

汕尾市人民政府办公室文件

汕府办〔2017〕50号

汕尾市人民政府关于印发汕尾市困难群众 医疗救助实施细则的通知

各县（市、区）人民政府，市政府各部门、各直属机构：

《汕尾市困难群众医疗救助实施细则》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。执行过程中遇到的问题，请径向市民政局反映。



汕尾市人民政府办公室

2017年12月31日

汕尾市困难群众医疗救助实施细则

第一条 为进一步完善我市城乡困难群众医疗救助制度，根据《社会救助暂行办法》（国务院令 第 649 号）、《广东省人民政府办公厅转发省民政厅等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作实施意见的通知》（粤府办〔2016〕2 号）和《广东省困难群众医疗救助暂行办法》（粤民发〔2016〕184 号）等文件精神，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 本实施细则所指医疗救助，是指对救助对象参加基本医疗保险给予资助，保障其获得基本医疗保险服务；对救助对象在扣除各种医疗政策性补偿、补助、减免及社会指定医疗捐赠后，仍难以负担的符合规定的医疗费用，给予适当比例补助，帮助困难群众获得基本医疗服务。

本实施细则所指医疗救助“一站式”结算，是指医疗救助对象在定点医疗机构看病就医，出院时其基本医疗保险政策范围内报销费用和医疗救助补助费用直接减免，救助对象只需结清个人自付部分费用。

第三条 医疗救助工作遵循以下原则：

（一）托住底线。根据经济社会发展水平、救助对象医疗费用、家庭困难程度和负担能力等因素，科学合理制定救助方案，确保救助对象获得必需的基本医疗卫生服务。

（二）统筹衔接。推进医疗救助制度城乡统筹发展，加强与基本医疗保险、大病保险、疾病应急救助及各类补充医疗保险、商业保险等制度的有效衔接，形成制度合力。加强与慈善事业有

序衔接，实现政府救助与社会力量参与的高效联动和良性互动。

（三）公开公正。公开救助政策、工作程序、救助对象以及实施情况，主动接受群众和社会监督，确保过程公开透明、结果公平公正。

（四）高效便捷。优化救助流程，简化结算程序，加强信息化建设，增强救助时效性，使困难群众及时得到有效救助。

（五）属地管理。医疗救助实行各级政府分级负责制，切实保障本地区困难群众获得基本医疗服务。

第四条 市民政局牵头做好本行政区域内的医疗救助工作，履行以下职责：

（一）制订本市医疗救助相关政策；

（二）会同市财政部门编制本级医疗救助金年度预算并拨付医疗救助金；

（三）会同市人力资源社会保障部门做好困难群众参加基本医疗保险工作，以及医疗保险与医疗救助“一站式”结算的衔接工作；

（四）会同市卫生计生部门协调定点医疗服务机构做好“一站式”结算平台衔接工作。

第五条 各县（市、区）民政部门负责实施本区域医疗救助工作，履行以下职责：

（一）执行国家、省、市医疗救助政策，制定上级要求的相关具体实施细则；

（二）会同本级财政部门编制医疗救助金年度预算并发放医疗救助金；

(三) 审核审批医疗救助申请;

(四) 负责医疗救助对象的认定及信息管理工作, 组织实施医疗救助“一站式”结算, 协调相关部门制定有关制度, 会同相关部门进行“一站式”医疗救助费用结算;

(五) 负责本区域医疗救助工作的报表统计和档案管理。

第六条 镇人民政府(街道办事处)履行以下职责:

(一) 受理、审核医疗救助申请;

(二) 核查本辖区医疗救助申请人的家庭财产和家庭收入情况并公示核查结果;

(三) 负责协助做好“一站式”医疗救助对象的认定及信息管理工作。

镇人民政府(街道办事处)、村(居)民委员会要主动发现并及时核实辖区居民罹患重病等特殊情况, 帮助有困难的家庭或个人提出救助申请。

第七条 财政部门履行以下职责:

(一) 研究制定医疗救助资金管理办法;

(二) 配合民政部门制订医疗救助标准;

(三) 落实和检查本级医疗救助金的预算和筹集;

(四) 负责医疗救助金的复核, 会同民政部门拨付资金, 定期与医疗救助“一站式”定点医疗机构进行资金结算;

(五) 检查、监督医疗救助资金的使用。

第八条 人力资源社会保障部门履行以下职责:

(一) 负责救助对象参加城乡基本医疗保险或职工医疗保险的服务管理工作;

(二) 负责统筹医疗救助“一站式”即时结算信息系统与医保信息系统的对接, 以及医疗保险与医疗救助“一站式”服务的衔接工作。

第九条 卫生计生部门履行以下职责:

(一) 负责指导、督促、规范和监督相关医疗机构的医疗服务行为, 做好医疗救助与平价医疗服务等惠民政策的衔接工作;

