杭州市滨江区病贫无忧暖心基金

管理使用办法（试行）

（征求意见稿）

第一章 总 则

　　第一条　为全面解决因病致贫、返贫问题，切实推进公共服务优质共享，助力建设共同富裕示范区，根据《中华人民共和国慈善法》、《杭州市人民政府办公厅关于印发杭州市构建因病致贫返贫防范长效机制实施办法的通知》（杭政办函〔2022〕70号）、《杭州市滨江区困难家庭医疗费用负担封顶制实施方案》（滨政办函〔2024〕1号）等法律及文件精神，设立杭州市滨江区病贫无忧暖心基金（以下简称“基金”），并结合工作实际制定本办法。

　　第二条　本基金由杭州市滨江区人力资源和社会保障局、杭州高新开发区（滨江）慈善总会共同发起设立。

第三条　本基金运作建立联席会议制度，负责资金募集、基金使用和监管。联席会议秘书处设在杭州市滨江区人力资源和社会保障局，日常管理由杭州市滨江区人力资源和社会保障局负责，基金的日常运行管理由杭州高新开发区（滨江）慈善总会负责。

第四条　基金性质为公益性基金，必须坚持遵照法律法规、规范基金使用原则，严格审批程序，强化监督管理，确保基金使用安全并取得社会效益。

第二章 资金筹集和基金管理

第五条　资金筹集来源

　　（一）社会捐赠；

（二）政府补助（每年按照实际支出的1/3安排预算划入）；

　　（三）基金合法收入；

（四）其它合法收入。

第六条 基金资金管理

基金由联席会议统筹管理，对基金资金使用进行审议并实施监督。

第三章 基金使用范围和救助标准

　　第七条 本基金主要用于化解经基本医保报销、政府政策给付及其他组织的帮扶补助后仍困难的群众合规、合理、必要医疗费用。

（一）困难群众认定。本办法所指的困难群众为持有效期内我区民政部门核发的《特困人员救助供养证》《最低生活保障家庭证》《最低生活保障边缘家庭证》的杭州市基本医疗保险参保人员。

（二）医疗救助范围。救助年度困难人员或困难家庭持证有效期内发生的合理医疗费用。

（三）合理医疗费用。本办法所指的合理医疗费用认定以基本医疗保障目录范围为基础，医学、医保、财务等专家综合评定目录外合理必要治疗费用作为补充，经联席会议审定后确定。

第八条 下列费用不纳入本基金救助

（一）《中华人民共和国社会保险法》第三十条明确规定不纳入基本医疗保险支付范围的医疗费用；

（二）合理医疗费用负面清单所列内容；

（三）其他违法违规行为产生的医疗费用；

（四）其他经联席会议确定不纳入本基金救助的费用。

　　第九条 救助标准。以我区民政部门认定的社会救助家庭为单位，对其上一年度承担的合理医疗费用，剔除负面清单费用，经相关部门梯次减负后，超过以下标准的部分给予100%兜底保障：特困人员5000元、低保家庭3万元、低边家庭5万元。原则上本基金每年申报救助一次，一般在次年第三季度做好上一年度封顶制救助工作。

