**青田县卫生健康局关于印发**

**《青田县危重、贫困孕产妇救助资金管理办法》的通知**

**(征求意见稿）**

各卫生健康单位：

为进一步理顺危重、贫困孕产妇救助协调工作机制，规范全县危重、贫困孕产妇救助资金的管理，切实保障危重、贫困孕产妇享受公平的妇幼保健医疗服务，根据《丽水市危重孕产妇抢救应急预案》等相关文件精神，结合我县实际，特制定本办法。

**一、总体要求**

确保危重、贫困孕产妇在发生危急生命的并发症或合并症时，能够得到及时有效救治，切实保障母婴健康安全，进一步降低我县孕产妇死亡率和围产儿死亡率。

**二、补助对象**

青田县辖区内常住的孕产妇（包括本地户籍和居住本县半年以上的流动孕产妇），在孕产期积极配合妇幼健康管理工作，符合下列条件者即可列入救助范围。

1. 危重孕产妇。经县级以上医疗机构确诊抢救的危急重症孕产妇，因紧急抢救产生大额救治费用者。
2. 贫困孕产妇。

１、夫妻中有残疾丧失劳动能力的（须持有残联核发《中华人民共和国残疾人证》）；

２、突发性灾难导致贫困的；

３、家庭成员中多人生病导致贫困的；

４、城乡低保户家庭孕产妇；

5、其他特殊原因导致贫困的；

（三）特殊孕产妇。因家庭、健康、社会因素等各种原因造成孕产期出现需密切关注的特殊管理孕产妇。

**三、补助标准**

符合补助条件孕产妇的产前检查、住院分娩、抢救治疗等费用，应剔除医疗保险、浙丽保、商业保险等支付费用后，剩余个人自费部分按比例给予一定补助。

1.危重孕产妇：个人自费抢救费用按60-80%比例予以补助。

2.家庭贫困孕产妇：已进行规范保健工作，其中产前检查和住院分娩的费用按个人自费部分的60-80%比例予以补助。

3.特殊孕产妇：（与家庭、社会因素等各种原因密切关联的特殊孕产妇），产前检查和住院分娩的费用予以适当补助。

4.每人每年补助金额最高不超过20000元。

每年申报的补助资金总额在财政保障总额以内，可按以上比例予以补助，若申报补助总额超出保障额度，各项补助比例将适当下调。

**四、补助程序**

（一）时间

实施年度集中申报补助，补助费用每年结算两次，材料截至当年度6月30日和11月30日前，11月30日之后核定的补助费用可顺延至下一年度申报。

（二）所需材料

1.填写《青田县危重贫困孕产妇补助申请表》一式二份，孕产妇本人身份证复印件、产前检查和住院费用等发票原件或复印件。

2.有低保证或残疾证者需提供复印件。

（三）补助流程

1.符合条件的补助对象填写申请表，先经县级以上分娩的医疗机构妇产科主任签字，单位证实盖章。再由辖区的乡镇卫生院妇幼人员和乡镇政府（街道办事处）调查核实家庭情况，在申请书上签署调查审核意见，单位盖章后有效。

2.补助对象所在辖区的乡镇卫生院妇幼人员收集相关申报材料，进行初步审核，报送至县妇计中心。

3.县妇计中心负责对申报情况进行复核，并提交至青田县危重贫困孕产妇救助协调领导小组研究决定。

4.危急重孕产妇紧急抢救或是绿色通道产生的相关医疗费用，由抢救的医疗机构提出申请，青田县危重贫困孕产妇救助协调领导小组进行审核后研究决定。

5.经青田县危重贫困孕产妇救助协调领导小组研究确定补助后，对相关补助信息予以公示后发放。

**五、组织管理**

为切实加强妇幼保健工作，做好对危重贫困孕产妇的救助，不断提高孕产期保健服务质量，保障我县孕产妇救助工作规范运行，成立以卫生健康局分管局长为组长的青田县危重贫困孕产妇救助协调领导小组，负责相关工作的协调领导。危重贫困孕产妇救助资金由县财政局保障，县危重贫困孕产妇救助协调领导小组统一管理，专款专用，县妇计中心负责组织实施。

本办法自印发之日起执行，县卫生健康局负责解释。

附件：1.青田县危重贫困孕产妇救助协调领导小组

2.青田县危重贫困孕产妇救助申请表

附件1

**青田县危重贫困孕产妇救助协调**

**领导小组**

组 长：徐冠华

副组长：叶巧玉

周玲玲

成 员：蓝伟芳

夏伟晓

纪伟青

留永梅

季建媚

郑晓燕

领导小组下设办公室，办公室设在县妇计中心,夏伟晓兼任办公室主任，陈 丽、叶美美为办公室成员。领导小组成员及办公室成员因工作需要发生变化的，由接替其工作职责人员进行递补，不再另行发文。

**附件2 青田县贫困危重孕产妇资金补助申请书**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 产 妇  姓 名 |  | | 年  龄 |  | | 户  籍 | |  | | | | 详 细  住 址 | | |  | | | | |
| 产妇身份证号码 | | |  | | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | |
| 产妇银行卡号 | | |  | | | | | | | | | 丈夫姓名 | | |  | | | | |
| 家中  人口数 | 每年人均  收入（元） | | | | 家庭负担  情况 | | | | 孕妇分娩日期 | | 育有子女情况 | | 申请联系人 | | | | | 联系电话 | |
|  |  | | | |  | | | |  | |  | |  | | | | |  | |
| 代行申请人姓名 | | (签章) | | | | | | | 住 址 | |  | | | | 与申请人关系 |  | | | 年  月 日 |
| 疾 病  诊 断 | | 管理、诊疗情况 | | | | | | | | 医药费金额（元） | | | | | | | 妇产科主任签字  医疗单位盖章    年 月 日 | | |
| 项 目 | | 总 额 | | 自费部分 | | |
|  | |  | | | | | | | | 住院分娩 | |  | |  | | |
| 产检费用 | |  | |  | | |
| 其他费用 | |  | |  | | |
| 合 计 | |  | |  | | |
| 乡镇卫生院调查意见 | | | | | | | 乡镇（街道）审查意见 | | | | | | | 协调领导小组意见 | | | | | |
| 意见：  调查人：  （卫生院盖章）  日期： 年 月 日 | | | | | | | 意见：  经办人：  （乡镇政府盖章）  日期： 年 月 日 | | | | | | | 补助金额： 元。  日期： 年 月 日 | | | | | |

注：以上内容均需真实填写，如因不实信息产生相应法律责任，由相应人员承担后果。

需提供的材料：1、申请书一式二份；2、孕产妇身份证复印件一份；3、孕产妇医疗费用发票原件或复印件一份； 4、有低保证或残疾证者需提供复印件。