

索引号:	11220200795219742W/2015-04741	分类:	卫生健康;通知
发文机关:	吉林市人民政府	成文日期:	2015年12月30日
标题:	关于印发《吉林市医疗救助实施办法》的通知		
发文字号:	吉市政发〔2015〕19号	发布日期:	2015年12月30日

# 吉林市人民政府文件

吉市政发〔2015〕19号

吉林市人民政府

# 关于印发《吉林市医疗救助实施办法》的 通知

各县（市）区人民政府，各开发区管委会，市政府各委办局、直属机构：

现将《吉林市医疗救助实施办法》印发给你们，请严格遵照执行。

吉林市

人民政府

2015年12月30日

## 吉林市医疗救助实施办法

**第一条** 为完善医疗救助制度，保障困难群众的基本医疗权益，按照《社会救助暂行办法》（国务院令 第649号）、《国务院办公厅转发民政部等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作意见的通知》（国办发〔2015〕30号）和《吉林省人民政府办公厅关于转发省民政厅等部门吉林省医疗救助实施意见的通知》（吉政办发〔2015〕41号）要求，结合实际，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于对具有本市城区户籍（居住证）的城乡居民实施的医疗救助。

**第三条** 医疗救助遵循下列原则：

（一）坚持尽力而为、应救尽救。确保所有符合条件的困难群众遭遇医疗困难时都能得到医疗救助；

（二）坚持量力而行、突出重点。救助水平与经济社会发展相适应，突出特殊困难群众，突出重特大疾病医疗救助；

（三）坚持城乡统筹、制度衔接。与其他医疗保障制度和社会慈善事业有效衔接；

（四）坚持便民利民、高效便捷。优化救助流程，简化救助程序，加快信息化建设，提高救助效能；

（五）坚持规范管理、公平公正。强化医疗救助公开工作，提高管理服务水平，确保医疗救助工作健康可持续发展。

**第四条** 民政部门要做好政策制定、救助办理、资金需求测算及数据统计分析等工作。

财政部门要优化和调整支出结构，保障医疗救助资金需求；按照上年度直接救助人次安排工作经费并纳入财政预算，稳定保障渠道。

人力资源社会保障部门要配合民政部门做好救助对象参加城镇居民基本医疗保险和可疑医保报销凭证鉴定工作。

卫生计生部门要加强对医疗机构的监管，规范医疗机构诊疗服务，配合民政部门做好救助对象参合和可疑农合补偿凭证鉴定工作。

大病保险经办机构要根据民政部门的需求，及时提供医疗救助对象大病保险报销的相关数据。

## **第五条** 医疗救助对象包括：

### （一）重点救助对象：

1. 第一类救助对象。特困供养人员，即区级民政部门认定的农村五保对象、城乡孤儿和城镇三无人员。
2. 第二类救助对象。城乡最低生活保障家庭成员。

### （二）一般救助对象：

1. 第三类救助对象。低收入家庭中的重度残疾人、未成年人、老年人及重病患者。
2. 第四类救助对象。因病致贫家庭重病患者。因病致贫家庭，是指家庭年收入扣除当年度政策范围内自付医疗费用后，人均额度不高于当地低保标准（城市低保标准折合成年度计算），且财产情况符合当地城乡居民申请低保家庭经济状况认定条件的家庭。

## **第六条** 医疗救助费用范围包括：

（一）参加城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗的个人缴费部分。

（二）住院（大病门诊）政策范围内自付医疗费用。指救助对象发生的基本医疗保险（含城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城镇职工基本医疗保险，下同）、大病保险支付范围内医疗费用，扣减基本医疗保险和大病保险报销额后剩余部分。

（三）符合我市政策规定的基本医疗门诊费用。

(四) 民政部门依法认定的个人及其家庭(供养机构)或责任方切实无力支付的自付医疗费用。

**第七条** 重点救助对象参加基本医疗保险,个人缴费部分给予补贴。第一类救助对象,给予全额资助;第二类救助对象,给予定额资助。

**第八条** 直接医疗救助分基本医疗救助和重特大疾病医疗救助。

(一) 基本医疗救助分基本医疗住院救助和基本医疗门诊救助。

(二) 重特大疾病医疗救助分重特大疾病住院救助、特殊疾病救助和大病门诊救助。

**第九条** 重点救助对象住院发生的政策范围内自付医疗费用年度累计不超过大病保险起付线(按城镇居民医疗保险或新型农村合作医疗大病保险起付线的低者确定,下同)的,给予基本医疗住院费用补助。

(一) 第一类救助对象封顶线内全额补助。

(二) 第二类救助对象年度累计政策范围内自付医疗费用分段按比例补助。费用段分别按大病保险起付线 0-15% (含) 补助 20%、15%-40% (含) 补助 30%、40%至起付线 (含) 补助 40%, 补助比例由低段到高段逐段递增。

