

关于印发《攀枝花市困难精神残疾人医疗救助项目实施方案》的通知

各县（区）残联、卫生健康局、医保局、市场监管局、民政局、乡村振兴局、财政局：

为进一步贯彻落实《中华人民共和国精神卫生法》，加强我市困难精神残疾人精神类疾病医疗救助工作，促进精神卫生工作可持续发展，现将《攀枝花市困难精神残疾人医疗救助项目实施方案》印发你们，请结合实际，认真贯彻执行。

攀枝花市残疾人联合会

攀枝花市卫生健康委员会

攀枝花市医疗保障局

攀枝花市市场监督管理局

攀枝花市民政局

攀枝花市乡村振兴局

攀枝花市财政局

2022年3月17日

攀枝花市困难精神残疾人医疗救助项目实施方案

为进一步规范我市困难精神残疾人医疗救助工作，帮助困难精神残疾人获得及时的精神类疾病医疗救助，减轻患者、家庭和社会的负担，促进社会和谐稳定，结合我市实际，制定本实施方案。

一、总体要求

深入贯彻《中华人民共和国精神卫生法》，按照“属地管理、应救尽救、及时便民”的原则，为家庭经济困难的残疾人实施医疗救助，救助内容包括：精神类疾病治疗的门诊服药救助和住院治疗救助。

二、救助对象及救助标准

（一）救助对象。

具有攀枝花市户籍、家庭经济困难、持有效精神类残疾人证、经二级及以上医疗机构精神科执业医师诊断因精神类疾病须门诊服药或住院治疗的残疾人。

家庭经济困难人员包括：低保对象、特困人员、低保边缘家庭成员和防止返贫监测对象。有条件的县（区）可适当放宽家庭经济条件限制。

（二）救助标准。

门诊服药救助，不超过1200元/人.年；住院治疗救助，不超

过 5000 元/人.年。有条件的县（区）可适当提高救助标准。

（三）救助方式。

1.救助范围及方式。救助对象在定点医疗机构发生的精神类疾病门诊服药或住院治疗费用，经基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险、医疗救助等报销和医保个人账户（含非救助对象医保卡）支付后的个人自付费用。个人自付费用在救助标准范围内的，由县（区）残联与定点医疗机构据实结算；超出救助标准部分，由救助对象自行承担。米易县残联可结合自身工作实际，按原流程和渠道（惠民惠农“一卡通”阳光审批系统）开展困难精神残疾人住院医疗救助。

2.门诊服药救助与住院治疗救助相衔接方式。同一时间段内，同一救助对象不能同时享受门诊服药救助和住院治疗救助。救助年度内，正在享受门诊服药的救助对象，因病情加重，经诊断需住院治疗的，可提交住院治疗申请，经审批通过后，停止门诊服药救助，享受住院治疗救助；享受住院治疗的救助对象出院后，经诊断需继续服药的，可提交门诊服药申请，经审批通过后，在当年救助标准范围内享受当年门诊服药救助。结算年度内，同一救助对象门诊服药救助标准和住院治疗救助标准分开计算。

3.项目衔接。各县（区）残联可适当放宽对本实施方案出台前正在享受本救助项目对象的家庭经济困难条件限制。

三、申请审批流程

（一）申请。

凡符合救助条件，有精神类疾病门诊服药或住院治疗需求的残疾人（或其监护人）均可向其户籍所在地的乡镇（街道）残联提出申请。并提供如下材料：

- 1.身份证或户口簿原件及复印件一份；
- 2.《残疾人证》原件及复印件一份；

3.二级及以上医疗机构精神科执业医师出具的因精神类疾病须门诊服药或住院治疗的诊断证明或入院通知书（诊断证明和入院通知书须医生签字、医院盖章，开具时间距离提交申请时间不得超过2个月）。

门诊服药申请时间：每年9月底前，申请当年困难精神残疾人门诊服药医疗救助（从审批通过之日起生效）；每年10月1日起，申请次年困难精神残疾人门诊服药医疗救助（审批通过后，享受次年门诊服药救助）。

