

# 娄烦县人民政府办公室文件

娄政办发〔2024〕23号

## 娄烦县人民政府办公室 关于印发《娄烦县医疗救助托底保障实施 细则》的通知

各乡（镇）人民政府、县直各有关单位：

《娄烦县医疗救助托底保障实施细则》已经县政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

娄烦县人民政府办公室

2024年7月2日

（此件公开发布）

# 娄烦县医疗救助托底保障实施细则

**第一条** 根据《太原市人民政府办公室关于印发太原市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则的通知》(并政办发〔2022〕43号)要求,结合我县实际,制定本实施细则。

**第二条** 强化基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重保障制度,确保困难群众基本医疗有保障,不因罹患重特大疾病影响基本生活,同时避免过度保障。

**第三条** 发挥基本医保主体保障功能,实施公平适度保障;发挥大病保险补充保障作用,对特困人员、低保对象和返贫致贫人口等困难群众实行倾斜支付政策;强化医疗救助托底保障功能,按照“先保险后救助”原则,对基本医保、大病保险等支付后个人医疗费用负担仍然较重的救助对象按规定实施救助,合力防范因病致贫返贫风险。完善医疗保障帮扶措施,实现巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接。

**第四条** 在全面执行《太原市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则》基础上,建立娄烦县医疗救助托底保障措施。对规范转诊且在省域内定点医疗机构就医的救助对象,经三重制度综合保障后政策范围内个人负担医疗费用仍然较重的,给予倾斜救助,救助标准为:低保对象、返贫致贫人口政策范围内个人负担医疗费用超过上年度全省居民人均可支配收入15%的,低保边缘家庭成员、监测对象政策范围内个人负担医疗费用超过上年

度全省居民人均可支配收入 25%的，因病致贫重病患者政策范围内个人负担医疗费用超过上年度全省居民人均可支配收入 40%的，超额部分按 50%的比例给予医疗救助，低保对象、监测对象年度最高救助限额 6 万元，低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者年度最高救助限额 4 万元，返贫致贫人口不设年度最高救助限额。

**第五条** 对相关部门还未认定为医疗救助对象，但因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者，在定点医疗机构发生的政策范围内医疗费用经基本医保、大病保险和各类补充医疗保险、商业保险报销后，扣除社会互助帮困等因素，政策范围内个人负担医疗费用在 3 万元以上的，给予倾斜救助，救助标准为：政策范围内个人负担医疗费用超过上年度全省居民人均可支配收入 25%的部分，由医疗救助基金按 60%比例给予救助，年度最高救助限额 4 万元。

**第六条** 引导并帮助苯丙酮尿症患者申请医疗救助，可引导患者到相应认定部门按规定纳入医疗救助对象范围；未纳入医疗救助对象范围的，根据政策范围内个人负担医疗费用情况，可通过托底保障措施解决。

**第七条** 未认定为医疗救助对象，但因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者，按规定给予倾斜救助的，票据追述时间至 2022 年 1 月 1 日。

**第八条** 对规范转诊且在省域内定点医疗机构就医的救助对象，经三重制度综合保障后政策范围内个人负担医疗费用仍

然较重的，给予倾斜救助。通过市医保中心(银海工程师)后台统一提取救助对象累计全年的医疗费用数据，达到标准后直接在系统中操作个人银行信息，可年底给予集中救助。

**第九条** 救助对象采取虚报、隐瞒、伪造或以其他不正当手段骗取医疗救助基金的，不予批准或停止实施救助；已经发放的由医疗保障部门全额追缴并处理；涉嫌犯罪的，依法移送有关机关处理。

**第十条** 本医疗救助托底保障措施自印发之日起施行，有效期五年，若本细则与上级规定有相抵触的情形，以上级规定为准。相关部门要做好与前期医疗救助政策的有效衔接。

**第十一条** 本托底保障措施由县医疗保障局负责解释。

- 附件：
1. 托底保障依申请救助流程
  2. 娄烦县医疗救助申请
  3. 娄烦县困难群众医疗救助入户调查记录表
  4. 娄烦县医疗救助对象申请审批表
  5. 医疗救助人员家庭情况公示
  6. 娄烦县医疗救助民主评议评估表
  7. 不符合医疗救助条件书面告知书
  8. 医疗救助人员及金额核定公示

## 附件 1

# 托底保障依申请救助流程

一、书面申请。申请医疗救助，凭医疗诊断书、医疗费用收据、必要的病史、医疗保险报销证明等向户籍所在地（或符合条件的居住地，下同）乡（镇）人民政府委托的村（居）民委员会提出书面申请，申请书应详实说明申请救助理由、家庭所有成员及生活、收入和家庭财产情况。

