



楚雄州人民政府关于印发楚雄彝族自治州 城乡医疗救助实施办法（试行）的通知

楚政规〔2020〕1号

各县市人民政府，州直有关部门，楚雄开发区管委会：

现将《楚雄彝族自治州城乡医疗救助实施办法（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。

2020年6月15日

（此件公开发布）



楚雄彝族自治州城乡医疗救助实施办法(试行)

第一章 总 则

第一条 为进一步建立管理科学、标准合理、程序简便、操作规范的城乡医疗救助制度,加强城乡医疗救助与城乡居民医疗保险制度衔接,完善城乡居民医疗保障体系,根据国家和省有关规定,结合本州实际,制定本办法。

第二条 本办法所称城乡医疗救助是政府对特定的患病对象发生的医疗费用,按照一定标准给予补助,以缓解其因病造成家庭生活困难的医疗救助制度。

第三条 城乡医疗救助实行属地管理,救助对象为经县市民政、残联等部门确定,具有本地户籍,参加了城乡居民医疗保险的特定困难人员。

符合下列条件之一的城乡居民列入救助对象:

- (一) 特困供养人员、孤儿;
- (二) 一二级重度残疾人;
- (三) 三四级智力和精神残疾人;



（四）城乡低保对象。

第四条 重特大疾病医疗救助主要是帮助解决救助对象患楚雄州城乡居民医疗保险规定的重特大疾病，住院医疗费用在政策范围内经基本医疗保险和大病保险报销后仍难以负担的住院医疗费用。

第五条 医疗救助实行州、县市人民政府负责制。

医疗保障行政部门负责城乡医疗救助工作，制定城乡医疗救助有关配套政策，并对本行政区域内城乡医疗救助工作进行管理、监督和指导。

财政、卫健、民政、残联等相关部门按照各自的工作职责，协同做好城乡医疗救助工作。

州、县市医疗保险经办机构负责本行政区域内城乡医疗救助经办服务工作。

乡镇、社区、村（居）委会按照各自工作职责负责本行政区域内城乡医疗救助的有关工作。

第六条 城乡医疗救助坚持公开公平公正、属地管理、与医疗保险相衔接、与经济社会发展水平和财政承受能力相适应、政府救助与社会资助相结合、重点分类施救的原则。

第七条 建档立卡贫困人口的医疗救助按照健康扶贫医疗



保障的有关规定执行。

第二章 资金管理

第八条 州、县市人民政府每年应当安排城乡医疗救助资金，列入当年财政预算。州财政统筹中央、省级补助资金和州级预算资金，根据救助需求、工作开展情况等因素对各县市给予转移支付补助。

鼓励集体、单位或其他社会经济组织对城乡医疗救助资金予以捐赠。

第九条 城乡医疗救助资金参照社会保险基金财务、会计制度纳入财政专户管理，独立核算，专款专用，任何部门、单位和个人不得挤占、挪用。

第十条 医疗保险经办机构应当建立健全内部管理制度和资金运行风险预警机制，加强资金收支管理，接受社会监督。

医疗保障行政主管部门和财政、审计等部门依法对城乡医疗救助资金收支和管理使用情况进行监督。

第十一条 城乡医疗救助资金应当统筹考虑城乡困难人员的救助需求，首先确保救助对象参加城乡居民基本医疗保险，其



次对救助对象经基本医疗保险、大病保险报销后，医疗保险政策范围内的医疗费用自付部分按规定给予救助，帮助困难群众减轻医疗费用负担。

第十二条 城乡医疗救助资金可以结转下年度继续使用。各级医疗保障部门与同级财政部门建立对账制度，定期做好城乡医疗救助资金的清理和对账。年度末，医疗保障部门应按要求向同级财政部门报送城乡医疗救助资金年度执行情况及相关说明。

