关于印发阜新市城市低保对象

医疗救助办法的通知

阜政发[2006]57号

各县、区人民政府，市政府各部门，中省直各单位：

《阜新市城市低保对象医疗救助办法》业经市政府第44次常务会讨论通过，现印发给你们，请认真遵照执行。

阜新市人民政府

二〇〇六年十一月二十五日

（此件公开发布）

阜新市城市低保对象医疗救助办法

第一条 为有效缓解城市低保对象的基本医疗困难，根据《国务院办公厅转发民政部等部门关于建立城市医疗救助制度试点工作意见的通知》、《辽宁省人民政府办公厅转发省民政厅等部门关于进一步完善城市医疗救助制度意见的通知》精神，结合我市实际，制定本办法。
 第二条 实施城市低保对象基本医疗救助制度，应当坚持量力而行、尽力而为、政府救助、家庭自救、医疗机构优惠相结合和公开、公平、公正的原则。

第三条 市政府成立城市低保对象医疗救助领导小组，下设办公室，办公室设在民政局，具体负责城市医疗救助日常管理工作。

第四条 市政府下列部门分别对城市低保对象医疗救助工作履行职责：

（一）市民政部门负责综合协调、政策制定，人员培训、监督检查、政策宣传等工作；

（二）市劳动和社会保障部门在医疗保险管理中心成立内设机构（冠市名），负责低保对象医疗救助的承办工作;

（三）市卫生部门负责医疗服务行为的监管工作，建立和完善医疗救助规章制度并认真贯彻落实;

（四）市财政部门负责医疗救助资金和办公经费的筹措、管理和监督检查工作

区民政部门负责对低保救助对象的认定和动态管理。

第五条 凡享受城市低保待遇、且未参加城镇职工基本医疗保险的人员，均属医疗救助对象。

第六条 城市低保对象医疗救助实行门诊救助和住院救助两种形式：

（一）门诊救助：低保对象患病需要治疗的，必须在定点医院就诊，并按规定比例享受限额救助；

（二）住院救助标准：对有必要住院治疗的救助对象，按病情可以到定点医院进行治疗，并按规定比例享受限额救助。

第七条 救助标准：

（一）门诊救助标准：符合门诊医疗救助条件的低保对象，每人每年最高金额为40元（家庭成员可以共享），每人每年累计达到门诊最高救助金额时超出部分由本人全额负担。

（二）住院救助标准，符合住院医疗救助条件的低保对象，实行住院医疗费用统筹，每人每年最高救助金额为2000元，政府救助与个人承担实际发生住院医疗费用的比例为1:1。每人每年累计达到住院最高救助金额时超出部分由本人全额负担，住院救助仅限本人享受。

第八条 对城市低保医疗救助对象的医疗实行定点医疗服务机构管理。其定点医疗服务机构的确定由民政部门会同卫生、劳动和社会保障部门根据布局合理和实际工作需要提出意见，报市城市低保对象医疗救助工作领导小组批准。定点医疗服务机构设在医疗基础设施完备、满足医疗救助基本要求、医疗水平达到医学标准等符合条件的医院。低保医疗救助经办机构应当与被确定的定点医疗服务机构签订服务协议，并将定点医院名单连同协议书一并报市城市低保对象医疗救助工作领导小组办公室。

第九条 定点医疗服务机构按照《关于印发辽宁省基本医疗保险和工伤保险药品目录的通知》规定使用药品。定点医疗服务机构应当严格按本办法和有关规定开展医疗救助工作，掌握医疗救助程序，合理用药，因病施治，努力降低服务成本，确保医疗质量和医疗安全。

第十条 救助对象自行到非定点医院治疗的，无论门诊费和住院费均不享受医疗救助待遇。

第十一条 定点医疗机构对救助对象就诊时给予以下优惠：

（一）免收挂号费、诊查费；

（二）进行CT、MRI及彩色多普勒检查，住院治疗的床位费，手术治疗费在规定价格基础上按90%收取。

第十二条 救助对象就诊时,应当持《低保证》、《户口本》、《身份证》、《就诊手册》到定点医疗机构就诊。定点医疗机构应当认真核对救助对象所持证件，保证人、证一致。

第十三条 对于门诊救助，医生根据病情，按基本药品范围开具处方（处方上加盖“低保”章）。收款收据按患者自负部分和享受救助部分两个款项填写。收据一式四联，患者、药局、存根、资金结算各一份。

