



当前位置: 首页 > 政府信息公开 > 政策 > 规范性文件 > 鄂州政规

市人民政府关于印发鄂州市医疗救助实施办法（修订）的通知

索引号:	011217651/2017-20050	文号:	鄂州政规〔2017〕3号
发布机构:	鄂州市政府	发布日期:	2017年08月01日
信息分类:	鄂州政规	有效性:	有效

各区人民政府、开发区管委会,各街道办事处,市政府各部门:

《鄂州市医疗救助实施办法（修订）》已经市人民政府2017年第8次常务会议审议通过,现予发布,请遵照执行。

鄂州市人民政府

2017年6月4日

(修订)

第一章 总 则

第一条 为建立健全社会救助体系和医疗保障体系，推进医疗救助与综合医疗改革相衔接，根据《湖北省社会救助实施办法》，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市困难居民的医疗救助及相关管理工作。

第三条 本办法所称医疗救助，是指通过政府拨款和社会捐助等多渠道筹集资金，以资助参加基本医疗保险、补助或减免医疗费用等方式，对承担医疗费用过重的困难居民进行的救助。

本办法所称困难居民是指符合本办法第六条规定的对象。

第四条 医疗救助应当遵循托住底线、统筹衔接、公开公正、高效便捷的原则。

第五条 市民政部门负责统筹、组织实施和监督管理医疗救助工作。医疗救助工作实行属地管理，各区（开发区）、街道办事处、乡镇人民政府民政部门（机构）负责受理审核本辖区内的医疗救助等日常工作。

财政部门负责医疗救助资金的筹集、拨付和监管工作。

人力资源和社会保障部门负责协助做好医疗救助与基本医疗保险、大病保险同步结算工作。

卫生和计划生育部门负责重特大疾病医疗救治的协调，指导定点医疗机构做好困难居民的医疗诊治及有关费用优惠、减免工作。

残联、扶贫部门分别负责重度残疾人、建档立卡精准扶贫对象的认定工作。

审计部门负责医疗救助审计工作。监察部门负责对医疗救助相关部门履职尽责情况进行监督。

第二章 救助对象和费用救助范围

第六条 医疗救助对象包括下列人员：

（一）重点救助对象。指城乡最低生活保障对象和特困供养人员（含城市“三无”人员、农村“五保”对象、城乡孤儿）。

（二）低收入救助对象。指未纳入城乡最低生活保障范围，家庭人均可支配收入在城乡最低生活保障标准2倍以下（一般不超过本市执行的月最低工资标准），且家庭财产状况符合本市城乡居民最低生活保障认定条件的家庭成员。

（三）建档立卡精准扶贫对象。指市扶贫办确定的建档立卡精准扶贫对象。

（四）因病致贫救助对象。主要指因发生高额医疗费用，年度自付合规医疗费用超过30000元，家庭财产状况符合本市城乡居民最低生活保障认定条件，难以维持家庭基本生活的重病患者。

第七条 医疗救助对象在定点医疗机构就诊，经基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险等报销赔付后，剩余的自付合规医疗费用纳入医疗救助费用范围。对确需到非本市定点医疗机构救治的对象，应当按照相关规定办理转诊手续。

第八条 在入院时未被认定为医疗救助对象但在住院治疗期间被认定为救助对象，或者在入院时被认定为医疗救助对象但在住院治疗期间被认定为非救助对象的，其当次住院治疗费用中的自付合规医疗费用均纳入医疗救助费用范围。

第九条 合规医疗费用范围参照本市基本医疗保险和大病保险的相关规定执行。

第十条 下列医疗费用不纳入医疗救助费用范围：

（一）因整形、美容、保健、戒毒而发生的医疗费用；

（二）因打架斗殴、寻衅滋事或自杀自残接受诊疗而发生的医疗费用；

(三) 交通事故、医疗事故、工伤、职业病以及有其他赔付责任主体支付医疗费用的;

(四) 法律、法规、规章规定的其他情形。

第三章 救助方式和标准

第十一条 医疗救助包括资助参加城乡居民基本医疗保险、门诊医疗救助和住院医疗救助等三种方式。

第十二条 对重点救助对象参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分, 按规定给予全额资助。

第十三条 重点救助对象、低收入救助对象、建档立卡精准扶贫对象因患有本市确认的23种重特大疾病(儿童急性白血病、儿童先天性心脏病、艾滋病、甲类传染病和乙类按甲类管理的传染病四种疾病未纳入本市基本医疗保险门诊重症慢性疾病, 另有专项定额补助), 且办理了本市基本医疗保险门诊重症(慢性)疾病审批手续的, 每人每年给予1000元门诊医疗救助。

特困供养人员每人每年给予500元常见病门诊医疗救助。

第十四条 医疗救助对象因住院治疗而产生的医疗费用, 经基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险等报销赔付后的自付合规部分, 按照下列标准进行住院医疗救助:

(一) 一般疾病医疗救助。对重点救助对象因患疾病而住院治疗产生的自付合规医疗费用, 按照70%的比例给予救助, 年救助封顶线为20000元(不含门诊定额救助金额, 下同); 对低收入救助对象和不属重点救助对象的建档立卡精准扶贫对象, 自付合规医疗费用超过5000元的, 超过部分按照30%的比例给予救助, 年救助封顶线为10000元; 对因病致贫救助对象, 自付合规医疗费用超过30000元的, 超过部分按照15%的比例给予救助, 年救助封顶线为6000元。

(二) 重特大疾病医疗救助。重点救助对象、低收入救助对象、建档立卡精准扶贫对象因患有本市确认的27种重特大疾病, 住院治疗产生的自付合规医疗费用, 经上述各项保险赔付、救助后的部分, 由市、区(开发区、街道办事处)财政及相关部门专项资金予以兜底保障, 具体保障办法按《鄂州市特殊困难群众兜底保障实施意见》执行。

特困供养人员经各项保险赔付、救助后的自付医疗费用, 分别由所在区(开发区、街道办事处)全额承担。

第十五条 对未在定点医疗机构办理转诊手续但属于危急重症，且必须到非本市定点医疗机构救治的对象，因治疗产生的医保政策范围内的自付合规医疗费用，按照本办法第十四条相关规定给予救助。未在定点医疗机构办理转诊手续且不属于危急重症，到非本市定点医疗机构救治的对象，对其因治疗产生的自付合规医疗费用，按照本办法第十四条规定比例的50%给予救助。

未参加基本医疗保险的医疗救助对象，视作在非本市定点医疗机构救治，比照前款规定比例给予救助。

第十六条 重点救助对象在本市医疗救助定点医疗机构住院，医疗机构应当免收救助对象住院合规费用押金，并对其门诊挂号费、住院床位费、护理费、大型设备检查费、手术项目费用给予优惠。

第十七条 重点救助对象和低收入救助对象、建档立卡精准扶贫对象，因发生危急重伤病且无力支付相应费用，符合疾病应急救助条件的，可以按照相关规定申请疾病应急救助。

对医疗救助、疾病应急救助后，个人负担仍然较重的救助对象，可以通过公益慈善组织、社会工作服务机构等以慈善项目、发动社会捐助、提供专业服务、志愿服务等形式给予帮扶。

第十八条 医疗救助标准由市人民政府根据经济社会发展水平和医疗救助资金使用情况予以适时调整并公布。

第四章 救助程序

第十九条 资助重点救助对象参加城乡居民基本医疗保险，由市人力资源和社会保障部门按规定提供标准，市民政部门提供名单和补助金额，市财政部门审核后直接拨付至医保基金专户。

对患有本市确认的23种重特大疾病的重点救助对象、低收入救助对象、建档立卡精准扶贫对象的门诊医疗救助和特困供养人员的常见病门诊医疗救助，由市民政部门核定人数和补助金额，市财政部门审核后通过社会救助资金专用账户直接拨付至医疗救助对象个人账户，属集中供养特困人员的拨付至供养服务机构专用账户。

第二十条 重点救助对象、低收入救助对象和建档立卡精准扶贫对象在本市医疗救助定点医疗机构就诊的，可以申请医中即时结算救助。

上述救助对象在医疗救助定点医疗机构住院时，可以凭身份证、社会救助证（特困人员救助供养证、儿童福利证、低收入认定证明等）向医疗机构即时结算窗口提出医疗救助申请，出院结算时只需结清个人应当承担的医疗费用。

第二十一条 救助对象在未设置即时结算窗口的定点医疗机构治疗，按照下列程序办理医后救助：

（一）申请。治疗终结后，由救助对象本人或者其委托的亲属、村（居）民委员会向其居住满1年以上的居住地或者户籍所在地乡镇人民政府（街道办事处）民政部门（机构）提出申请，并提供身份证、社会救助证（特困人员救助供养证、儿童福利证、低收入认定证明等）、社会保障卡、出院小结、基本医疗保险结算票据、门诊重症（慢性）卡等资料，填写《鄂州市医疗救助审批表》。因病致贫救助对象还需提供户口簿、家庭收入及财产状况证明材料，填写《居民家庭经济状况核对委托授权书》。

（二）审核。乡镇人民政府（街道办事处）民政部门（机构）在受理申请之日起7个工作日内对救助对象提供的申请材料进行审核并提出审核意见。对符合救助条件的，在救助对象所在村（居）民委员会进行公示，公示期为5个工作日。对公示期满无异议的，经区（开发区）民政部门审查后报市民政局部门（街道办事处民政机构直接报市民政局部门）审批；对有异议且经核查不符合救助条件的，书面告知申请人并说明理由。