第三章 资助参保

第十三条 特困供养人员、孤儿按照当年城乡居民基本医疗保险个人缴费标准给予全额资助。

第十四条 一二级重度残疾人、三级智力和精神残疾人、城乡低保对象以及省规定的其他特定困难人员，参加当年城乡居民基本医疗保险个人缴费部分给予定额资助。具体标准按照省规定的标准执行。

第十五条 符合多种资助参保条件的，按照“就高”原则给予参保资助，不得重复享受。

第十六条 资助医疗救助对象参保的，由医疗保险经办机构



在集中参保缴费期内，根据当地民政、残联等部门提供的救助对象名册，在城乡居民医疗保险信息系统中进行参保比对后，符合资助参保条件的按相应标准进行资助。资助参保的具体办法由县市医疗保障部门会同财政、民政、残联等部门制定。

第四章 医疗救助

第十七条 第一类救助对象在楚雄州内开通城乡居民基本医疗保险门诊减免的医保协议定点医疗机构就诊（含普通门诊、慢性病门诊）时，所发生的门诊医疗费用经城乡居民医疗保险报销后，剩余符合政策范围内的自付部分，由城乡医疗救助资金按100%的比例给予救助。一个自然年度内，每人累计最高救助限额为500元。

第十八条 第二类、第三类救助对象因患我州城乡居民医疗保险规定的慢性病病种范围内的疾病，在楚雄州内开通城乡居民基本医疗保险门诊减免的医保协议定点医疗机构就诊时，所发生的门诊医疗费用经城乡居民医疗保险报销后，剩余符合政策范围内的自付部分，由城乡医疗救助资金按70%的比例给予救助。一个自然年度内，每人累计最高救助限额为300元。



第十九条 救助对象在本地或按逐级转诊转院规范在医保协议定点医疗机构住院治疗（含特殊疾病门诊）时，发生的医疗保险政策范围内的医疗费用，经城乡居民基本医疗保险和大病保险报销后的个人自付部分（不含全自费费用、基本医疗保险和大病保险起付线费用、进口材料先行负担部分费用，下同），由城乡医疗救助资金按以下比例和限额给予救助：

第一类救助对象，不设救助起付线，由城乡医疗救助资金按100%的比例给予救助。一个自然年度内，每人累计最高救助限额为1万元；重特大疾病的累计最高救助限额为10万元。

第二类 and 第三类救助对象，不设救助起付线，由城乡医疗救助资金按70%的比例给予救助。一个自然年度内，每人累计最高救助限额为1万元；重特大疾病的累计最高救助限额为10万元。

第四类救助对象，年度内累计超过2000元的部分，由城乡医疗救助资金按70%的比例给予救助。一个自然年度内，每人累计最高救助限额为1万元；重特大疾病的累计最高救助限额为5万元。

第二十条 参加城乡居民医疗保险的参保人员患尿毒症在本地或按逐级转诊转院规范在医保协议定点医疗机构发生的门诊透析和住院治疗医疗费用，经城乡居民基本医疗保险和大病保



险报销后的个人自付部分，不设起付线，属特困供养人员的按 100%比例进行救助，其他人员按 70%的比例进行救助，一个自然年度内，每人累计最高救助限额为 10 万元。

第二十一条 参加城乡居民医疗保险的参保人员患重性精神病在定点救治医院发生的住院医疗费用，经城乡居民基本医疗保险和大病保险报销后的个人自付部分，不设起付线，属特困供养人员的按 100%比例进行救助，其他人员按 80%的比例进行救助，一个自然年度内，每人累计最高救助限额为 10 万元。

第二十二条 救助对象符合多条救助标准的，按照“就高”原则给予救助，不得重复享受。

第五章 费用结算

第二十三条 城乡医疗救助费用实行持社会保障卡与城乡居民基本医疗保险、大病保险“一站式”结算。

第二十四条 救助对象在实现医疗救助联网结算的医保协议定点医疗机构发生的医疗救助费用，个人应承担的部分，由个人与医疗机构结算；应由医疗救助资金支付的部分，由医保协议定点医疗机构向医疗保险经办机构申报结算。



