

郑州市民政局
郑州市财政局
郑州市卫生局
郑州市人力资源和社会保障局

文件

郑民文〔2011〕101号

关于印发《郑州市城乡医疗救助
实施办法》的通知

各县（市）、区民政局，财政局，卫生局，人力资源和社会保障局：

现将《郑州市城乡医疗救助实施办法》印发给你们，请认真遵照执行。



二〇一一年六月九日

郑州市城乡医疗救助实施办法

为进一步完善我市城乡社会救助体系，切实保障城乡困难居民的基本医疗权益，根据《郑州市人民政府关于完善最低生活保障制度的意见》（郑政〔2008〕28号）和《河南省民政厅、财政厅、卫生厅、人力资源和社会保障厅关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》（豫民〔2009〕8号）文件精神，结合工作实际，制定本实施办法。

一、救助原则

- （一）坚持属地管理的原则；
- （二）坚持城乡一体化的原则；
- （三）坚持维护基本医疗权益的原则；
- （四）坚持政府救助与个人自救相结合的原则；
- （五）坚持救助标准与经济社会发展相适应的原则；
- （六）坚持保基本、广覆盖、可持续的原则。

二、救助对象

（一）救助对象

1. 享受郑州市城乡居民最低生活保障待遇的人员。
2. 享受郑州市农村五保供养待遇的人员。
3. 城市低收入家庭中的重病患者、重度残疾人、60周岁以

上老年人。城市低收入家庭是指经民政部门认定，家庭月人均收入在当地城市低保标准1倍到2倍之间家庭。

4. 家庭经济困难大学生。

(二) 下列情形不属于医疗救助范围

1. 因违法犯罪、自杀、自残、打架斗殴、酗酒、吸毒等发生的医疗费用；
2. 因整容、矫形、镶牙、配镜、保健等发生的费用；
3. 因交通事故、医疗事故等由他方承担的医疗费用；
4. 未按规定办理手续，在非定点医疗机构就医所发生的费用（抢救费用除外）；
5. 市民政部门规定的其他不属于医疗救助范围的情形。

三、救助方式和标准

(一) 参保救助

全额资助城市低保对象参加城镇居民基本医疗保险，全额资助农村低保和农村五保对象参加新型农村合作医疗。

(二) 住院救助

对城乡低保对象、农村五保对象、城市低收入家庭中的重病患者、重度残疾人、60周岁以上老年人、家庭经济困难的大学生，患病住院治疗，实施大病救助，大病救助不设起付线，

不限定病种。

1. 城乡低保对象住院医疗费用经城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗机构报销后，个人负担医疗费用，按照 50% 的比例予以救助，每人每年累计救助最高 10000 元。

2. 农村五保集中供养对象，个人负担医疗费用，按照 100% 的比例予以救助，每人每年救助标准可适当高于 10000 元。

3. 农村五保分散供养对象、城市低保对象中“孤老”“孤儿”个人负担医疗费用，按照 80% 的比例予以救助，每人每年累计救助最高 10000 元。

4. 城市低收入家庭中的重病患者、重度残疾人、60 周岁以上老年人和家庭经济困难的大学生，个人负担医疗费用，按照 25% 的比例予以救助，每人每年累计救助最高 10000 元。

(三) 门诊救助。对于不适合或无力住院的，门诊费用及凭门诊处方购买药品的费用，个人负担部分给予 50% 的救助，每人每年累计救助最高 10000 元。

四、救助程序

各县(市)区要全面推行定点医疗服务机构同步结算医疗救助费用的办法，切实提高医疗救助的时效性，使困难群众能够及时享受到基本医疗保障。

（一）住院救助

1. 在定点医疗机构住院治疗

（1）救助对象凭定点医疗机构出具的诊断证明、城乡低保证（农村五保证或城市低收入证）在定点医疗机构住院治疗。

（2）救助对象入院后，3日内向县（市）区民政局医疗救助工作机构提供其个人相关信息，经民政局确定救助相关内容后，按照医疗救助标准，由医院为救助对象垫付相应的住院治疗费用。

（3）县（市）区民政局医疗救助工作机构在救助对象出院后，1月内核拨定点医疗机构为救助对象垫付的医疗救助费用。

2. 在非定点医疗机构住院治疗

对患重特大疾病的特殊救助对象，救助方式不局限于定点医疗机构住院治疗。本人或监护人申请，经县（市、区）民政局医疗救助工作机构同意，可以到非定点医疗机构治疗，所发生的治疗费用，按照大病救助的标准，到县（市、区）民政局医疗救助工作机构直接申请救助。