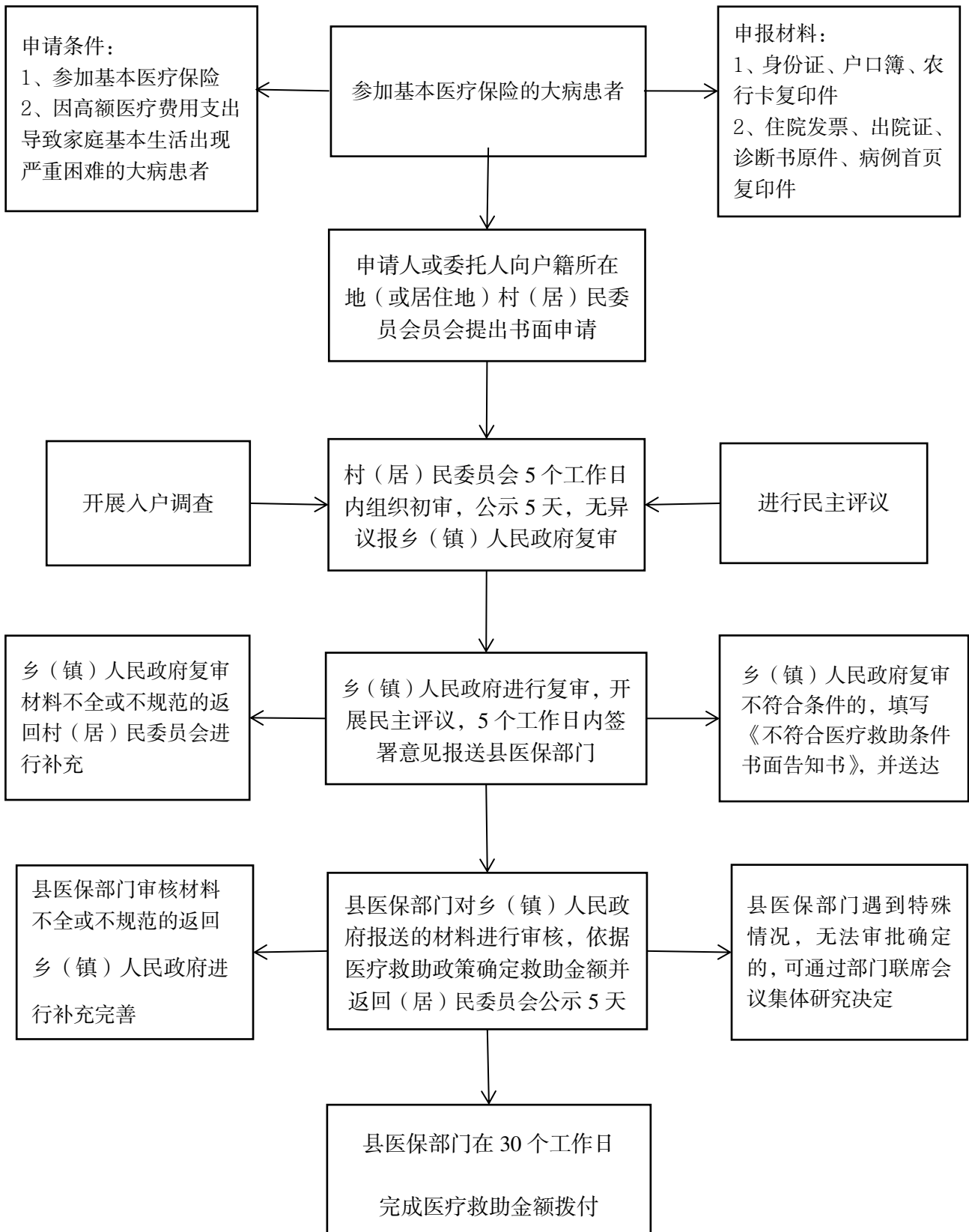
二、乡（镇）人民政府审核。村（居）民委员会接到书面申请后 5 个工作日内组织初审，对申请医疗救助的家庭经济状况进行入户调查，村（居）民委员会及时进行民主评议并在村（居）务公开栏进行公示，公示期 5 天无异议报乡（镇）人民政府。乡（镇）人民政府对村（居）民委员会上报的材料开展民主评议、进行逐项审核，在 5 个工作日内签署意见报送县医保部门。乡（镇）人民政府要组建医疗救助对象评估小组，承接民主评议，对医疗救助对象的家庭收入、支出等情况进行评估，填写评估表，作为评议、审核审批使用。调查审核的责任主体是乡（镇）人民政府，受委托的村（居）民委员会协助乡镇开展医疗救助申请调查审核工作。

三、医保部门审核。县医保部门对乡镇报送的材料进行审核，依据医疗救助政策确定救助金额，并在村（居）民委员会协助下

及时在村（居）务公开栏进行公示。县医保部门按救助标准确定资助费用后，资助费用由财政部门直接拨付个人提供的银行账户。

四、部门协同审核。县医保部门遇到特殊情况，无法审批确定的，可通过部门联席会议集体研究决定。县医保部门牵头，会同民政、财政、卫生健康、乡村振兴等部门集体研究，通过医疗救助和临时救助等渠道给予解决，确保不因病返贫致贫。

# 托底保障依申请救助流程图



附件 2

## 娄烦县医疗救助申请

本人姓名 \_\_\_\_\_，性别 \_\_\_\_\_，年龄 \_\_\_\_\_，身份证号 \_\_\_\_\_，户籍/居住地 \_\_\_\_\_，联系电话 \_\_\_\_\_。