**第十条** 重点救助对象需长期服药院外治疗负担较重者,符合基本医疗保险门诊统筹条件,根据基本医疗门诊救助规定病种实行半年定额补助,每人每半年 500 元。

基本医疗门诊救助规定病种包括肺心病(出现右心衰者)、肺结核、高血压 2 级以上(含 2 级)伴合并症、冠心病、风湿性心脏病、脑血管疾病(出血性、缺血性伴偏瘫)、慢性病毒性肝炎、肝硬化、慢性肾小球肾炎、慢性

肾衰竭（肾衰竭期）、糖尿病、类风湿性关节炎、精神病（分裂症、强迫症及情感性精神病原发性）、恶性肿瘤（提高免疫力治疗及相应检查）、帕金森氏综合症、尿毒症、尿毒症腹膜透析、尿毒症结肠透析、肝（肾、心脏、脊髓）移植、肿瘤（限于放、化疗）、丙型肝炎（抗病毒治疗）、血友病。

**第十一条** 救助对象住院发生的政策范围内自付医疗费用年度累计超过大病保险起付线的，给予重特大疾病住院费用补助。补助标准：

（一）大病保险起付线以内部分，重点救助对象按基本医疗住院救助标准执行；一般救助对象不予救助。

（二）大病保险起付线以上部分，第一类救助对象封顶线内全额补助；第二类救助对象补助 70%；第三类救助对象补助 30%；第四类救助对象在大病保险起付线基础上，3 万元以上的部分补助 30%。

（三）救助对象中的 14 周岁以下（含）儿童，救助比例上浮 10%。

**第十二条** 救助对象患特殊疾病发生的政策范围内自付医疗费用，给予特殊疾病费用补助。补助标准：

（一）重点救助对象政策范围内自付医疗费用封顶线内全额补助。

（二）一般救助对象参照重特大疾病住院救助补助标准执行。

前款所称特殊疾病是指危害社会公共安全或危及生命，但治疗方法成熟、费用可控的疾病。特殊疾病限指定病种，现确定为肇事肇祸重性精神病、尿毒症、肺结核、慢粒细胞白血病、不能切除或发生转移的胃肠道恶性间质瘤 5 种疾病。

**第十三条** 大病门诊救助。大病门诊指单次政策范围内自付医疗费用超过 400 元的门诊。大病门诊单次政策范围内自付医疗费用 400 元以上部分，重点救助对象补助 30%；一般救助对象，按重特大疾病住院年度政策范围内自付医疗费用累计，执行重特大疾病住院救助标准。

**第十四条** 直接医疗救助设年救助封顶线。

救助对象直接医疗救助年度累计额度不得超过封顶线。封顶线按救助对象类别设定：重点救助对象 2 万元；一般救助对象 1 万元。

**第十五条** 加强医疗救助与慈善帮扶的衔接，对经医疗救助后，仍有较大困难的救助对象，积极协助其获得慈善机构的帮助。加强医疗救助与社会力量参与的衔接，鼓励和引导社会力量通过捐赠资金、物资以及提供心理疏导、亲情陪护等专业服务方式参与医疗救助，形成对政府救助的有效补充。搭建医疗救助信息共享平台，使救助需求和社会参与更好对接、规范运行。

**第十六条** 使用医疗救助资金资助重点救助对象参保（参合），市、区两级民政部门须进行审核，由市级财政部门统一将补贴资金拨付到基本医疗保险经办机构。

**第十七条** 重点救助对象在医疗救助定点医院门诊或住院，实行医疗救助“一站式”即时结算办理。重点救助对象持本人身份证、基本医疗保险证及重点救助对象凭证（指低保证、五保证、孤儿证和区级民政部门出具的三无人员证明材料，下同），在医疗救助指定窗口办理就诊登记；治疗结束后，直接在定点医院办理医疗救助。救助对象医疗救助补助金由定点医院垫付，定点医院与市级民政部门定期按规定结算。

**第十八条** 救助对象未在医疗救助定点医院即时办理医疗救助结算的，实行医后办理。医后救助必须通过系统审

批，严禁系统外手工审批。医疗补助金必须通过金融代发机构进行社会化发放。

重点救助对象应自基本医疗保险（大病保险）报销之日（未参加基本医疗保险的按治疗结束出院之日）起90日内，持本人身份证、重点救助对象凭证和基本医疗保险（大病保险）报销凭证（未参加基本医疗保险的持诊治发票），向市民政部门提出申请，符合条件的通过系统进行即时审批；特殊情况的经乡、区两级审核后审批。