第十条 本基金使用原则上遵照《杭州市滨江区困难家庭医疗费用负担封顶制实施方案》执行，视基金募集情况适时调整和设置负担封顶限额。

第四章 申报要求及资助方式

第十一条 申报要求及资料

（一）医疗费用应全额计入浙江省医疗保障信息平台；

（二）杭州市基本医疗保险个人费用查询单；

（三）有效困难身份证明材料。

第十二条 申报和资助方式

（一）预警申报。由区医保中心根据监测预警情况筛选符合条件人员通知所在街道社区，引导拟救助对象申报，填写《杭州市滨江区病贫无忧暖心基金申请表》；

（二）自主申报。由本人填写《杭州市滨江区病贫无忧暖心基金申请表》，经所在社区初审后通过街道提交申报；

（三）资助方式。经区医保中心初审、联席会议审定、社会公示后，由区慈善总会审核拨付。

　　第十三条 基金使用遵循公正、公平、公开的原则，不得重复申报、虚假申报。违反规定申领或使用基金，一经查实按相关法律法规、规章制度处理。

第五章 附 则

　　第十四条 本办法为试行办法，由杭州市滨江区人力资源和社会保障局、杭州高新开发区（滨江）慈善总会负责解释。

第十五条 本办法自基金成立起试行一年。试运行满一年后如无另行通知或修改，可按本试行管理办法继续执行。

附件：1.困难家庭医疗费用负担封顶制合理医疗费用负面清单

2.杭州市滨江区病贫无忧暖心基金申请表

3.杭州市滨江区病贫无忧暖心基金审批表

4.杭州市滨江区病贫无忧暖心基金审核汇总表

附件1

困难家庭医疗费用负担封顶制

合理医疗费用负面清单

|  |  |
| --- | --- |
| 类别 | 范围 |
| 医疗服务项目 | 浙江省基本医疗服务项目以外的其他医疗服务项目。（即医疗机构开展的特需医疗服务项目、非医疗的经营性服务项目、用于医学科研目的的项目、技术尚不成熟的新技术服务项目和预防保健机构提供的公共卫生服务项目，种植牙相关费用） |
| 药品 | 1. 国家医保药品目录外的中成药、中药饮片、自制制剂及医保目录内属于“单独使用不予支付且全部由这些饮片组成的处方也不予支付”情形的中药饮片；
2. 在定点零售药店发生的医保目录外非处方药品费用；
3. 年度药品总费用（不包含上述两项）30万元以上部分。
 |
| 医用材料 | 年度医用材料总费用10万元以上部分。 |

注：未按规定转诊发生的跨省异地医药费用原则上不纳入保障范围。根据《杭州市医疗保障局关于建立合理医疗费用负面清单动态调整机制的通知》，上级部门调整时将同步调整。

附件2

杭州市滨江区病贫无忧暖心基金申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 申请人银行卡号 |  | 开户银行（支行） |  |
| 其他联系人姓 名 |  | 联系电话 |  |
| 证件类别 | □《特困人员救助供养证》□《最低生活保障家庭证》□《最低生活保障边缘家庭证》  |
| 证件有效期限 |  年 月 日至 年 月 日 |
| 证件编号 |  |
| 已享受救助情况 | 商业保险 |  | 其他 |  |
| **本人及家庭成员承诺上述填报、提供的材料及所有签名真实、准确。以上是本人及家庭成员自愿做出的承诺，并已知晓如存在虚假填报信息，愿意承担由此产生的一切法律后果。**申请人签名： 年 月 日 |
| 社区意见（盖章） 年 月 日 | 街道意见（盖章） 年 月 日 |

备注：已享受救助情况不包含西湖益联保赔付金额。

附件 3

杭州市滨江区病贫无忧暖心基金审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请户主姓名 |  | 性别 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 户籍所在地 |  |
| 银行卡号 |  | 开户银行 |  |
| 患病家庭成员信息 |  |
| 困难证件类别 |  | 证件编号 |  |
| 困难证件有效期限 |  年 月 日 至 年 月 日 |
| 医药费全年发生总额 |  | 医保已结算 （含惠民保） |  |
| 医药费家庭自行承担金额 |  |
| 多 部 门 梯次减负情 况 | 区民政局 |  | 区残联 |  |
| 区退役军人 事务局 |  | 区总工会 |  |
| 区红十字会 |  | 区妇联 |  |
| 其 他 |  |
|  | 合 计 |  | 减负后家庭 负担金额 |  |
| 医疗费用负担封顶以上金额 |  | 负面清单剔除金额 |  |
| 拟救助金额 |  | 公示情况 反 馈 |  |
| 基金支付额（大写） |  ￥： |
| 区医保中心审核意见（盖章）： 年 月 日 | 区联席会议审核意见：（区人力社保局代章） 年 月 日 |
|  |  |

附件4

杭州市滨江区病贫无忧暖心基金审核汇总表

|  |
| --- |
| 单位：元 |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 困难证类别 | 总医疗费用 | 医保支付 | 西湖益联保赔付 | 负面清单剔除金额 | 各部门梯次减负情况 | 减负后合理医疗费用 | 救助金额 |
| 区民政局 | 区残联 | 区退役军人事务局 | 区总工会 | 区红十字会 | 区妇联 | 其他 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

杭州市滨江区人力资源和社会保障局

 年 月 日