

成都市卫生和计划生育委员会
成都市公安局
成都市民政局
成都市财政局
成都市人力资源和社会保障局
成都市审计局

文件

成卫计发〔2016〕31 号

关于成都市疾病应急救助基金结算
有关事项的通知

各区（市）县卫计局、公安局、民政局、财政局、人社局、审计局，市 120 急救指挥中心、委注册各医疗机构：

按照省卫生计生委等6部门以及市政府有关疾病应急救助工作的要求，我市于2015年由市卫计委等6部门联合下发了《关于印发疾病应急救助基金结算工作的通知》（成卫计发〔2015〕69号），并积极开展相关工作。为进一步做好我市疾病应急救助工作，经研究决定对疾病应急救助范围及基金结算工作进行调整，现将有关事项通知如下：

一、救助对象和范围

（一）疾病应急救助对象为在成都市域内发生急重危伤病、需要急救但身份不明或身份明确但无力支付相应急救医疗费用的患者，无力支付的患者范围包括：成都市户籍的低保、低保边缘、特困人员、分类保障的困境儿童等。

（二）经成都市疾病应急救助基金监督管理委员会研究通过的，因发生重大事故或重大灾难、公共事件、社会影响大的事件且治疗费用较大，个人（包括非成都户籍人员）无力支付人员。

（三）以上疾病应急救助对象的院前急救、急诊入院、ICU治疗及本次治疗期间产生的医疗费用纳入报销结算范围。

（四）经成都市疾病应急救助基金监督管理委员会研究通过的其他特殊情况。

二、医疗机构范围

（一）成都市120急救网络单位作为我市疾病应急救助定点医疗机构（以下简称“医疗机构”）；

（二）120急救网络单位以外的医疗机构对符合疾病应急救

助条件的患者提供了疾病应急救助并产生相应费用的，由各区（市）县医保机构初审后，报成都市医保局核定，特殊情况报成都市疾病应急救助基金监督管理委员会审定。

三、救助流程

（一）医疗机构收治应急救助对象后，必须及时、有效对需紧急救治的患者施救，并按照国家、省和市卫生计生部门规定的疾病应急救助救治（以下简称“应急救治”）标准和规范进行救治。严禁以任何理由拒绝、推诿或拖延救治。

（二）医疗机构在应急救治过程中，应尽量收集患者基本信息，填报《成都市疾病应急救助患者确认审批表》（附件1）。医疗机构在应急救治结束后，按规定填报《成都市疾病应急救助患者医疗费用审核支付表》（附件2）。

（三）医疗机构在应急救治过程中遇到身份未定、符合医疗救助的人员，应同时致电110报警。在申报此类人员救助基金结算时，需同时附带110出警记录。

（四）医疗机构在收集患者基本信息时，应及时联系医疗机构所在辖区派出所对其身份进行核实，派出所根据核查情况在《成都市疾病应急救助患者确认审批表》填写相关信息并盖章。涉及道路交通事故社会救助基金核实的，由事发地公安交管部门经办。

（五）医疗机构收治疑似流浪乞讨人员的，要及时联系救助管理机构进行流浪乞讨人员身份的甄别确认（中心城区及成都高

新区所在的医疗机构联系成都市救助管理站进行甄别确认，其余区（市）县（含天府新区成都直管区）联系当地救助管理机构开展甄别确认工作），救助管理机构应在2个工作日内完成确认。经救助管理机构确认属于流浪乞讨人员的，其医疗救治费用按照《成都市民政局成都市财政局成都市卫生局关于提高流浪乞讨人员医疗救治费用相关问题的通知》（成民发〔2014〕78号），由流浪乞讨救助管理机构向定点医疗机构支付。

不属于流浪乞讨人员的患者申请疾病应急救助，其办理程序如下：

1. 医疗机构先到所在辖区派出所对患者户籍地进行核实。如为成都市居民且户籍地明确的，医疗机构应到患者户籍地民政部门对其救助对象身份进行确认，成都户籍的低保、低保边缘对象、特困人员、分类救助的困境儿童由户籍地县级民政部门盖章确认此类对象无负担能力。