一般救助对象应自基本医疗保险（大病保险）报销之日（未参加基本医疗保险的按治疗结束出院之日）起90日内，持本人身份证、基本医疗保险（大病保险）报销凭证（未参加基本医疗保险的持诊治发票），向户籍（居住证）所在地乡镇政府、街道办事处提出申请；乡镇政府、街道办事处（撤销街道办事处的，由承接其管理职能的部门或机构办理）初审、公示后，将相关材料报区级民政部门进行审核，符合条件的上报市级民政部门通过系统进行审批。市、区、乡镇（街道）三级应在有效申请提出之日起60个工作日内审批完毕。

**第十九条** 重点救助对象在取得基本医疗保险门诊统筹资格后，符合基本医疗门诊救助规定病种的，持所需材料，向乡镇政府、街道办事处提出申请，乡镇政府、街道办事处初审后，报区民政部门审核，符合条件的上报市民政部门通过系统进行审批。每年分两次集中办理，上半年在3月底前完成，下半年在9月底前完成。

基本医疗门诊救助，以自然年度半年为周期实行动态管理。

**第二十条** 特殊情形按下列规定办理：

（一）重点救助对象住院治疗期间，其救助身份因申请时弄虚作假而被取消的，相应的医疗救助资格随之取消。

(二) 救助对象住院治疗期间，因家庭经济状况发生变化不符合低保条件而被取消低保待遇的，当次住院按低保对象身份办理。

(三) 患者在住院治疗期间取得救助对象资格的，在本次住院治疗之前已办理相关救助申请，经审核属于当期预批准对象的，医疗终结，按新取得救助对象类别标准（含起付线）办理医后救助。

(四) 救助对象住院期间死亡的，按死亡前身份办理。

(五) 特困供养人员无身份信息的，取得身份信息后进行救助。

(六) 上年度发生的医疗费用下年度提出救助申请的，按上年度救助办理，超过结算年度发生的医疗费用不给予救助。

(七) 基本医疗保险降低报销比例的，实行单次办理，救助比例按正常救助比例 50% 执行，救助额列入本人当年度累计。

(八) 未参加基本医疗保险的，合规自付医疗费用按其总医疗费用的 50% 计算。

(九) 基本医疗保险实行单病种定额付费或按床日付费无法区分政策范围内医疗费用的，政策范围内自付医疗费用按基本医疗保险（大病保险）报销后剩余的医疗费用确定。

(十) 大病保险报销票据无法区分门诊和住院医疗费用的，按住院处理。

(十一) 属于本实施办法第七条“医疗救助费用范围”第（四）项规定情形的，个人直接医疗救助当年度累计额度

可适度突破封顶线。相关事宜由市、区两级民政部门研究决定，通过系统进行审批。

**第二十一条** 医疗救助由市民政部门统筹管理，区民政部门具体负责，乡镇政府、街道办事处负责职责范围内的申请受理、初审、公示等工作。

**第二十二条** 救助对象应按基本医疗保险的就医诊疗规定就医用药，对确需到上级医疗机构或跨区域异地医院就诊的，应按规定履行转诊或备案手续；治疗过程中，应使用基本医疗保险（大病保险）支付范围内药品和诊疗项目。未按基本医疗保险转诊规定转诊，基本医疗保险不予受理的，医疗救助亦不受理；基本医疗保险（大病保险）未纳入支付范围的医疗费用，医疗救助不予补助。

**第二十三条** 医疗救助定点医院，应在基本医疗保险定点医院中选择。按照服务范围，市、区医疗救助定点医院分别由市、区民政部门确定。确定医疗救助定点医院，应签署定点医院协议，明确双方责任、义务及违约处理办法。定点医院应合理诊疗并严格遵守协议规定，有弄虚作假套取医疗救助资金、过度医疗或协助非救助对象冒用救助对象身份办理医疗救助的，发生的医疗救助金民政部门不予结算，相关民政部门应终止与其签订的定点医院协议。