第二十五条 救助对象在医保协议定点医疗机构发生的未实现联网结算的医疗救助费用，先由个人垫付，再凭医保协议定点医疗机构出具的出院证明、医疗费用发票、医疗费用汇总清单、身份证等资料，到参保地医疗保险经办机构申报医疗救助，当年费用申报受理截止时间原则上为次年 3 月 31 日。

第二十六条 有下列情形之一的，不列入医疗救助范围：

- （一）未参加城乡居民基本医疗保险的；
- （二）未在医疗保险协议定点医疗机构就诊的；
- （三）未按转诊转院规范到县域外医疗机构治疗的；
- （四）不符合城乡居民医疗保险政策支持范围的；
- （五）法律法规规定的其他情形。

第六章 保障措施

第二十七条 建立健全绩效评价机制，对城乡医疗救助资金的使用情况开展绩效评价。加强对本地医疗救助资金的绩效运行监控，及时发现和纠正有关问题，必要时可以委托专业机构或具有资质的社会中介机构开展医疗救助资金绩效运行监控和评价工作，确保资金使用管理安全高效，专款专用。



第二十八条 州医疗保障和财政部门按以收定支、收支平衡、保障适度、略有结余的原则，对城乡医疗救助的救助对象、范围、标准等适时调整。

第二十九条 城乡医疗救助实行网络信息化管理，建立健全医疗救助信息网络服务体系。

第三十条 州、县市人民政府应当保障城乡医疗救助经办和信息系统建设及运行维护经费。

第三十一条 城乡医疗救助定点医疗机构与城乡居民医疗保险定点医疗机构一致。

医疗保险经办机构应当建立健全激励约束、考核评价和动态管理机制，将医疗救助工作一并纳入医保协议定点医疗机构考核管理，规范医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长。

城乡医疗救助定点医疗机构应当严格执行城乡医疗救助有关政策规定，坚持诚信经营，严格履行服务协议，自觉规范医疗服务行为，做到合理收治、合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费。

第三十二条 各县市民政、残联等部门应当在每年 11 月底前，将医疗救助对象的详细名册提供县市医疗保险经办机构进行系统标识。对实施动态管理的医疗救助对象，民政、残联等部门



应当在变动后 5 个工作日内，将名册提供县市医疗保险经办机构进行系统标识。

第七章 法律责任

第三十三条 医疗保障行政部门、经办机构和工作人员违反本办法，滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，以及骗取、截留或者挪用城乡医疗救助资金的，依法予以处分；涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

第三十四条 医保协议定点医疗机构及其工作人员违反本办法的，由医疗保障部门追索不应由医疗救助资金支付的费用，并依法予以处分；涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

第三十五条 救助对象骗取医疗救助待遇的，由医疗保障部门追索，并依法予以处理；涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

第八章 附则

第三十六条 因突发疫情等紧急情况造成的大范围急、危、重症病人医疗救助，由州人民政府或上级统筹研究纳入保障范



围。

第三十七条 县市人民政府可以根据医疗救助资金筹集和使用情况,对本办法规定救助对象以外的其他特殊困难人员住院费用个人自付部分,在年度起付线以上、救助限额以内,按不高于 30%的标准给予救助。一个自然年度内,年度救助起付线按不低于 5000 元,年度累计最高救助限额按不超过 1 万元(重特大疾病不超过 3 万元)的原则确定。具体办法由县市人民政府自行确定,所需资金由上级补助资金剩余部分或县市人民政府补助资金解决。

第三十八条 本办法相关配套措施由州、县市医疗保障部门另行制定,国家、省有具体政策措施的按具体规定执行。

第三十九条 本办法自 2020 年 8 月 1 日起施行,有效期至 2023 年 12 月 31 日。本办法实施前的相关规定与本办法不一致的,按照本办法执行。