2. 如有身份证号但户籍地不明确的、或身份户籍都不明的患者，由医疗机构所在地区（市）县民政部门盖章；

3. 户籍地明确的非成都户籍的低保、低保边缘、特困供养人员和分类救助的困境儿童由医疗机构或患者本人（监护人）提供由户籍地县级民政部门盖章确认的无负担能力证明材料（包括户籍地县级民政部门已对该对象拨付的医疗救助金额）。

四、基金支付

（一）我市疾病应急救助基金的申请、审核、支付实行集中

审批核销制度。医疗机构每年7月31日和第二年1月31日前向所在地区（市）县医保经办机构提交上半年和下半年的疾病救助基金申请，原则上逾期未提交视为本期未发生救助费用，不再另行办理，特殊情况提交市疾病应急救助基金监督管理委员会审定。

（二）市财政局对上一年度实际发生疾病应急救助资金超过10万元的医疗机构，按上一年度实际发生疾病应急救助资金的60%预拨付各医疗机构，作为医疗机构开展疾病应急救助工作周转资金。

（三）对发生重大事故或重大灾难、公共事件、社会影响大的事件且治疗费用较大，个人无力支付的人员（包括非成都户籍人员），由医疗机构收集材料并对事件情况进行说明，向成都市疾病应急救助基金监督管理委员会办公室提出申请，经成都市疾病应急救助基金监督管理委员会研究通过后，由市财政局先行拨付相应疾病应急救助基金，医疗机构再按规定程序申请结算报销。

（四）救助对象发生的急救费用先由责任人、道路交通事故社会救助基金、流浪乞讨人员救助资金等渠道按规定支付。身份明确但无力缴费的患者所拖欠的急救费用还应先由工伤保险和医疗保险等各类保险、公共卫生经费、医疗救助基金等渠道按规定支付。无上述渠道或经上述渠道支付后费用有缺口的（经民政部门认定的流浪乞讨人员除外），由疾病应急救助基金给予补助。

(五) 刑事案件或道路交通事故等，犯罪嫌疑人在逃或肇事者逃患者无力支付时直接纳入疾病应急救助范围，当第三方追责并有支付能力时应追缴并退回疾病应急救助基金。

五、基金结算申请

医疗机构向所在地区（市）县医保经办机构申请疾病应急救助费用时，需提供以下资料：

- (一) 《成都市疾病应急救助患者确认审批表》（附件1）；
- (二) 《成都市疾病应急救助患者医疗费用审核支付表》（附件2）；
- (三) 《成都市疾病应急救助基金申请明细表（医疗机构）》（加盖公章，同时提供电子报表）（附件3）；
- (四) 医疗机构盖章的医疗机构收费票据；
- (五) 医疗费用汇总清单；
- (六) 门、急诊患者提供门、急诊病历复印件、110 出警记录（致电110报警情况下提供）、120急救出诊记录（由120送到医院抢救的救助对象须提供）、死亡证明（经抢救无效死亡的救助对象须提供）；
- (七) 住院患者提供病历复印件、入院记录复印件、出院证明、死亡证明（经抢救无效死亡的救助对象须提供）、医疗机构之间的转诊记录（转诊情况下须提供）；
- (八) 身份证复印件（身份明确的救助对象须提供）；
- (九) 工伤保险、医疗保险、民政救助、医疗救助基金等各

类保险或专项基金结算证明材料。

六、审核及拨付

（一）区（市）县医保经办机构进行要件审查。

区（市）县医保经办机构自收到资料齐全之日起5个工作日内完成要件审查。对未通过相关部门审核程序的医疗机构，不予受理。通过审查的资料由区（市）县医保经办机构留存备查。