(以下说明申请救助的理由、家庭所有成员信息、收入情况和家庭财产情况及生活现状。)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

本人承诺上述情况完全属实，如存在隐瞒等不实行为(或有群众举报)，自愿放弃接受医疗救助的权利，并依据相关法律法规接受相应处罚。

申请人： \_\_\_\_\_ (签字手印)

日 期： \_\_\_\_\_



## 附件 3

## 娄烦县困难群众医疗救助入户调查记录表

本人姓名		性别		年龄		家庭人口	
身份证号		救助病种		<input type="checkbox"/> 军人 <input type="checkbox"/> 军人家属			
家庭住址				联系电话			
家庭 收入 情况	来源	情况				年收入（元）	
	配偶/父母						
	未婚子女						
	已婚子女赡养费						
	种地/养殖						
	其它						
	因病致贫家庭 年收入						
<b>基本情况：</b> 家庭成员信息、治疗情况及生活现状							
<b>财产情况：</b> 住房、注册公司、车辆等财产情况							
<p>本人愿意接受村（居）民委员会、乡（镇）人民政府及县医保中心对本人及家庭生活状况、健康（病情）等情况进行调查核实。本人提供的资料如有不实（或有群众举报），存在弄虚作假行为，自愿放弃接受救助的权利，并依据相关法律法规接受相应处罚。</p>							
						申请人：                      （签字手印） 年 月 日	
<b>调查人员签字：</b>      <div style="text-align: right;">年 月 日</div>				<b>村（居）民委员会意见：</b> <div style="text-align: center;">（盖章）</div> <b>负责人签字：</b>      <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			

备注：后附入户照片及收入证明资料；此表由乡（镇）存档。

## 附件 4

## 娄烦县医疗救助对象申请审批表

姓名		性别		年龄		
救助对象类别		家庭人口		救助病种		
身份证号				农行卡号		
家庭住址				联系电话		
家庭成员情况	姓名	家庭关系	年龄	身份证号	身体状况	备注
申请理由						
政策范围内总费用		救助比例		救助金额		
村（居）民委员会审查意见 （公章）			乡（镇）人民政府审核意见 （公章）			
负责人（签字） 年 月 日			负责人（签字） 年 月 日			
县医保中心意见 （公章）			县医保局意见 （公章）			
负责人（签字） 年 月 日			分管领导（签字） 年 月 日			
备注						

本表一式两联，县医保局、乡（镇）各存档一联。

## 医疗救助人员家庭情况公示

娄烦县\_\_\_\_\_乡（镇），\_\_\_\_\_村（居）委，申请人\_\_\_\_\_，家庭年收入\_\_\_\_\_元，医疗费用支出\_\_\_\_\_元，因病致使家庭基本生活出现严重困难。经村（居）民委员会审查、评议，同意本人享受医疗救助。

本次公示期限为 5 天，自\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日。期间如有异议可向村（居）民委员会提出意见。监督电话：\_\_\_\_\_。

特此公示

村（居）民委员会  
（盖章）

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 附件 6

## 娄烦县医疗救助民主评议评估表

乡（镇）（盖章）

年 月 日

会议时间	点 分开会 点 分闭会	会议地址		主持人	
医疗救助 申请人		救助对象 类别		记录人	
居住地/户籍				救助病种	
居住地/户籍				居住时间	
生活情况简述（大病支出、家庭成员信息、收入及财产情况）					
年收入情况（元）					
配偶		父亲		母亲	
未婚子女		赡养费		种地/养殖	
其它		抚养费		合计	
财产情况（家庭所有成员）					
机动车型		车牌号		价值	元
注册公司		法人		注册资金	万元
其它财产		住房	（        ）间，（        ）平方米		
困难群众基本生活情况					
<p>❖ 因病致贫家庭重病患者</p> <p>当年住院发生的政策内医疗费用，扣除各项医疗保障等医疗费报销部分，个人负担在 3 万元以上。</p> <p>医疗费用支出_____元，家庭年收入_____元。</p>					
评估结果：			评议组成员签名：（不少于 5 人）		

## 不符合医疗救助条件书面告知书

〔 20 〕 第 号

申请人\_\_\_\_\_：

你于\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日提交的医疗救助申请收悉。经研究，不符合医疗救助政策的以下规定：\_\_\_\_\_

---

决定不予受理，特此书面告知。

乡（镇）

（盖章）

年 月 日

## 医疗救助人员及金额核定公示

娄烦县\_\_\_\_\_乡（镇）\_\_\_\_\_村（居）委，共计人，因大病支出较大，严重影响家庭基本生活。经村（居）民委员会审查、评议，乡（镇）人民政府审核，县医保中心按照医疗救助相应政策，决定给予下列申请人医疗救助：

序号	申请人	备注	序号	申请人	备注
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

公示期为 5 天，期间如有异议，可向娄烦县医疗保障局反馈情况，监督电话：0351-5323699。

公示起止时间：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日至\_\_\_\_年\_\_月\_\_日。

村（社区）

（盖章）

\_\_\_\_年\_\_月\_\_日