

武 汉 市 民 政 局

武 汉 市 财 政 局

武汉市人力资源和社会保障局

武汉市卫生和计划生育委员会

武汉市人民政府扶贫开发办公室

文 件

武民政〔2017〕4 号

市民政局 市财政局 市人力资源和社会保障局
市卫生计生委 市扶贫办关于印发《武汉市
医疗救助实施细则》的通知

各区民政局、财政局、人社局、卫计委、扶贫办：

经市人民政府同意，现将《武汉市医疗救助实施细则》印发给

你们,请认真贯彻执行。



2017年1月18日

武汉市医疗救助实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步规范医疗救助工作,根据《武汉市医疗救助实施办法》(武政规[2016]32号,以下简称《办法》)制定本细则。

第二条 本市行政区域内医疗救助工作适用本细则。

第二章 医疗救助对象认定

第三条 医疗救助对象包括重点救助对象、低收入困难对象、建档立卡精准扶贫对象、因病致贫救助对象和区人民政府认定的其他困难对象。同时符合两类或者两类以上对象条件的,按照有利于救助对象的原则认定一类救助对象。

第四条 重点救助对象按照以下方法认定:

(一)重点救助对象包括城乡最低生活保障对象和特困供养人员。

(二)城乡最低生活保障对象是指区民政部门认定的当前在册保障对象。

(三)特困供养人员包括市、区级民政部门审批通过的城市“三无”人员、农村“五保”对象、城乡孤儿。

第五条 低收入困难对象按照以下方法认定:

(一)低收入困难家庭认定:凡认为符合《办法》中规定的“家庭人均可支配收入高于或者等于我市城乡最低生活保障标准但低

于我市城乡最低生活保障标准 2 倍,且家庭财产现状符合本市城乡居民最低生活保障条件的城镇(农村)家庭”,可以向现居住满 1 年居住地(未满 1 年的在户籍所在地)街道办事处(乡镇人民政府)申请低收入困难家庭认定,也可以在患病治疗时与医疗救助申请一并提交认定申请。各区民政部门和街道办事处(乡镇人民政府)按照城乡最低生活保障审核审批程序进行身份认定,符合条件的发放《武汉市低收入困难家庭救助证》,对象信息录入武汉市社会救助信息综合管理系统。低收入困难家庭认定后有效期为 1 个顺延年,1 年后可以再次申请认定,在有效期内申请医疗救助时可以不冉认定。被认定为低收入困难的家庭在有效期内,家庭收入和财产发生明显变化的,应主动向街道办事处(乡镇人民政府)申报,对不再符合低收入困难家庭条件的,区民政部门应及时取消其资格。

(二)低收入困难家庭中的下列四类成员可认定为低收入困难救助对象:

1. 年满 65 周岁的老年人;
2. 未满 18 周岁的未成年人;
3. 持有第二代《中华人民共和国残疾人证》的一级、二级重度残疾人;
4. 办理我市基本医疗保险门诊重症(慢性)疾病审批手续或者住院合规医疗费用达到城乡居民大病医疗保险(或职工大额)起付线的重病患者。

第六条 建档立卡精准扶贫对象按照以下方法认定：

建档立卡精准扶贫对象是指经扶贫部门认定并进入国家、省、市扶贫信息管理系统的建档立卡贫困人口。

第七条 因病致贫救助对象按照以下方法认定：

因病致贫救助对象是指经住院治疗后自付合规医疗费用超过上年度该家庭可支配收入的2倍，且家庭财产现状符合本市最低生活保障认定条件，家庭基本生活出现严重困难的重病患者。

第八条 其他困难对象按照以下方法认定：

各区人民政府可以将下列特殊困难对象经审批后纳入医疗救助范围：

- 1.本行政区域内见义勇为导致伤残需要治疗人员；
- 2.在本市工作的无法追溯用人单位或者用人单位无法承担相应责任的职业病患者；
- 3.办理了本市居住证的非本市户籍重病患者；
- 4.虽然自付合规医疗费用未达到上年度家庭可支配收入的2倍，但治疗时间超过2年，且家庭年收入扣减当年自付合规医疗费用后实际人均可支配收入低于本市城乡最低生活保障标准家庭中的重病患者；
- 5.其他特殊困难对象。

第三章 重点救助对象和建档立卡精准扶贫对象医疗救助

第九条 重点救助对象和建档立卡精准扶贫对象医疗救助方

式包括以下三种：

- (一) 全额资助城乡居民基本医疗保险个人缴费部分；
- (二) 门诊医疗救助；
- (三) 住院医疗救助。

第十条 重点救助对象和建档立卡精准扶贫对象参加城乡居民基本医疗保险所需个人缴费资金给予全额资助。

第十一条 办理了我市基本医疗保险门诊重症(慢性)疾病审批手续的,可申请门诊医疗救助。

恶性肿瘤(含白血病)放化疗、慢性肾功能衰竭需做透析治疗、慢性再生障碍性贫血、慢性阻塞性肺疾病Ⅲ级及以上、重症精神病(包括精神分裂症、情感性精神病、脑器质性精神病)等五类重特大疾病的自付合规门诊医疗费用,按照 100% 的比例给予救助,年救助封顶线为 1 万元;其他重症(慢性)疾病的自付合规门诊医疗费用,按照 50% 的比例给予救助,年救助封顶线为 5000 元。