(二) 协调定点医疗服务机构做好“一站式”结算平台与医疗保险信息管理平台的衔接, 指导各定点医疗服务机构掌握医疗救助政策, 落实相关门诊和住院押金减免等优惠政策, 以及救助对象优先诊疗政策, 规范医疗服务行为, 提高服务质量, 为医疗救助对象看病就医提供便捷的服务。

第十条 扶贫部门负责建档立卡贫困人员的认定, 提供建档立卡贫困人员名册, 协助办理建档立卡贫困人员参加城乡基本医疗保险或职工医疗保险, 并纳入医疗救助“一站式”信息系统。

第十一条 民政部门和其他社会救助管理部门要逐步建立信息共享渠道。根据申请或者已获得社会救助家庭(人员)的请求、委托, 民政部门可以通过户籍管理、教育、税务、社会保险、不动产登记、工商登记、住房公积金管理、车船管理、服刑人员管理等单位和银行、保险、证券等金融机构查询、核对申请人的家庭(人员)人口状况、收入状况、财产状况等有关获得社会救助的信息; 有关单位和金融机构应当予以配合。

第十二条 医疗救助对象:

(一) 收入型贫困医疗救助对象。

1. 重点救助对象。

(1) 特困供养人员：具有本市户籍的无劳动能力、无生活来源且无法定赡养、抚养、扶养义务人，或者其法定赡养、抚养、扶养义务人无赡养、抚养、扶养能力的老年人、残疾人以及未满16周岁的未成年人等（即农村五保供养对象、城镇“三无”人员）；

(2) 本市户籍的城乡最低生活保障对象。

(3) 本市户籍的未满16周岁的未成年人符合孤儿认定条件，已纳入孤儿基本生活保障范围的对象。

2. 本市户籍的建档立卡的贫困人员（不含最低生活保障家庭成员，下同）。

3. 低收入救助对象：具有本市户籍，家庭人均收入在户籍所在地城镇最低生活保障标准1.5倍（含本数，下同）以下且家庭财产符合本实施细则第十三条规定的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者等困难群众（以下简称低收入救助对象）。

(二) 支出型贫困医疗救助对象。

具有本市户籍、持本地居住证的常住人口当年在基本医疗保险定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）住院治疗疾病和门诊特定项目、个人负担的合规医疗费用达到或超过其家庭年可支配总收入的60%，且家庭财产总值低于户籍所在地规定上限的因病致贫家庭重病患者（以下简称因病致贫家庭重病患者）。

(三) 各县（市、区）人民政府规定的其他特殊困难群众。

第十三条 除重点救助对象和建档立卡的贫困人员外，我市医疗救助对象的家庭财产需同时符合下列所有标准：

(一) 共同生活的家庭成员名下产权房屋总计不超过1套；

(二) 共同生活的家庭成员名下人均存款(包括定期、活期存款),不超过当地12个月城镇最低生活保障标准;

(三) 共同生活的家庭成员名下均无机动车辆、船舶(残疾人代步车、摩托车除外);

(四) 共同生活的家庭成员名下有价证券、基金的人均市值,不超过当地12个月城镇最低生活保障标准;

(五) 共同生活的家庭成员名下均无工业、商业、服务业营利性组织的所有权;

(六) 本条第(二)、(四)款所述项目相加总计不超过当地12个月城镇最低生活保障标准。

第十四条 重点救助对象、建档立卡的贫困人员和市、县(市、区)人民政府认定并在民政部门备案的救助对象,由县(市、区)民政局直接审核办理。上述对象在定点医疗机构就医时,实行医疗救助和基本医疗保险、大病保险同步结算的“一站式”服务,同时加快推进重特大疾病医疗救助“一站式”结算服务。

第十五条 低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和地方人民政府规定且没有在民政部门备案的其他特殊困难群众申请医疗救助,需进行家庭经济状况认定(家庭收入和家庭财产认定范围参照《广东省最低生活保障申请家庭经济状况核对及认定暂行办法》(粤民发〔2014〕202号)执行),申请审核审批程序如下:

(一) 申请人应当向户籍所在地乡镇人民政府(街道办事处)提出书面申请,填写医疗救助金申请表(户主申请有困难的,可以委托村民委员会、居民委员会或个人代为提出申请),并如实

提供如下证明材料:

1. 申请人的身份证或户口簿原件及复印件(委托他人申请的,同时提供受委托人的身份证或户口簿原件及复印件);

2. 相关医疗机构出具的诊断结果、病历、用药或诊疗项目、收费明细清单、转诊证明、转院通知、基本医疗保险审批表或结账单、定点医疗机构复式处方或定点零售药店购药发票等能够证明合规医疗费用的有效凭证等;

3. 县以上民政部门要求的其他证明材料。

(二) 镇人民政府(街道办事处)受理救助申请后,应当自受理申请之日起10个工作日内,在村(居)委会协助下,组织经办人员,对申请人家庭实际情况逐一完成调查核实,每组调查人员不得少于2人。入户调查时,调查人员须到申请人家中调查其户籍状况、家庭收入财产状况和吃、穿、住、用等实际生活状况。根据申请人申报的家庭收入和财产状况,核查其真实性和完整性。入户调查结束后,调查人员应当填写家庭经济状况调查表,并由调查人员和申请人(被调查人)分别签字。