第十四条 救助对象需要住院治疗的，应当到定点医院住院治疗，按自负比例缴纳住院押金，所发生的医疗费用在救助最高限额内只交个人应当承担部分，其余部分由定点医院先期垫付，超出最高限额部分完全由救助对象交纳。医院为其开具的处方应当加盖“低保”章。救助对象出院时，定点医院应当在《就诊手册》上记录其住院实际救助费用和剩余救助金额。

第十五条 救助对象发生急病来不及按正常救助程序办理的，可以先到就近医院急诊治疗，但在急诊处置后，必须及时转到定点医院住院治疗。确有特殊情况暂不能转院的，必须到市劳动和社会保障部门（医保中心）办理相关手续，并在病情稳定后及时转入定点医院治疗，在非定点医院住院期间的费用由救助对象先行垫付，出院后到相关部门按规定办理救助手续。

第十六条 救助对象确因病情需要转到非定点医院治疗的，由定点医院提出意见，开具转院证明，并到市劳动和社会保障部门（医保中心）备案，方可以到相应医院治疗。医疗费用由救助对象先行垫付，出院后到相关部门按规定办理救助手续。

第十七条 医疗救助资金的筹集实行政府专项资金和社会筹集相结合，市、区两级财政按7:3的比例分担（省专项补助后不足部分），各区按比例所应承担资金市财政将通过国库按月扣回，年末进行结算。

第十八条 市、区民政局会同市财政、劳动和社会保障部门，每年年初编制低保对象医疗救助资金需求计划以及本级应当承担的资金数，经同级政府审核并报同级人民代表大会批准后列入年度财政预算；财政部门根据预算和实际救助需求及时核拨资金。市财政，劳动和社会保障部门必须建立城市低保对象医疗救助资金专户，实行医疗救助资金专款专用，实行总量控制，结余资金转入下年使用不得挤占挪用。

第十九条 市级财政根据医疗救助资金所需情况应当于每月5日前将医疗救助资金拨付到市劳动和社会保障部门的低保专户。

第二十条 定点医疗服务机构的救助资金每月结算一次。定点医院（含经过转院在其他医院住院）每月10日前持救助对象住院收据、费用清单、病历资料，《就诊手册》、《低保证》和《户口本》、《身份证》复印件以及统计表到市劳动和社会保障部门结算上月救助资金。医疗救助急诊患者在转入定点医院住院前发生的费用，应当携带急诊住院的相关手续，按定点医院的程序结算。

第二十一条 定点医疗服务机构应当对结算资料装订成册，分别送交市劳动和社会保障部门（医保中心）、卫生部门保存归档，以备检查。

第二十二条 城市医疗救助工作领导小组办公室应当对定点医疗机构的处方、病例、治疗效果、收费价格、救助金额金票据审定、审批和资金结算等进行检查，发现违法行为的，应当提交有关部门依法严肃处理。

第二十三条 相关部门必须加强监督管理，确保救助资金全部用于救助对象，防止挤占挪用救助资金的违规行为。

第二十四条 各级政府应当安排必要的工作经费，确保城市低保对象医疗救助工作的正常开展。

第二十五条 从事城市医疗救助管理工作人员应当秉公办事，对有下列行为之一的由有关部门给予批评教育、行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

（一）违反规定为不符合条件的对象办理城市医疗救助的；

（二）贪污、挪用救助金的。

第二十六条 定点医疗机构工作人员采取隐瞒、欺骗手段骗取救助金的，由市劳动和社会保障部门和公安机关追回骗取的救助金，并对相关责任人由其所在单位或者上级主管部门给予行政处分；构成犯罪的依法追究刑事责任。

第二十七条 辱骂、殴打从事城市医疗救助管理的工作人员或者定点医疗机构工作人员的，由公安机关依法有关规定处罚；构成犯罪的依法追究刑事责任。

第二十八条 阜新蒙古族自治县和彰武县城市低保对象医疗救助可以参照本办法执行。

第二十九条 本办法自2006年12月1日起施行。