第十二条 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医疗费用,按照下列标准进行住院医疗救助:

(一) 一般疾病医疗救助。按照 70% 的比例给予救助,年救助封顶线为 2.6 万元(含门诊救助金额)。

(二) 重特大疾病医疗救助。按照 70% 的比例给予救助,年救助封顶线为 5 万元(含门诊救助金额)。

第十三条 医疗救助程序包括以下两种:

(一)医中即时结算救助;

(二)医后救助。

第十四条 医中即时结算救助按照以下程序办理:

(一)在医疗救助定点医疗机构治疗时,凭身份证、社会救助证(低保证、特困人员救助供养证、儿童福利证等)在医疗机构即时结算窗口办理即时结算;

(二)医疗机构将对象的信息录入武汉市社会救助信息综合管理系统;

(三)区民政部门根据基本医疗保险、大病保险认定的合规医疗费用范围,在武汉市社会救助信息综合管理系统上对医疗救助金额进行审批;

(四)医疗机构根据民政部门审批的结果,直接扣减医疗救助费用,对象只需结清个人应负担的医疗费用。扣减的医疗救助费用由医疗机构先行垫付。

第十五条 在没有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、居(村)民委员会向保障对象认定管理所在地街道办事处(乡镇人民政府)提出申请,提供以下材料:

1.申请人及家庭成员身份证和户口簿;

2.社会救助证(低保证、特困人员救助供养证、儿童福利证等);

3.财政部门印制的医疗费用专用收据或者税务部门印制的发票原件(医疗费用票据复印件需由报销的相应部门注明已报销的费用和写上“与原件相符”字样,并加盖单位公章方为有效);

4.加盖定点医疗机构医务公章的医疗费用结算清单;

5.重症病历或者出院小结;

6.填写《武汉市医疗救助申请审批表》。

(二)审核。街道办事处(乡镇人民政府)在受理申请之日起15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,在救助对象所在街道办事处(乡镇人民政府)和居(村)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,报区民政部门审批;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。

(三)审批。区民政部门在5个工作日内对街道办事处(乡镇人民政府)报送的审核材料提出审批意见。符合条件批准救助的,向同级财政部门提出支付申请,及时给予救助。不符合救助条件的,应书面告知并说明理由。

第十六条 有三种特殊情况的(下同),按照以下方式进行医疗救助:

(一)参加了基本医疗保险,在定点医疗机构办理转诊至非定点医疗机构救治的,凭医疗保险经办机构开具的医疗保险医疗费用结算清单,救助额度和救助程序按照本细则第十一条、第十二条、第十五条规定执行。

(二)参加了基本医疗保险,但没有在定点医疗机构办理转诊手续,属于危急重症的,凭医疗保险经办机构开具的医疗保险医疗费用结算清单,救助额度和救助程序按照本细则第十一条、第十二条、第十五条规定执行。属于非危急重症的,视作未参加基本医疗保险或者按照政策规定未能享受基本医疗保险待遇按照本条第三款执行;能够出具医疗保险医疗费用结算清单的,其医保政策范围内的自付合规医疗费用按照 30%的比例给予救助,救助额度和救助程序按照本细则第十一、第十二条、第十五条规定执行。

(三)未参加基本医疗保险或者按照政策规定未能享受基本医疗保险待遇的,在医疗机构就诊,按照个人负担费用 30%的比例给予救助,年救助封顶线为 1 万元,原则上只救助一个自然年。救助程序按照本细则第十五条规定执行。

第十七条 重点救助对象和建档立卡精准扶贫对象中,有新生儿在出生后 6 个月内取得救助对象身份的,从出生之日起发生的医疗费用纳入救助范围。

第十八条 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押金,并对其住院床位费、护理费给予减收 30%的优惠,对其大型设备检查费、手术项目费用给予减收 10%的优惠。

第十九条 属于特困供养人员的重点救助对象在定点医疗机构就诊,免收门诊挂号费、床位费。

第二十条 在入院时不属于重点救助对象和建档立卡精准扶

贫对象但在住院治疗期间被认定为救助对象,或者在入院时属于重点救助对象和建档立卡精准扶贫对象,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纳入医疗救助费用范围。

第二十一条 重点救助对象因发生急重危伤病且无力支付相应费用,符合疾病应急救助条件的,可申请疾病应急救助。疾病应急救助按照《武汉市人民政府办公厅关于建立武汉市疾病应急救助制度的意见》(武政办〔2015〕7号)执行。

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。

第四章 低收入困难对象医疗救助

第二十二条 低收入困难对象医疗救助方式包括以下两种:

- (一)门诊医疗救助;
- (二)住院医疗救助。

第二十三条 低收入困难对象门诊救助参照本细则第十一条规定执行。

第二十四条 低收入困难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医疗费用,按照下列标准进行住院医疗救助:

(一)一般疾病医疗救助。按照 60%的比例给予救助,年救助封顶线为 1 万元(含门诊救助金额)。

(二)重特大疾病医疗救助。按照 60%的比例给予救助,年救助封顶线为 2 万元(含门诊救助金额)。

第二十五条 医疗救助程序包括以下两种:

(一)医中即时结算救助;

(二)医后救助。

第二十六条 已经被认定为低收入困难家庭并录入武汉市社会救助信息综合管理系统的,凭《武汉市低收入困难家庭救助证》可以申请医中即时结算,救助程序按照本细则第十四条规定执行。

第二十七条 未被认定为低收入困难家庭的救助对象只能申请医后救助,按照下列程序办理:

(一)申请低收入困难家庭认定,需提供以下材料:

- 1.申请人及家庭成员的身份证和户口簿;
- 2.家庭收入及财产状况证明材料;
- 3.居民家庭经济状况核对授权书。

(二)获得低收入困难家庭认定后,即可提出医后救助申请,救助程序按照本细则第十五条规定执行。

第二十八条 低收入困难对象有三种特殊情况的,参照本细则第十五条、第二十三条、第二十四条和第二十七条规定进行救助。

第二十九条 在入院时不属于低收入困难对象但在住院治疗

期间被认定为救助对象,或者在入院时属于低收入困难对象,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纳入医疗救助费用范围。

第三十条 低收入困难对象因发生急重危伤病且无力支付相应费用,符合疾病应急救助条件的,可申请疾病应急救助。

第五章 因病致贫救助对象和区人民政府认定的 其他困难对象医疗救助

第三十一条 因病致贫救助对象和区人民政府认定的其他困难对象可以申请住院医疗救助。

第三十二条 因病致贫救助对象和区人民政府认定的其他困难对象患病住院,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,城镇(农村)居民自付合规医疗费用达到统计部门发布的上年度城镇(农村)常住居民人均可支配收入的 1.5 倍时,对超出 1.5 倍的部分按照 50%的比例给予救助,年救助封顶线为 1 万元。

在统计部门发布上年度城镇(农村)常住居民人均可支配收入前,按照现有统计部门公布的数据执行。

第三十三条 因病致贫救助对象和区人民政府认定的其他困难对象申请医后救助,按照下列程序办理:

(一)申请。治疗终结后,由救助对象本人或者其委托的亲属、居(村)民委员会向现居住满 1 年居住地(未满 1 年的在户籍所

在地)街道办事处(乡镇人民政府)提出申请,需提供以下材料:

1. 申请人及家庭成员的身份证和户口簿;
2. 我市基本医疗保险门诊重症(慢性)疾病审批手续或者住院重症报销凭证;
3. 财政部门印制的医疗费用专用收据或者税务部门印制的发票原件(医疗费用票据复印件需由报销的相应部门注明已报销的费用和写上“与原件相符”字样,并加盖单位公章方为有效);
4. 加盖定点医疗机构医务公章的医疗费用结算清单;
5. 重症病历或者出院小结;
6. 家庭收入及财产状况证明材料;
7. 居民家庭经济状况核对授权书;
8. 填写《武汉市医疗救助申请审批表》。

(二)审核。街道办事处(乡镇人民政府)在受理申请之日起15个工作日内,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,提出审核意见。对符合救助条件的,在救助对象所在街道办事处(乡镇人民政府)和居(村)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,报区民政部门审批;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。

(三)审批。区民政部门在5个工作日内对街道办事处(乡镇人民政府)报送的审核材料提出审批意见。符合条件批准救助的,向同级财政部门提出支付申请,及时给予救助。不符合救助条件

的,应书面告知并说明理由。

第三十四条 因病致贫救助对象和区人民政府认定的其他困难对象有三种特殊情况的,结合本细则第三十二条、第三十三条以及第十六条中有关规定进行救助。

第六章 资金结算

第三十五条 即时结算救助资金由医疗救助定点医疗机构垫付资金后,每季度向区民政部门提交医疗救助的相关资料,区民政部门在收到医疗救助相关资料后一个月内审核完毕,向同级财政部门提出支付申请,同级财政部门通过医疗救助资金专账直接支付给医疗救助定点医疗机构。

第三十六条 医后救助资金由区民政部门向同级财政部门提出支付申请,同级财政部门通过医疗救助资金专账或者委托街道办事处(乡镇人民政府)财政所将医后救助资金转账至申请医疗救助对象个人账户。

第三十七条 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救助对象当年救助金额。

第七章 附 则

第三十八条 市民政、财政、人力资源社会保障、卫生计生、扶贫等部门应当定期或者不定期对全市医疗救助经办机构和定点医

疗机构开展医疗救助业务工作监督检查。

第三十九条 对农村儿童白血病、先天性心脏病患者先按照省卫生计生委、省民政厅相关规定的定额标准救助后,仍难以承担合规医疗费用的,再按照本细则进行救助。

第四十条 救助对象工作单位或者其他部门、团体已对救助对象进行补助或者报销的医疗费用,原则上先从救助对象个人自费费用中扣减,剩余费用再从基本医疗个人自付费用中扣减。

第四十一条 本细则自 2017 年 1 月 1 日起实施。