住院治疗申请时间：申请人应在取得住院治疗诊断证明（或入院通知书）后、办理出院前，提出住院治疗申请。

同一申请人不能同时提出门诊服药申请和住院治疗申请。

（二）受理。

乡镇（街道）残联工作人员当场受理。申请材料齐全的，由申请人填写《攀枝花市困难精神残疾人医疗救助申请审批表》（以下简称“《申请审批表》”，见附件1）一式两份。申请材料不

齐全或不合格的，一次性告知申请人应补充的材料或不予通过的理由。

如县（区）残联指定的门诊服药或住院治疗定点医疗机构为两家或两家以上，申请人在填写《申请审批表》时，须在县（区）残联指定的定点医疗机构中自主选择接受救助的定点医疗机构。原则上，定点医疗机构一经选择，年度内不予更换。

（三）初审。

乡镇（街道）残联初审申请人是否符合困难精神残疾人医疗救助条件。

初审内容包括：申请人是否拥有本辖区户籍；是否持有有效《残疾人证》；《残疾人证》残疾类别中是否含精神类；是否提供二级及以上医疗机构精神科执业医师出具的近期诊断证明或入院通知书；诊断证明或入院通知书是否明确该申请人目前因精神类疾病确须服用药物或住院治疗；会同乡镇（街道）民政、乡村振兴部门初审申请人家庭经济困难情况。

乡镇（街道）残联应及时完成申请人初审工作，并按照县（区）残联规定时间将初审合格人员名单（见附件2）及申请审批材料报县（区）残联；告知未通过初审人员理由。

（四）审批。

县（区）残联对乡镇（街道）残联上报的初审合格人员户籍地归属、残疾身份、残疾类别、诊断情况、定点医疗机构选择等

内容进行复核，会同县（区）民政局、乡村振兴局复核申请人家庭经济困难情况，确定救助对象。

（五）转介。

县（区）残联为审批确定的救助对象开具《攀枝花市困难精神残疾人医疗救助卡》（以下简称《救助卡》，见附件3），并及时将《救助卡》和应由乡镇（街道）残联留存的应用审批材料交对应乡镇（街道）残联；将救助对象名单分发至对应的定点医疗机构；对审批未通过人员，告知未通过审批理由。

乡镇（街道）残联及时将《救助卡》分发给救助对象，救助对象凭《救助卡》到定点医疗机构接受医疗救助。

（六）救助。

审批通过的救助对象在规定时间内持医保卡和《救助卡》到指定的定点医疗机构按流程就诊，并在救助标准内享受医疗救助。

有下列情形之一的，停止救助：

- 1.救助对象死亡、户口迁出我市的，从次日起停止救助。
- 2.救助对象病情好转，经诊断不需要门诊服药（或住院）治疗的。
- 3.救助对象连续3个月未到定点医疗机构就诊或超过3个月未办理入院的。
- 4.发现申请材料弄虚作假的。

5.出现其他不符合救助条件情形的。

停止救助的人员，再次符合救助条件的，可重新提交救助申请。

四、定点医疗机构服务管理

（一）规范确定定点医疗机构。

项目执行定点医疗机构由各县（区）残联商县（区）卫生健康、医保部门确定。各县（区）可根据工作实际，确定1家或多家定点医疗机构为困难精神残疾人提供医疗救助服务。

（二）签订协议。

县（区）残联与承担本县（区）困难精神残疾人医疗救助项目的定点医疗机构签订《攀枝花市困难精神残疾人医疗救助合作协议》（参考样本见附件4）。明确双方权利、义务，合作内容、标准及结算方式等。

（三）规范救助服务。

1.做好数据交换。

县（区）残联及时将救助对象、停止救助人员的名单提供给相应定点医疗机构。

定点机构应将因病情好转，经诊断不需要门诊服药（或住院治疗）的；因各种原因连续3个月未到定点医疗机构就诊的；超过3个月未办理入院的救助对象名单及时反馈相应县（区）残联。

