



## 常州市市区城市困难群众医疗救助办法

(2011年12月16日常州市人民政府常政规〔2011〕10号文发布)

**第一条** 为保障城市困难群众基本医疗需求，完善医疗救助制度，健全社会救助体系，根据《关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》（民发〔2009〕81号）、《省政府办公厅关于加快建立和完善城乡医疗救助制度的意见》（苏政办发〔2007〕105号）等有关规定，结合本市实际情况，制定本办法。

**第二条** 本市市区城市困难群众的医疗救助，适用本办法。

本办法所称城市困难群众是指具有本市市区户籍且已参加城镇居民基本医疗保险或职工基本医疗保险（以下统称基本医疗保险）的下列人员（以下简称救助对象）：

- （一）最低生活保障对象（以下简称低保对象）；
- （二）无劳动能力、无生活来源又无法定赡养（含抚养、扶养）义务人的人员（以下简称三无人员）；
- （三）孤儿；
- （四）无固定收入重残人员；



(五) 低保边缘困难家庭成员(以下简称低保边缘困难对象);

(六) 享受民政部门定期定量生活补助费的 60 年代精减退职职工(以下简称精减职工);

(七) 特困职工家庭成员(以下简称特困职工)。

**第三条** 医疗救助实行政府主导与社会参与相结合,坚持统筹兼顾、突出重点、公开公正,坚持救助水平与经济社会发展水平和财政支付能力相适应,坚持个人自付、社会互助与政府救助相结合,实现医疗救助制度与社会基本医疗保险制度以及卫生惠民政策的有效衔接,逐步形成制度衔接合理、信息资源共享、服务平台共用、结算支付同步、监管及时有效的运行机制。

**第四条** 民政部门负责医疗救助的政策拟定和宣传,牵头管理并组织实施医疗救助工作,负责对低保对象、三无人员、孤儿、无固定收入重残人员、低保边缘困难对象、精减职工等救助对象的认定、发证和动态复审工作,配合做好参保工作;人力资源社会保障部门负责救助对象的参保工作,做好基本医疗保险待遇与医疗救助待遇的衔接工作,做好与医疗救助定点机构的结算工作;卫生部门负责对医疗救助定点机构的监督管理,规范医疗服务行为,落实相关卫生惠民政策;财政部门负责医疗救助资金的筹集和拨付,并对资金使用情况进行监督管理;审计、监察部门



依法对医疗救助资金的使用情况进行监督；总工会负责特困职工的认定、发证和年审工作；残联负责残疾人的认定、发证和年审工作。

**第五条** 医疗救助资金按照政府主导、社会参与的原则，根据救助需要和财力状况，利用下列资金来源多渠道筹集：

- （一）市级财政安排；
- （二）福利彩票公益金；
- （三）市区残疾人就业保障金；
- （四）公民、法人和其他组织的捐赠；
- （五）其他来源。

医疗救助资金纳入财政专户，实行专账核算，专项管理。

**第六条** 救助对象在依法参加城镇居民基本医疗保险（以下简称居民医保）或职工基本医疗保险（以下简称职工医保）后，方可申请享受本办法规定的医疗救助待遇。

低保对象、三无人员、无固定收入重残人员、孤儿参加居民医保所需缴纳的费用，由政府全额承担。

**第七条** 经有关部门认定的新增救助对象，尚未参加基本医疗保险的，应当办理参保手续和医疗救助登记手续，自办理参保手续的次月起享受基本医疗保险待遇和医疗救助待遇。经有关部



门动态复审不再符合救助条件的救助对象，当年度可继续享受医疗救助待遇，次年不再享受。

**第八条** 救助对象在非医疗救助定点机构就医的，不享受医疗救助待遇，但经批准的大病门诊转诊、住院转院和按规定办理的急诊住院除外。

医疗救助定点机构由市民政部门会同财政、人力资源社会保障、卫生部门按照布局合理、服务优良、适度放开的原则确定后向社会公布。

**第九条** 救助对象在医疗救助定点机构就医，发生的符合基本医疗保险支付规定的医疗费用，在按基本医疗保险规定结付后，剩余个人现金支付部分按下列标准给予救助：

（一）大病门诊和住院：起付线费用全额救助后，再按 70% 给予救助，年度累计救助额不超过 50000 元；

（二）除大病门诊以外的其他门诊：按 70% 给予救助，年度累计救助额不超过 300 元。

**第十条** 救助对象因病情需要转至市内非医疗救助定点机构的，由医疗救助定点机构办理大病门诊转诊和住院转院手续。转诊、转院后发生的医疗费用，由转入的医疗机构按照基本医疗



保险规定予以结付后，再由救助对象持相关票据凭证，到市民政部门指定的经办机构（以下简称指定机构）结付医疗救助费用。

**第十一条** 救助对象在市内非医疗救助定点机构急诊住院的，应当自办理住院手续之日起7日内报指定机构备案。其医疗费用由急诊住院的医疗机构按照基本医疗保险规定予以结付后，再由救助对象持相关票据凭证，到指定机构结付医疗救助费用。

**第十二条** 救助对象因病情需要转至市外住院或外出期间急诊住院的，按照基本医疗保险的相关规定执行。在市外发生的住院和急诊住院费用，按照基本医疗保险相关规定结付后，由救助对象持相关票据凭证，到指定机构结付医疗救助费用。

**第十三条** 在医疗救助定点机构现有基本医疗保险结算系统中，增加医疗救助核报结算功能，符合规定的医疗救助费用由医疗救助定点机构与市医保经办机构定期结算。

**第十四条** 有关部门应当建立健全医疗救助信息互通机制，做到资源共享。民政部门、总工会、残联应当认真做好救助对象的认定与年审工作，于每年9月和12月将参加基本医疗保险的救助对象名单抄告市社保经办机构。



**第十五条** 医疗救助定点机构应当规范医疗行为，合理诊疗、合理用药，严格控制使用自费药品及诊疗项目，切实落实卫生惠民政策，为困难群众提供价廉质优的医疗服务。

**第十六条** 民政部门及其指定机构、人力资源社会保障部门及其医保经办机构应当强化监督，在各自的职责范围内做好对医疗救助定点机构和救助对象医疗救助费用及医疗保险费用的监管。

**第十七条** 医疗救助定点机构以欺诈、伪造证明材料或其他不正当手段骗取医疗救助费用的，由相关部门责令其退回骗取的费用；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

救助对象以欺诈、伪造证明材料或其他不正当手段骗取医疗救助待遇的，由相关部门责令其退回骗取的费用，依法取消其医疗救助待遇；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

**第十八条** 有关单位及其工作人员在医疗救助工作中玩忽职守、滥用职权、徇私舞弊的，依法给予行政处分；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

**第十九条** 参加新型农村合作医疗保险的困难群众的医疗救助工作，由各区人民政府组织实施。

**第二十条** 本办法自 2012 年 1 月 1 日起施行。2009 年 11 月 9 日发布的《常州市市区城市低保对象医疗救助办法》（常政发〔2009〕164 号）同时废止。