



重庆市涪陵区人民政府办公室 关于印发涪陵区特困人员医疗救助基金 筹集管理使用办法的通知

涪陵府办发〔2017〕9号

涪陵新城区管委会,各乡镇人民政府、街道办事处,区政府各部门,有关单位:

《涪陵区特困人员医疗救助基金筹集管理使用办法》已经区政府同意,现印发给你们,请认真遵照执行。

重庆市涪陵区人民政府办公室

2017年1月25日



涪陵区特困人员医疗救助基金 筹集管理使用办法

为进一步完善全区社会救助制度,健全特困人员多层次医疗保障体系,切实加大特困人员医疗救助力度,区政府决定在区慈善会建立特困人员医疗救助基金,专项用于对特困人员的医疗救助。结合涪陵区实际,制订本办法。

一、基金规模及筹集渠道

特困人员医疗救助基金规模为 1000 万元,以区财政资金投入为主,同时接受社会捐款。

二、基金管理使用原则

特困人员医疗救助基金按照公开、公平、公正、专款专用、收支平衡的原则进行管理和使用。

三、救助对象

涪陵区在册特困人员(含城市“三无”人员、农村五保对象、城乡孤儿和事实无人抚养困境儿童)。

四、救助范围

- (一) 重大疾病住院;
- (二) 普通疾病住院;
- (三) 慢性疾病门诊;



(四) 住院预付金;

(五) 住院护理费。

五、救助标准

(一) 重大疾病住院救助。对医保政策范围内的费用扣除各类保险、救助后的个人自付部分，按 90% 的比例予以救助，全年个人累计救助额不超过 5 万元。

(二) 普通疾病住院救助。对医保政策范围内的费用扣除各类保险、救助后的个人自付部分，按 80% 的比例予以救助，全年个人累计救助额不超过 2 万元。

(三) 慢性疾病门诊救助。参照当年全区城乡医疗救助政策门诊救助标准执行，采取直接打卡发放的方式实施。

(四) 住院预付金救助。特困人员在区内定点医疗机构住院治疗，免交住院预付金。

(五) 住院护理费救助。特困人员住院治疗，护理费按每人每天 30 元的标准予以补贴。

(六) 救助对象经以上各项救助后，个人自付费用仍然过大难以承担的，经过调查评审可再次享受救助。原则上经以上各项救助后个人自付费用仍在 1000 元以上（含 1000 元）的，按 50% 的比例予以再次救助，全年个人累计救助不超过 5000 元。

六、救助程序

(一) 申请。由救助对象（或监护人）向户籍所在地乡镇（街道）民政办（社会事务办）提出医疗救助申请，并填写《涪陵区特



困人员医疗救助基金申请审批表》，同时提供申请人身份证复印件、医院发票、出院证明、建行或农村商业银行存折（卡）复印件，经村委会（社区居委会）或敬老院核实并签署意见后报乡镇（街道）民政办（社会事务办）。

（二）申报。由乡镇人民政府（街道办事处）审核后向区特困人员医疗救助基金管理工作组办公室申报。

（三）审批。区特困人员医疗救助基金管理工作组办公室对救助申请进行评审。个人救助金额在2万元以下的，由区特困人员医疗救助基金管理工作组办公室审批；个人救助金额在2万元以上（含2万元）的，由区特困人员医疗救助基金管理工作组办公室调查核实后提出评审意见，报区政府分管领导审批。

七、基金管理监督

成立区特困人员医疗救助基金管理工作组，组长由区政府分管领导兼任，成员由区民政局、区财政局、区人力社保局、区卫生计生委等部门负责人组成，主要负责特困人员医疗救助资金的筹集、管理和使用等工作；管理工作组办公室设在区民政局，负责处理日常事务。区特困人员医疗救助基金的筹集、管理及使用情况，每年向社会公布一次，接受社会监督。同时，区财政、审计、监察等部门要对区特困人员医疗救助基金的管理使用加强监督检查。

八、本办法自印发之日起施行。

附件：1. 重大疾病和慢性疾病病种明细



2. 涪陵区特困人员医疗救助基金申请审批表



附件 1

重大疾病和慢性疾病病种明细

一、重大疾病病种（共 22 类）

肺癌、食道癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、乳腺癌、宫颈癌、严重多器官衰竭（心、肝、肺、脑、肾）、再生障碍性贫血、终末期肾病（尿毒症）、耐多药肺结核、艾滋病机会性感染、重性精神病、血友病、肝肾移植前透析和手术后抗排异治疗、慢性粒细胞白血病、急性心肌梗塞、脑梗死、重症甲型 H1N1、1 型糖尿病、甲亢、唇腭裂等。

二、慢性疾病病种（共 13 类）

高血压病（1 级高血压中高危和很高危、2 级高血压、3 级高血压）；糖尿病 2 型；冠心病；精神分裂症、心境障碍（抑郁躁狂症）、偏执性精神障碍；肝硬化（失代偿期）；系统性红斑狼疮；脑血管意外后遗症（脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血后遗症）；结核病；风湿性心瓣膜病；类风湿性关节炎；慢性肺源性心脏病；慢性支气管炎伴阻塞性肺气肿、甲亢等。



附件 2

涪陵区特困人员医疗救助基金申请审批表

申请人		性别		年龄		人员类别		联系电话	
身份证号码				居住地址					
代理人 (监护人)		与申请人的关系					联系电话		
身份证号码				居住地址					
申请救助理由	申请(代理)人签名: 年 月 日								
村(社区)调查、公示情况	村委会(社区居委会)盖章: 年 月 日								
乡镇(街道)审核意见	乡镇人民政府(街道办事处)盖章: 年 月 日								
区特困人员医疗救助基金管理 工作组评议、审批意见	科室审核	年 月 日							
	领导审批	区特困人员医疗救助基金管理工作组盖章 (区慈善会代章)							
医疗救助金 发放情况	汇款银行:			经办人员:					
	汇(领)款金额:			领款人签字:					
	汇款凭证号码:			汇(领)款时间:					

- 注: 1. 人员类别: 填写城市“三无”人员、农村分散五保人员、农村集中供养五保人员、城乡孤儿、事实无人抚养困境儿童;
 2. 申请救助理由: 要写明所患疾病名称、医疗总费用和自付费用;
 3. 申请时仔细填写汇款银行及银行账号并将本人银行存折(卡)复印附后。