对因病致贫救助对象申请医后救助的，乡镇人民政府（街道办事处）民政部门（机构）应当通过信息核对、入户调查、邻里访问、信函索证以及民主评议等方式，调查核实其是否符合医疗救助条件。

（三）审批。市民政局部门对区（开发区）、街道办事处民政部门（机构）报送的材料进行审查，并在收到申请之日起7个工作日内提出审批意见。

第二十二条 医疗救助对象跨年度申请医后救助的，应当在次年3月31日之前提出申请，医疗救助金额按照医疗机构结算时间计入其当年救助金额。

第五章 救助资金筹集和管理

第二十三条 医疗救助资金来源：

(一) 中央、省补助资金；

(二) 市、区（开发区、街道办事处）财政预算资金；

(三) 福利彩票公益金地方留成的提取部分；

(四) 上年度结余资金；

(五) 社会捐助资金。

第二十四条 医疗救助资金应当专款专用，专账核算。年终结余资金结转至下一年度使用。

医疗救助所需专项工作经费按有关规定列入市财政预算，专门用于医疗救助管理服务工作。

第二十五条 医疗救助定点医疗机构对医中即时结算救助资金实行先行垫付，并定期向市民政部门提交医疗救助医中即时结算救助资金的相关资料，经民政部门在规定期限内审核后，向市财政部门提出支付申请，由财政部门通过社会救助资金专用账户直接支付给医疗救助定点医疗机构。

民政部门在规定期限内对医疗救助申请进行审批后，就医后救助资金向市财政部门提出支付申请，由财政部门通过社会救助资金专用账户直接支付至医疗救助对象个人账户。

第二十六条 城乡医疗救助资金应当全部用于医疗救助。任何单位和个人不得截留、挤占、挪用，不得向救助对象收取管理费用。对不按照相关规定用药、诊疗以及不按照相关规定提供医疗服务所发生的医疗费用，医疗救助资金不予结算。

第六章 监督管理

第二十七条 市、区（开发区）、街道办事处、乡镇人民政府民政部门（机构）应当公开医疗救助政策和申请程序，在村（居）民委员会公开审核审批结果，设立监督电话，接受社会监督。

第二十八条 医疗救助及各定点医疗机构经办人员在履行医疗救助职责过程中玩忽职守、徇私舞弊、滥用职权或存在其他违法违规行为的，依法依规予以问责；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法追究其刑事责任。

第二十九条 对无正当理由拒不履行救助职责的医疗救助定点医疗机构，由市民政部门责令改正或者取消其医疗救助定点医疗机构资格。

第三十条 对采取虚报、隐瞒、伪造等手段，骗取医疗救助资金的，市民政部门应当停止对其实施的医疗救助，依法追回其非法获取的救助资金；构成违反治安管理行为的，由公安机关依法给予处罚；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法追究其刑事责任。

第七章 附 则

第三十一条 本办法所称定点医疗机构，是指本市基本医疗保险定点医疗机构；医疗救助定点医疗机构，是指与本市民政部门签订了即时结算服务协议的定点医疗机构。

第三十二条 本办法所称27种重特大疾病是指经本市医保部门认定的高血压三期、糖尿病、中风后遗症、冠心病、风心病、肺心病、重症精神病、硬皮病、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、重症肝炎、重症肌无力、地中海贫血、慢性脊髓炎、再生障碍性贫血、帕金森、肝豆状核变性、癌症、肾衰竭透析、器官移植、血友病、红斑狼疮、肺结核、儿童急性白血病、儿童先天性心脏病、艾滋病、甲类传染病和乙类按甲类管理的传染病。

第三十三条 本办法有效期自2017年6月4日至2022年6月3日。《鄂州市医疗救助实施办法》（鄂州政规〔2012〕2号）同时废止。

分享到

【打印此页 | 关闭窗口】

方针政策权威发布，经济民生面面俱到，新鲜资讯随手掌握



欢迎关注鄂州政府网官方微信“鄂州市政府门户网站”。

① 打开微信——发现——扫一扫，扫描左侧的微信二维码关注。

② 打开微信——通讯录——右上角“添加”，搜索“鄂州市政府门户网站”或“ezzfw0711”关注。

中央部门网站

省市州政府网站

省内政府网站

友情链接

[设为首页](#) | [收藏本站](#) | [网站地图](#) | [网站大事记](#) | [联系我们](#) | [网站声明](#) | [系统管理入口](#)



政府网站标识码：4207000051 鄂公网安备42070402000036号 鄂ICP备05017375号-1

版权所有 鄂州市人民政府 主办：鄂州市人民政府 承办：鄂州日报社 政务咨询：12345 点击总量：98055306