2.加强数据核验。

精神残疾人持医保卡和《救助卡》到定点医疗机构就诊时，定点医疗机构应及时将就诊人员信息与县（区）残联提供的人员名单进行比对。如有异议，应及时反馈相关县（区）残联。

定点医疗机构应不断加强信息化建设，努力实现“精神残疾人持医保卡就诊即可识别其救助身份”的便民措施。已实现救助对象身份识别的定点医疗机构，县（区）残联可取消《救助卡》使用。

3.规范诊疗服务。

定点医疗机构及其医务人员应当遵循精神障碍诊断标准和治疗规范开展精神障碍诊断和治疗活动，如实记录救助对象病情、治疗措施、用药情况、实施约束、隔离措施等内容。救助对象符合办理门诊特殊疾病（精神病）补助条件的，定点医疗机构应积极动员和配合办理。

（1）门诊服药救助：定点医疗机构精神科医师根据救助对象实际病情，确定救助对象定期就诊时间；按照控制医疗成本、提高治疗效果的原则，采用适宜的精神科治疗药品并进行必要的常规检查。对于长期固定用药且行动不便的救助对象，定点医疗机构应定期上门服务。

（2）住院治疗救助：定点医疗机构按程序及时为住院治疗救助对象办理入院手续；经治疗不需要继续住院治疗的，应及时办理出院；出院时根据救助对象病情需要，配给至少可服用半个

月的精神科基本药物。

（四）救助费用结算。

1.结算范围。结算年度内，救助对象在定点医疗机构发生的精神类疾病医疗费用，经基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险、医疗救助等报销和医保个人账户支付后的个人自付费用。救助对象个人自付费用在救助标准范围内的，由县（区）残联与定点医疗机构据实结算；等于或高于救助标准的，县（区）残联与定点医疗机构按照救助标准结算。

其中，下列费用不属于结算范围：未进入定点医疗机构 HIS 系统管理的费用；已由基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险、医疗救助等报销的费用；医保个人账户（含非救助对象医保卡）支付的费用；救助对象非精神类疾病产生的医疗费用；救助对象住院期间产生的门诊服药费用；经县（区）卫生健康、医保或市场监管部门认定不属于结算范围的费用。

住院救助对象在结算年度内尚未办理出院结算的，经县（区）残联审核后，纳入县（区）残联与定点医疗机构下一结算年度结算范围。

2.结算要求。

救助费用可采取预付+结算方式进行支付。每年县（区）残联与定点医疗机构至少结算 2 次（具体结算时间和结算次数由县级残联与定点医疗机构协商决定，并写入双方签订的合作协议

中)。结算时，定点医疗机构须向县（区）残联提供结算票据和救助对象门诊服药或住院治疗费用支出明细。县（区）残联会同相关部门审核通过后，确定结算金额。

县（区）残联对定点医疗机构提供的救助对象医疗费用结算资料有异议时，应牵头组成由县（区）卫生健康、医保、市场监管等部门为成员的核查小组，对定点医疗机构的救助对象医疗费用进行核查。由核查小组确定救助对象医疗费用是否属于县（区）残联结算范围。

3.结算费用支付时间和支付方式。

每年困难精神残疾人医疗救助项目资金下达后，由县（区）残联商本级财政部门通过银行转账方式，按照结算金额支付给定点医疗机构。

（五）安全管理。

各定点医疗机构是本机构安全工作的主体责任人，务必加强安全管理工作，按照相关部门要求，严格做好消防安全和常态化疫情防控等安全工作，及时排查并消除各类安全隐患，确保就诊、住院残疾人安全。安全管理工作不达标、疫情防控措施不到位的定点医疗机构，不得承担困难精神残疾人医疗救助项目。

五、工作措施

（一）加强部门协作。

残联、卫生健康、医保、市场监管、民政、乡村振兴、财政等部门各司其职，共同推进困难精神残疾人医疗救助项目规范运行，实现“应救尽救”，促进社会和谐稳定。

残联部门：负责困难精神残疾人医疗救助项目申请审批、管理发放《救助卡》和项目经费结算等工作。利用新媒体、基层宣传栏和每年“量服”入户调研等方式加大对困难精神残疾人医疗救助项目的宣传。

