

武定县人民政府办公室
关于印发武定县农村医疗救助办法（试行）的
通知

武政办发〔2013〕35号

各乡（镇）人民政府，县属有关部门：

《武定县农村医疗救助办法（试行）》已经县第十六届人民政府第六次常务会议研究通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

武定县人民政府办公室

2013年7月20日



武定县农村医疗救助办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我县农村医疗救助制度，保障农村困难群众能够享受到基本医疗卫生服务，缓解农村群众因患重大疾病而致贫、返贫的问题，促进和深化我县医药卫生体制改革，加强农村医疗救助制度与新型农村合作医疗制度的衔接，结合我县实际制定本办法。

第二条 农村医疗救助坚持政府主导，社会参与，大力发展医疗慈善事业；坚持医疗救助水平与经济社会发展水平和财政支付能力相适应的原则；坚持突出重点，分类施救，公开便捷，发挥医疗救助“救急、救难”的作用；坚持公开、公平、公正的原则。

第三条 民政部门是农村医疗救助制度的主管部门，负责制定医疗救助工作计划、资金筹措、审核救助对象，建立救助对象档案以及对医疗救助实施情况进行监督检查。

第四条 财政部门负责农村医疗救助资金的管理，实行专户



储存，分账核算，按规定拨付，接受和管理社会及个人捐赠的救助资金，并定时与民政部门结算医疗救助资金。

第五条 卫生部门负责指导并督促定点医疗服务单位设立医疗救助窗口、公开医疗救助标准、做好救助对象的医疗服务和救助工作。

第六条 审计部门负责对农村医疗救助资金使用情况进行审计监督。

第七条 鼓励和支持红十字会、慈善机构等社会团体以及个人以各种形式参与农村医疗救助工作；农村医疗救助资金按照以收定支、收支平衡的原则运行。

第二章 救助对象和范围

第八条 本办法所指的农村医疗救助对象为持有我县常住户籍的以下农村居民：

- （一）农村五保供养对象；
- （二）特困居民最低生活保障对象（以下简称农村低保对象）；
- （三）农村优抚对象；



（四）患重大疾病发生大额医疗费用导致家庭生活困难的人员；

（五）民政部门认定的其他人员。

第九条 本办法所指重大疾病为：

（一）癌症；（二）白血病；（三）急性脑中风；（四）肾衰竭（尿毒症）；（五）系统性红斑狼疮；（六）脑血管意外后遗症；（七）中晚期慢性重症肝炎及并发症；（八）恶性肿瘤或再生障碍性贫血；（九）重度精神病；（十）经县民政部门会同卫生部门或有关部门共同认定的疾病；

第十条 本办法所指慢性病为：

（一）糖尿病；（二）癌症；（三）慢性风湿性心脏病；（四）冠心病；（五）肺心病（肺源性心脏病）；（六）Ⅱ、Ⅲ期高血压；（七）慢性肾小球肾炎；（八）肝硬化；（九）甲状腺机能减退；（十）慢性骨髓炎；（十一）子宫内膜异位；（十二）高泌乳素血症；（十三）重度精神病。

第十一条 以下情形所发生的医疗费用不列入救助范围：

因自杀、自残、打架斗殴、酗酒、吸毒以及违法犯罪等所发生的医疗费用；

因交通事故、医疗事故等以及应由第三方责任人赔付的医疗费用；

因镶牙、整容、矫形、配镜以及保健、康复等非医疗性所发生的非医疗费用；

在非定点医疗服务机构就医的医疗费用。

第三章 救助方式和标准

第十二条 资助参加新型农村合作医疗制度。每年为农村五保对象、农村低保对象等人员代缴新农合参合费。

第十三条 门诊救助。农村集中五保供养对象到定点医疗服务机构门诊就医时，所发生的费用先由新农合按政策减免后，剩余部分由农村医疗救助全额救助。

第十四条 住院救助。农村医疗救助对象到我县定点医疗机构住院治疗时，按照以下办法实施医疗救助：

（一）农村五保集中供养对象

农村五保集中供养对象到我县定点医疗机构住院治疗时，符合新农合报销的费用先由新农合按政策减免后，剩余部分由农村医疗救助全额给予救助；

（二）农村低保对象和五保分散供养对象及民政优抚对象

农村低保对象、五保分散供养对象、民政优抚对象到县内定点医疗机构住院治疗时，所发生的费用先由新农合按政策减免后，剩余部分由农村医疗救助按 40 % 的比例给予救助，救助金额不超过 10000 元。