（二）区（市）县医保经办机构核定支付金额并上报市医保局。

区（市）县医保经办机构核定支付金额，并于5个工作日内完成支付金额汇总并上报市医保局，同时提供医疗机构申请材料 and 《成都市疾病应急救助基金申请汇总表（区（市）县医保经办机构）》（附件4）。

（三）市医保局复核

市医保局收到区（市）县医保经办机构提交的基金支付申请材料后5个工作日内完成复审，同时向市财政局提交《成都市疾病应急救助基金申请汇总表（区（市）县医保经办机构）》（附件4）和《成都市疾病应急救助基金支付申请表》（附件5）。

（四）市财政支付

市财政局在收到市医保局提交的申请拨付疾病应急救助基金报告后，10个工作日内将疾病应急救助基金直接支付至申请医疗机构。

七、救助费用追偿

成都市疾病应急救助基金向医疗机构支付救助费用后，经查明患者有负担能力、有其他支付渠道的，医疗机构和区（市）县医保经办机构向患者追偿急救医疗费用，并将追回资金退回成都市疾病应急救助基金。

对医疗机构在疾病应急救助过程中提供虚假信息、套取疾病应急救助基金和过度医疗的违法行为，由卫生计生部门依法查处。

八、其他事项

（一）市卫计委、市公安局、市民政局、市财政局、市人社局、市审计局以及各医疗机构按照《成都市人民政府办公厅关于印发成都市疾病应急救助实施方案的通知》（成办发〔2013〕64号）要求，认真落实部门职责（单位职责）。

（二）市医保局应负责收集汇总疾病应急救助基金结算办理过程中出现的特殊情况，及时向成都市疾病应急救助基金监督管理委员会报告，由成都市疾病应急救助基金监督管理委员会集体研究处理。

（三）加强信息报送管理，每年两次集中审核支付后5个工作日内，市卫计委、市人社局（市医保局）及时填写《成都市疾病应急救助基金支付情况统计表》（附件6）上报相应省级部门，内容包括患者姓名；年龄、性别、诊断（病种）、申请基金金额、基金支付金额及汇总数据等。基金募集及拨付相关数据由

市财政局提供。

(四) 本《通知》自 2016 年 6 月 1 日起实施,原成都市卫计委等六部门《关于印发疾病应急救助基金结算工作的通知》(成卫计发〔2015〕69 号)同时废止。

- 附件: 1. 成都市疾病应急救助患者确认审批表
2. 成都市疾病应急救助患者医疗费用审核支付表
3. 成都市疾病应急救助基金申请明细表 (医疗机构)
4. 成都市疾病应急救助基金申请汇总表 (区 (市) 县医保经办机构)
5. 成都市疾病应急救助基金支付申请表
6. 成都市疾病应急救助基金支付情况统计表





成都市卫生和计划生育委员会办公室 2016 年 5 月 24 日印发



附件 1

成都市疾病应急救助患者确认审批表

医疗机构名称（盖章）： 填报时间： 年 月 日

救助对象	姓名		性别		户籍	
	身份是否明确	☐ 是 ☐ 否		身份明确患者 身份证号码		
	联系电话			家庭住址		
患者家属 (可填写)	姓 名			与患者关系		
	联系电话			家庭住址		
主要诊断（病种）：						
救治方式	☐ 门、急诊 ☐ 住院		门诊时间		年 月 日	
入院时间	年 月 日		出院时间		年 月 日	
患者转归	☐ 1. 普通住院治疗 ☐ 2. 重症监护治疗 ☐ 3. 死亡 ☐ 4. 出院					
伤病情况说明 (请详细描述造成伤 病的时间、 地点、原由 及经过等)	经办人： 科室负责人：					

备注：身份不明患者姓名和身份证等信息可不填写。

成都市疾病应急救助基金医疗费用审核支付表

申请医疗机构:(盖章)