卫生健康部门：加强对承担项目的医疗机构的“三医监管”，进一步规范和优化医疗机构精神障碍诊断、治疗行为。指导精神卫生医疗机构、社区精防医生等开展有针对性的宣传工作。

医保部门：全面落实困难精神残疾人医疗保障制度，按程序将符合条件的精神残疾人纳入门诊特殊疾病保障范围。对医疗机构纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用进行监督。配合残联部门做好项目救助对象医疗费用复核工作。

市场监管部门：加强对承担项目的医疗机构的精神科药物价格监管。

民政部门：配合做好申请人家庭经济状况、救助对象享受临时救助等情况复核工作，积极开展精神障碍社区康复服务。协助开展有针对性的宣传工作。

乡村振兴部门：配合做好申请人家庭经济状况复核工作。协助开展有针对性的宣传工作。

财政部门：做好困难精神残疾人医疗救助项目资金保障工作。

（二）加强信息化和档案管理。

各县（区）残联要积极推动大数据运用，不断提高困难精神残疾人医疗救助项目执行科学化、精准化、高效化。有条件的县（区）残联可通过数据交换、数据共享等方式，加强数据核验，减化申请审批流程、减免申请人相关申请材料。

工作中要做好救助对象个人信息保密工作。有关单位和个人应当对精神障碍患者的姓名、肖像、住址、工作单位、病历资料以及其他可能推断出其身份的信息予以保密。

困难精神残疾人医疗救助项目纳入“中国残联精准康复系统”“四川省‘量体裁衣’式残疾人服务平台”进行信息化管理和监督。纸质档案管理按工作流程谁生成谁管理，乡镇（街道）残联、县（区）残联、定点医疗机构负责收集、整理、归档、管理各自生成的档案资料。

（三）监督管理。

每年救助工作结束后，由县（区）残联在公示栏中对本县（区）年度困难精神残疾人医疗救助项目的救助人数、金额等进行公示，公示期5个工作日。公示时应注明县（区）残联、纪检监察部门电话、邮箱等联系方式，方便群众监督。

各县（区）残联每年组织开展困难精神残疾人医疗救助对象

满意度抽查至少 1 次。抽查按照每个定点医疗机构随机抽查救助对象不少于 10 人（不足 10 人的全部调查）进行，且覆盖该定点机构承接的救助项目（门诊服药救助和住院治疗救助）。满意度抽查可采取现场问卷或电话抽查的方式进行，并做好记录。对抽查满意度低于 80% 的定点机构，由县（区）残联责令限期整改。整改期限已满，仍达不到规定标准或满意度低于 65% 的定点医疗机构，不再承担次年困难精神残疾人医疗救助项目。

（四）资金管理。

困难精神残疾人医疗救助项目资金纳入各县（区）财政预算安排，专款专用。市财政按照残保金缴费比例对三区（非扩权县）补助 50%，扩权县全额自行承担。

市财政对三区项目资金实行“当年预拨，次年结算”的管理办法。各县（区）残联每年 1 月底前向市残联报送上年度困难精神残疾人医疗救助资金结算表和救助对象花名册（见附件 5、6）。市残联汇总各县（区）的资金支出情况，确定三区结算方案。

（五）纪律管理。

困难精神残疾人医疗救助项目接受相关部门和群众的监督。各级残联和有关人员严格按照困难精神残疾人医疗救助对象条件、救助流程进行审核审批；定点医疗机构严格遵循精神障碍诊断标准和治疗规范，开展精神障碍诊断和治疗活动。困难精神残疾人医疗救助资金实行专款专用，严禁截留、挤占、挪用和虚报

冒领。对救助过程中存在的弄虚作假、优亲厚友、不作为慢作为、不合理医疗行为和违规使用专项资金等情形，依纪依法追究责任人。

- 附件：1.攀枝花市困难精神残疾人医疗救助项目申请审批表
- 2.XX 乡镇（街道）XXXX 年困难精神残疾人医疗救助项目初审合格名单
- 3.攀枝花市困难精神残疾人医疗救助卡
- 4.攀枝花市困难精神残疾人医疗救助合作协议（样本）
- 5.攀枝花市困难精神残疾人医疗救助资金结算表
- 6.攀枝花市困难精神残疾人医疗救助对象花名册