（二）门诊救助

由医疗机构出据证明，经县（市）区民政部门调查认定，患有特殊病种、需要长期药物维持治疗以及急诊、急救等产生

的个人负担医疗费用或者家庭生活困难无力住院治疗的门诊费用,个人负担部分给予50%的救助,每人每年累计救助最高10000元。

1. 救助对象本人向街道办事处(乡镇人民政府)提出书面申请,并提供居民身份证、低保证或五保供养证、医院的医疗收费票据、必要的病历资料及医疗保险部门(合作医疗部门)的有关补助依据等证明材料。经审核对符合救助条件的,填写《门诊医疗救助申请审批表》报县级民政部门审批,对不符合条件的退回材料并说明理由。

2. 县级民政部门对街道办事处或乡镇人民政府上报的《门诊医疗救助申请审批表》和相关材料进行复查审核。对符合医疗救助条件的,在《门诊医疗救助申请审批表》中签署审批意见,不符合医疗救助条件的,说明理由,并通知申请人。

3. 对审核批准的门诊救助对象,由县(市)区民政局直接发放医疗救助金。

五、资金筹集

(一) 中央和省财政下拨的医疗救助专项补助资金。

(二) 市、县(市)区财政预算。市、县(市)区两级财政在保障全额资助城市低保对象参加城镇居民基本医疗保险,

全额资助农村低保和农村五保对象参加新型农村合作医疗的基础上，分别根据上年度城乡低保对象、农村五保对象总人数，按照每人每年 100 元的标准，预算安排大病医疗救助资金。

(三) 社会捐赠和其他方式筹集的医疗救助资金。

六、资金管理

(一) 规范资金拨付，市财政安排的医疗救助专项资金，根据每个县（市）区大病医疗救助资金实际支出金额和城乡医疗救助开展的情况，安排拨付医疗救助资金。

(二) 建立资金专户，实行专账管理，封闭运行，专款专用。县（市）区建立医疗救助基金专账，用于办理资金的汇集、核拨、支付等业务。

(三) 强化资金监管。城乡医疗救助资金是专项社会救助资金，主要用于补助大病救助对象的住院医疗费用，不得用于各种卫生保健和体检，任何单位和个人不得截留、挤占、挪用。

七、医疗服务

各县（市）区要本着方便就医和降低成本的原则，在城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗所确定的定点医疗服务机构中，确定适当数量的医疗救助定点医院。县（市）区民政局要与医疗救助定点医院签订协议，

主要包括：服务对象、服务内容、费用审核等，明确双方的责任、权利和义务。定点医疗服务机构要积极配合县（市）区民政局医疗救助机构审查医疗救助对象身份，未经县（市）区民政局批准不能垫付医疗救助费用。

八、工作机制

（一）建立信息共享工作平台。建立信息互动机制，民政部门、卫生部门和人社部门之间，定期提供开展医疗救助工作的有关情况，实现信息共享，保障困难群众及时参保，达到互相支持，互相促进的目的。

（二）建立同步结算工作机制。大病救助对象患病在医疗救助定点医院住院治疗后，出院结算时，患者不需要缴纳总费用中的医疗救助费用，医疗救助费用由定点医院为医疗救助对象垫付，垫付资金由民政部门按照协议定期拨付给医疗救助定点医院。

（三）建立定期核查工作制度。根据城乡医疗救助情况，每半年组织民政、财政部门的人员进行抽查核实，确保城乡医疗救助制度的落实，确保医疗救助资金补助到最需要救助的困难群众。

九、工作管理

(一) 高度重视，加强领导。各相关单位要高度重视此项工作，纳入重要工作日程，认真组织实施，及时协调和解决工作中出现的新情况、新问题，切实把这项好事办好，实事求是，达到各级党委、政府满意，各类医疗救助对象满意。

(二) 明确责任，搞好配合。民政部门要切实做好医疗救助制度的实施、监管与评估等工作；财政部门要足额预算安排城乡医疗救助资金；卫生部门要做好资助农村低保和五保对象参加农村新型合作医疗工作；人力资源和社会保障部门要做好资助城市低保对象参加城市居民基本医疗保险工作。

(三) 健全机制，完善制度。医疗救助要充分利用城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗信息平台，努力形成制度衔接、平台公用、信息共享、服务一体、结算同步、监管统一的运行机制。

本办法自印发之日起施行。

主题词：民政 医疗救助 意见

郑州市民政局办公室

2011年6月9日印发

(共印320份)