患者姓名		性 别		年 龄	
身份证号		诊 断			
医疗总费用	元	医疗机构所属区(市)县			
申请材料清单	☐ 《成都市疾病应急救助患者确认审批表》; ☐ 患者身份证明材料(身份不明者不提供此项); ☐ 医疗机构盖章的医疗机构收费票据; ☐ 医疗费用汇总清单; ☐ 门、急诊患者提供门、急诊病历复印件、110 出警记录(致电 110 报警情况下提供)、120 急救出诊记录(由 120 送到医院抢救的救助对象须提供)、死亡证明(经抢救无效死亡的救助对象须提供); ☐ 住院患者提供病历复印件、入院记录复印件、出院证明、死亡证明(经抢救无效死亡的救助对象须提供)、医疗机构之间的转诊记录(转诊情况下须提供); ☐ 工伤保险、医疗保险、民政救助、医疗救助基金等各类保险或专项基金结算证明材料。				

已支付费用情况	责任人： 基本医疗保险： 道路交通事故应急救援医疗救助基金： 医疗救助基金： 元； 元； 元； 元； 工伤保险： 商业医疗保险： 公共卫生经费：
医疗机构意见	申请支付费用：(小写)： (大写)： 元。 经办人： 医保(或财务)负责人： 分管业务院长： 医疗机构(盖章) 年 月 日
区(市)县 医保经办机构 审核意见	审核扣款金额及原因： 核定拨付金额：(小写)： (大写)： 元 区(市)县医保经办机构(盖章) 年 月 日

备注:1. 该表除“区(市)县医保经办机构审核意见”外,其余信息由医疗机构填写。在□内符合打“√”,不符合打“×”。

成都市疾病应急救助基金申请明细表(医疗机构)

(年 月 日 — 年 月 日)

申请单位:医疗机构名称(盖章):				医疗机构编码:				申请时间:				年	月	日	
序号	姓名	身份证号	年龄	性别	救助类别	诊断	救治开始时间	救治结束时间	医疗费用总额(元)	申请支付金额(元)					
申请支付总人次						申请支付总金额(元)									
银行开户信息(填写全称)			开户名称			开户银行			银行账号						
区(市)县医保经办机构审核意见:(未通过审核患者,请填写名单及未通过审核原因) 盖章 年 月 日															

经办人: 医保(或财务)负责人: 分管业务院长: 经办人电话:

备注:1. 该表除“区(市)县医保经办机构审核意见”外,其余信息由医疗机构填写。
 2. 救助类别一栏请填写“身份不明”、“无力支付”或“其他”。
 3. 此表一式三份,医疗机构、区(市)县医保经办机构、市医保局各一份;

成都市疾病应急救助基金申请汇总表(区(市)县医保经办机构)

(年 月 日 — 年 月 日)

申请单位: 区(市)县医保经办机构(盖章):		申请时间:		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
序号	医疗机构编码	医疗机构名称	医疗机构 申报支付 人次	医疗机构 申报支付 金额(元)	医保机构 核定支付 人次	医保机构 核定支付 金额(元)	开户名称	开户银行	银行账号		
合 计											

经办人: 复核人: 审批人: 经办人电话:

备注: 此表一式三份, 区(市)县医保经办机构、市医保局、市财政局各一份。

成都市疾病应急救助基金拨付申请汇总表

(年 月 日—— 年 月 日)

申请单位:成都市医疗保险管理局(盖章)

申请时间:

区(市)县	医疗机构名称	开户名称	开户银行	银行账号	急救人次(人)	申请拨付 金额(元)
合 计						

经办人:

复核人:

审批人:

成都市疾病应急救助基金支付情况统计表

填报单位：		(盖章)		填报时间：		年 月 日						
序 号	患 者 姓 名	年 龄	性 别	诊 断	救治时间段	救助医疗机构	救助类别(勾选)			患者总费用 (元)	申请基金 支付费用 (元)	基金实际 支付金额 (元)
							身 份 不 明	无 力 支 付	其 他			
合 计												

统计时限： 年 月 日—— 年 月 日
年度基金总金额：_____,其中：中央财政拨款：_____,省级财政拨款：_____
市级财政拨款：_____,筹集金额：_____。