附件 1

攀枝花市困难精神人医疗救助项目申请审批表(年度)

申 请 人 填 写 项 目	姓名		性别		联系电话	
	户籍地址				残疾人证号	
	残疾类别	精神残疾 <input type="checkbox"/> 多重残疾(含精神类) <input type="checkbox"/>			残疾等级	
	家庭经济状况	低保家庭 <input type="checkbox"/> 特困人员 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭 <input type="checkbox"/> 防止返贫监测户 <input type="checkbox"/> 其他经济困难 <input type="checkbox"/>			申请救助内容	门诊服药 <input type="checkbox"/> 住院治疗 <input type="checkbox"/>
	参保情况	居民医保 <input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 门特(精神病)补助 <input type="checkbox"/>				
	监护人信息	姓名		性别		与申请人关系
	身份证号码				联系电话	
	本人自愿提出申请,所填写内容及提供材料真实有效,如有虚假,愿承担相应责任。					
	本人自愿选择在_____接受精神疾病服药 <input type="checkbox"/> /住院 <input type="checkbox"/> 治疗。本人承诺按时到(或按时送患者到)定点医疗机构接受精神疾病治疗。如超过3个月未到定点医疗机构接受治疗,视为自动放弃救助资格。					
	申请人(签名):					
	年 月 日					
乡镇(街道) 初审意见	经初审,该残疾人符合 <input type="checkbox"/> /不符合 <input type="checkbox"/> 困难精神残疾人服药 <input type="checkbox"/> /住院 <input type="checkbox"/> 医疗救助条件(不符合的理由:_____)。 初审人: _____ 盖章: _____ 年 月 日					
县(区) 残联审批 意见	经核实,该残疾人符合 <input type="checkbox"/> /不符合 <input type="checkbox"/> 困难精神残疾人医疗救助条件。核定救助内容服药 <input type="checkbox"/> /住院 <input type="checkbox"/> ,最高救助标准_____元(大写:_____元)。 不符合的理由: _____ 审核人: _____ 盖章: _____ 年 月 日					

备注:1.本表由申请人填写,申请人为本人或其法定监护人。2.本表一式两份,县(区)残联和乡镇(街道)各一份。3.在乡镇(街道)公共服务中心窗口提交申请。4.申请材料:(1)残疾人身份证或户口簿原件及复印件一份;(2)《残疾人证》原件及复印件一份;(3)二级及以上医疗机构精神科执业医师出具的因精神类疾病须服用药物或住院的诊断证明或入院通知书(诊断证明、入院通知单开具时间距离提交申请时间不得超过2个月)。

附件 2

XX 乡镇（街道）XXXX 年困难精神残疾人医疗救助项目初审合格名单

填报时间：

序号	姓名	残疾人证号	家庭经济状况	家庭住址	申请项目		选择定点医疗机构	监护人	联系电话	备注
					服药	住院				

注：家庭经济状况栏填写对应序号：①低保家庭、②特困人员、③低保边缘家庭、④防止返贫监测户、⑤其他经济困难。

附件 4

攀枝花市困难精神残疾人医疗救助 合作协议（样本）

甲方：XXX 县（区）残疾人联合会（以上简称甲方）

乙方：XXXXXXXXXX（以下简称乙方）

为了帮助困难精神残疾人得到及时有效的治疗和康复，减轻患者、家庭和社会的负担，促进社会和谐稳定，本着“扶残助残”“自愿选择”的原则，甲方与乙方共同开展困难精神残疾人医疗救助服务项目。具体合作协议如下：

