | | 人社局意见：  （盖章）      年  月 日 | | | |
| 民政局意见：             （盖章）        年  月  日 | | | | | 卫生计生局意见：               （盖章）          年  月  日 | | | | | | 旗基金经办机构意见：  （盖章）               年  月  日 | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |

附件2

 鄂托克旗应急救助患者医疗费用审核支付表

   申报单位：（盖章）                                         年      月       日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 患者姓名 | 性别 | 医疗时间 | 医疗总费用（元） | 已支付费用（元） | 需救助医疗费用（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 需救助医疗费用合计（元） | |  |  |  |  |  |