（三）患重大疾病发生大额医疗费用导致家庭生活困难的人员

参加新农合的我县农村居民到我县定点医疗机构住院治疗时，新农合报销以后自付部分达到 5000 元以上，按 20 % 的比例给予救助，救助金额不超过 10000 元。

第十五条 其它救助。

农村低保对象、五保分散供养对象、民政优抚对象中，经县级及县级以上定点医疗服务机构确诊患有第十条所指慢性病无法根治痊愈，必须长期服药维持治疗，并在当年内未曾住院治疗未享受过住院救助的，且当年门诊医疗发票累计超过 500 元以上的，由本人或代理人凭县级及县级以上医疗机构出具的诊断证明、当年门诊医疗发票、身份证等向当地民政部门申请办理救助，每人每年一次性救助 500 元。



第四章 救助流程

第十六条 农村医疗救助按照“方便群众，手续简便，流程快捷”的原则实行“一站式”服务。民政救助对象到县内定点医疗机构就医时，需出示当地民政部门审核确认后出具的“就诊卡”，定点医疗机构核实后，分别按新农合政策和农村医疗救助政策给予当场减免。

第十七条 到县外定点医疗机构住院治疗费用，先按照新农合政策报销，再凭合管办的报审单原件和住院发票复印件及身份证到当地民政部门申请办理救助。

第十八条 患重大疾病发生大额医疗费用导致家庭生活困难的人员按照第十七条救助流程办理。

第十九条 民政救助对象到县内定点医疗机构就医发生的救助金由定点医疗机构先垫付，凭有效单据到当地民政部门报销结算。

第五章 定点医疗机构职责

第二十条 农村医疗救助实行定点医疗，所定点的医疗服务



机构和新型农村合作医疗的定点医疗机构相一致。定点医疗机构应履行以下职能和义务：

- （一）按本县新农合的付费制度和医疗服务标准为救助对象提供医疗服务；
- （二）设立民政医疗救助窗口；
- （三）查验救助对象的相关证件，并造册登记备案；
- （四）按民政医疗救助政策对救助对象的费用进行减免；
- （五）定期向民政部门报销结算救助资金。

第六章 医疗救助资金来源和管理

第二十一条 农村医疗救助资金来源包括：

- （一）历年结余的农村医疗救助资金；
- （二）中央、省、州补助的农村医疗救助资金；
- （三）县级财政预算安排的农村医疗救助资金；
- （四）社会捐赠资金；
- （五）农村医疗救助基金滚存利息收入；
- （六）其它。

第二十二条 农村医疗救助资金由县财政专户管理，专账核

算。任何单位和个人不得截留、挪用、私分或变更用途。

第七章 罚 则

第二十三条 救助对象违反本办法规定，弄虚作假，骗取医疗救助金的，经查明后如数追回全部救助资金，并取消医疗救助待遇。情节严重的，依法追究法律责任。

第二十四条 定点医疗服务机构违反本办法规定，不履行本办法规定义务、有三次以上违规行为的，取消定点医疗服务机构资格，并追究单位主管人员和直接责任人责任。

第二十五条 国家机关及其工作人员在实施农村医疗救助中，玩忽职守，徇私舞弊，或者索贿受贿，为他人谋取不正当利益的，对单位主管人员和直接责任人给予行政处分；情节严重构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第八章 附 则

第二十六条 本办法自 2013 年 8 月 1 日起施行。原《武定县农村医疗救助管理办法（试行）》（2011 年 6 月 28 日武政办

发（2011）37号及《武定县民政局关于对农村医疗救助管理办法实施的补充规定》同时废止。

第二十七条 本办法与《武定县城乡医疗救助与优抚对象一站式服务同步结算实施方案》相结合实施。

第二十八条 本办法由武定县民政局、武定县卫生局负责解释和补充完善。