第一条 合作事项

甲方开展的涉及下列困难精神残疾人医疗救助内容（XXXX 年度），由乙方具体实施，甲方支付相关费用。

门诊服药治疗：对救助对象使用药物，应当以诊断和治疗为目的，使用安全、有效的药物，不得为诊断或者治疗以外的目的使用药物。乙方为救助对象建立门诊病历，根据救助对象实际病情，确定救助对象定期就诊时间；按照控制医疗成本、提高治疗效果的原则，采用适宜的精神科治疗药品并进行必要的常规检查。对于长期固定用药且行动不便的救助对象，乙方应定期上门服务（具体上门服务时间由双方协商确定）。

必要的常规检查指：根据救助对象服药情况，可能造成对救助对象肝肾等功能的损伤而进行的必要的血常规、肝功、肾功、心电图或胸片检查（长期服用碳酸铝的救助对象可根据服药情况，做必要的血铝检查）。年度内常规检查费用不得超过 300 元，超出部分不属于结算范围。

住院治疗：乙方按程序及时为住院治疗救助对象办理入院手续；经治疗不需要继续住院治疗的，应及时办理出院；出院时根

据救助对象病情需要，配给至少可服用半个月的精神科基本药物。

第二条 双方的权利义务

（一）甲方的权利和义务

1.开展困难精神残疾人医疗救助申请审批工作，及时将困难精神残疾人医疗救助对象人员名单提供给乙方，协助乙方开展救助对象资格核验工作。

2.发放和管理《攀枝花市困难精神残疾人医疗救助卡》（以下简称《救助卡》）。

3.及时将门诊服药救助转住院治疗救助人员信息提供给乙方（提供方式由双方协商确定）。

4.对乙方开展攀枝花市困难精神残疾人医疗救助项目的相关工作情况进行监督。对乙方提供结算资料有异议时，有权组织卫生健康、医保、市场监管等部门开展核查工作。

5.年度协议服务内容结束后，按协议与乙方结算并支付医疗救助费用。

（二）乙方的权利和义务

1.根据本合作协议的内容，按照《中华人民共和国精神卫生法》和卫生健康、医保等部门规定，严格遵循精神障碍诊断标准和治疗规范，独立、规范开展精神障碍诊断和治疗活动。

2.根据甲方提供的精神残疾人医疗救助对象名单和救助内容，核验救助对象《救助卡》、医保卡等信息，信息吻合的，开展相应项目（门诊服药或住院治疗）的医疗救助服务。

3.乙方将救助对象医疗费用全部纳入HIS系统进行管理，并如实记录相关诊疗活动，完整保存服药处方、住院病历、出院带药处方及工作记录以备检查。病历资料保存期限不得少于30年。

4.及时停止甲方提供的门诊服药救助转住院救助人员的门

诊服药救助。因乙方未及时停止门诊服药救助而产生的费用，不作为甲乙双方的结算范围。

5.及时停止因病情好转，经诊断不需要门诊服药（或住院）治疗的救助对象的医疗救助，并及时报告甲方。如因乙方未停止救助造成的一切后果，由乙方负全部责任。

6.及时停止因各种原因连续3个月不就诊（从最后一次就诊时间次日起计算）或超过3个月未办理入院（从乙方收到甲方救助对象名单之日起计算）的救助对象的医疗救助，并及时报告甲方。如因乙方未停止救助或未报告甲方造成的损失，由乙方负全部责任。

7.严格按照国家相关规定建立健全各项管理制度和工作服务流程，加强日常管理，并保证救助对象的安全。诊疗期间若出现安全事故，由乙方负全部责任。

8.救助对象符合办理门诊特殊疾病（精神病）补助条件的，乙方应积极动员和配合办理。

9.不断加强信息化建设，努力实现“精神残疾人持医保卡就诊即可识别其救助身份”的便民措施，为救助对象提供更加便利的医疗救助服务。

10.配合甲方完成项目执行情况的统计、上报工作；为甲方审核结算资料、核查救助对象医疗费用等提供方便。

第三条 项目经费管理与结算

（一）结算范围

在一个结算年度内，救助对象在乙方处发生的精神类疾病门诊服药或住院治疗费用，经基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险、医疗救助等报销和医保个人账户支付后的个人自付费用（以下简称“个人自付费用”）。救助对象个人自付费用在救助标准范围内的，由县（区）残联与定点医疗机构据实结算；等于