**第二十四条** 区民政部门应在每月 10 日前完成本区域截止到上月底当年累计资助参保参合人数、资助额及其他救助方式的救助人次、总医疗费用、目录外费用、基本医疗保险报销额、大病保险报销额、医疗救助额等数据统计，分别报省、市民政部门。

**第二十五条** 医疗救助档案管理。医疗救助审批形成的材料应建立救助档案，档案保存期限 25 年。

**第二十六条** 市、区两级财政部门每年根据辖区医疗救助资金支出需求和上级补助资金额度，合理安排本级医疗救助资金和彩票公益金，并纳入财政预算，保障医疗救助政策落实。年度医疗救助资金支出增长部分，由市、区两级财政部门共同承担。

**第二十七条** 财政部门设立医疗救助基金专账，及时将上级医疗救助补助资金及本级医疗救助预算资金拨入专账，不得挤占挪用。

市民政部门设立医疗救助基金支出专户，财政部门提前向支出专户预拨一定额度的医疗救助资金，保证医疗救助金及时支付。

**第二十八条** 资金使用。医疗救助资金重点用于资助重点救助对象参保参合和重特大疾病医疗救助支出。控制基本医疗门诊救助支出和一般救助对象救助支出，基本医疗门诊救助支出原则上不得超过上年度医疗救助支出总额的10%（在保证重点救助对象参保参合补贴、住院补助工作正常开展的基础上，资金充裕，可适度突破）。

**第二十九条** 结余资金管理。结余资金应及时结转下年使用，不得挪作他用。年末累计结余资金不得超过当年筹集资金总额的15%。超过15%的，要在下年度1月末前，使用超出部分对医疗负担较重的重点救助对象，根据其自付医疗费用额度，按比例给予二次救助。

**第三十条** 医疗救助工作人员有下列情形之一的，应当依法依规追究责任：

（一）接待来访时，政策解释不准确、搪塞推诿、态度生硬、服务意识差，给医疗救助工作造成负面影响的；

（二）对符合救助条件拒不办理或对不符合条件违规办理的；

(三) 滥用职权、优亲厚友，擅自改变医疗救助待遇享受范围和标准的；

(四) 向救助申请人索要财物，收受申请人钱物，刁难申请人，或违规向救助对象收取费用的；

(五) 应当依法追究的其它违法违纪行为。

**第三十一条** 定点医院工作人员在工作中有下列情形之一的，应当依法依纪追究责任：

(一) 隐匿、伪造或者擅自销毁医学文书及有关资料的；

(二) 未认真查验患者身份，出具虚假证明、伪造证件，导致病人以冒名顶替等方式套取医疗救助资金的；

(三) 为救助对象提供虚假病史材料、虚开门诊、住院票据或采取其他手段，协助其骗取、套取医疗救助资金的；

(四) 以患者治疗为名开具药品处方，串通患者不取药品而兑换现金或其他物品，不按规定限量开药及搭车开药、搭车检查、多（乱）收费或重复检查、重复用药损害医疗救助对象利益的；

(五) 不遵守诊疗常规，无住院指征而收住院或故意延长出院时间、挂床住院，或与患者串通虚拟住院、用药套取医疗救助资金的；

(六) 以医谋私，获取非法利益，严重侵害救助对象权益，被举报查实的。

**第三十二条** 医疗救助对象与医护人员勾结，采取虚报、隐瞒、伪造等手段骗取医疗救助或无理取闹、采用威胁手段强行索要医疗救助的，给予批评教育，已骗取救助金的，依法予以追回。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

**第三十三条** 各级政府要将医疗救助纳入本地区经济社会发展规划，及时制定出台配套措施，加大资金投入力度，加强社会救助经办服务能力建设，提高医疗救助工作水平。充分发挥政府领导、民政部门牵头、有关部门配合、社会力量参与的工作协调机制作用，统筹救助资源，增强制度合力，妥善解决医疗“急难”问题，防止发生冲击社会道德和心理底线事件。

**第三十四条** 各城区要加快建立医疗救助系统，增强医疗救助的能力建设，增加财政支持力度，逐步承接市民政部门承担的医疗救助职能。

**第三十五条** 本办法由市民政局负责解释。

**第三十六条** 本办法自发布之日起执行。《吉林市人民政府关于印发吉林市城乡医疗救助实施细则（试行）的通知》（吉市政发〔2008〕13号）、《吉林市人民政府关于印发吉林市城乡医疗救助实施细则（试行）补充意见的通知》（吉市政发〔2009〕13号）、《吉林市人民政府关于进一步调整和完善医疗救助政策的意见》（吉市政发〔2010〕13号）和之前我市有关医疗救助的措施、政策同时废止，此前我市有关医疗救助政策与本办法不一致的，以本办法为准。

抄送：市委各部门，市人大常委会办公厅，市政协  
办公厅，市纪检

委办公厅，市法院、检察院，各民主党派，  
各人民团体，江

城日报社。

吉 林 市 人 民 政 府 办 公

厅

2015年12月30日印发