或高于救助标准的，县（区）残联与定点医疗机构按照救助标准结算。

下列费用不属于结算范围：未进入乙方 HIS 系统管理的费用；已由基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险、医疗救助等报销的费用；医保个人账户（含非救助对象医保卡）支付的费用；救助对象非精神类疾病产生的医疗费用；救助对象住院期间产生的门诊服药费用；门诊服药救助对象常规检查费用超出 300 元的部分；已取消救助资格人员产生的医疗费用；非甲方审批确定的救助对象产生的医疗费用；经县（区）卫生健康、医保或市场监管部门认定不属于结算范围的费用。

住院救助对象在结算年度内尚未办理出院结算的，经甲方审核后，纳入双方下一结算年度结算范围。

（二）结算标准

门诊服药救助对象：不超过 1200 元/人.年；住院治疗救助对象：不超过 5000 元/人.年。

注：由救助对象自行支付的超出救助标准的医疗费用，定点医疗机构应按相关规定，为其出具医疗费用票据。

（三）费用结算

救助费用采取预付+结算方式进行支付（具体结算方式由双方协商确定。如选择预付+结算方式，预付金额不得超过年度发生额的 60%）。预付费时间：XXXX 年 X 月；结算时间：6 月底前、11 月底前（具体时间双方协商确定）。

结算时，乙方向甲方提供结算票据和救助对象门诊服药或住院治疗费用支出明细。乙方提供的救助对象医疗费用明细应与 HIS 系统一致。

甲方通过 HIS 系统对乙方提供的结算资料进行审核。甲方对乙方提供的结算资料有异议时，组建由卫生健康、医保、市场监

管部门为成员的核查小组，对乙方提供的救助对象医疗费用进行核查。甲方通过审核、核查结果确定结算金额。

（四）结算费用支付

甲方当年困难精神残疾人医疗救助项目资金下达后，由甲方商本级财政部门通过银行转账方式，按照结算金额支付给乙方。

第四条 责任

乙方为独立的法人，自主经营，独立核算，独立承担法律责任。

第五条 协议的生效变更与解除

1.协议自双方签字或盖章后生效，有效期自签订之日起至XXXX年12月31日止。

2.经双方协商一致，本协议可以变更、解除。

3.任一方需解除本协议的，应提前3个月向对方提出。

4.非经双方协商一致，违约方不得单方解除本协议。

5.因不可抗力导致本协议无法继续履行的，本协议可解除，双方互不承担责任。但受不可抗力影响的一方应尽力确保不可抗力对履行本协议所造成的影响。

第六条 其他约定

1.本协议未尽事宜，双方本着“扶残助残”和友好协商的原则签订补充协议予以约定，补充协议与本协议具备同等法律效力。

2.本协议附乙方资质、法定代表人身份证复印件、银行账号（上述材料均需加盖公章）。

3.本协议一式两份，甲乙双方各持一份，具有同等效力。

4.双方因履行本协议发生争议的，应友好协商；协商不成时，均可向甲方所在地人民法院起诉。

甲方：
授权代表：
电话号码：
地址：
日期：

乙方：
授权代表：
电话号码：
地址：
日期：

附件 5

XXXX 年攀枝花市困难精神残疾人医疗救助资金结算表

单位：

单位：人、万元

年 月 日

项目	救助人数	救助金额	上级补助资金	按政策应分担资金		备 注
				市级财政	县级财政	
门诊服药						1.扣除上级补助资金后,市对三区(非扩权县)补助 50%, 剩余部分由各县(区)承担; 2.统计已救助人数(非人次); 3.金额数字用四舍五入法保留到小数点后两位。
住院						
合计						

负责人：

经办人：

附件 6

XXXX 年攀枝花市困难精神残疾人医疗救助对象花名册

单位：

时间： 年 月 日

序号	姓名	残疾证号	家庭住址	救助内容		联系电话	救助机构	救助金额 (元)
				服药	住院			
合 计								

说明：救助金额填写当年实际发生服药或住院医疗救助费用。本表金额合计应等于结算表的“救助金额”。