(三) 对经济状况符合条件的申请人家庭,镇人民政府(街道办事处)应当根据入户调查情况,在3个工作日内,对其医疗救助申请提出审核意见,并及时在村(居)民委员会设置的村(居)务公开栏公示入户调查和审核结果,公示期为5日。

(四) 公示期满无异议的,镇人民政府(街道办事处)应当于公示结束后3个工作日内将申请材料、家庭经济状况调查结果等相关材料上报县级民政部门审批。公示期间出现异议且能出示有效证据的,乡镇人民政府(街道办事处)应当组织民主评议,

对申请人家庭经济状况进行评议，作出结论。民主评议由镇人民政府（街道办事处）工作人员、村（居）党组织和村（居）委员会成员、熟悉村（居）民情况的党员代表、村（居）民代表等参加。

（五）经民主评议认为符合条件的，镇人民政府（街道办事处）应当将申请相关材料上报县级民政部门审批；经民主评议认为不符合条件的，镇人民政府（街道办事处）应当在3个工作日内书面告知申请人并说明理由。

（六）县级民政部门对申请和相关材料在5个工作日内进行审核。符合条件的，核准其享受医疗救助的金额，并将批准意见通知镇人民政府（街道办事处）；不符合条件的，应将材料退回，书面告知申请人并说明理由。

（七）镇人民政府（街道办事处）应当对拟批准的申请家庭通过固定的政务公开栏、村（居）务公开栏以及政务大厅设置的电子屏等场所和地点进行公示。公示内容包括申请人姓名、家庭人数、拟救助金额等。公示期为5日。

（八）公示期满无异议的，县级民政部门应当在3个工作日内作出审批决定，在批准申请后5个工作日内，向同级财政部门提出申请。县级财政部门接到民政部门的审批表后，在3个工作日内将救助资金拨付到指定金融机构，直接支付给医疗救助对象。

公示期间出现异议的，县级民政部门应当重新组织调查核实，在20个工作日内作出审批决定。对拟批准的申请重新公示，对不予批准的申请，在做出决定后3个工作日内通过镇人民政府

(街道办事处)书面告知申请人并说明理由。

第十六条 对获得医疗救助的对象名单,应当在镇人民政府(街道办事处)、村(居)委会政务公开栏以及政务大厅设置的电子屏等场所和地点进行为期半年的公示。

第十七条 医疗救助包括资助参保、门诊救助、住院救助。

(一) 资助参保。对重点救助对象、低收入救助对象、建档立卡卡的贫困人员等参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分,给予全额资助。对重点救助对象、低收入救助对象等参加职工基本医疗保险的个人缴费部分,按照不低于资助参加城乡居民基本医疗保险的水平给予资助,保障其获得基本医疗保险服务。

(二) 门诊救助。

1. 门诊救助的重点是患慢性病需要长期服药或者患重特大疾病需要长期门诊治疗,导致自负费用较高的医疗救助对象;

2. 门诊救助范围应当包括特困供养人员和城乡最低生活保障家庭成员,集中供养特困人员的门诊救助资金可由供养机构统筹管理使用;

3. 卫生计生部门已经明确诊疗路径、能够通过门诊治疗的病种,可采取单病种付费等方式开展门诊救助;

逐步扩大门诊救助的对象范围和救助水平,将慢性病毒性肝炎(乙型、丙型,活动期)、肝硬化(失代偿期)、冠脉支架术后、帕金森综合症、尿毒症透析治疗、系统性红斑狼疮、珠蛋白生成障碍(地中海贫血或海洋性贫血)、再生障碍性贫血、长期瘫痪卧床(脑血管意外引起偏瘫)、精神分裂症或情感性精神病、恶性肿瘤放化疗、器官移植抗排斥治疗、肺结核、艾滋病等 14 种

门诊特定病种纳入医疗救助范围。

门诊救助的具体办法，由县级人民政府根据当地救助对象需求等实际情况研究制订。

（三）住院救助。

1. 对重点救助对象、低收入救助对象和建档立卡的贫困人员等经基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险等报销后个人负担的合规医疗费用，民政部门直接予以救助；

2. 因病致贫家庭重病患者等其他救助对象负担的合规医疗费用，先由其个人支付，对超过家庭负担能力的部分予以救助；

3. 合规医疗费用范围主要参照广东省基本医疗保险、大病保险相关规定确定。对已明确临床诊疗路径的重特大疾病病种，可采取按病种付费等方式给予救助；

加大对重病、重残儿童、严重精神障碍患者、艾滋病机会性感染病人以及妇女乳腺癌和宫颈癌、戈谢病等重特大疾病患者的救助力度。要全面推进重特大疾病医疗救助工作，具体由县级人民政府根据当地实际情况研究制订。

第十八条 医疗救助对象在医保协议管理医疗机构就医，经基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后，门诊和住院合规医疗费用，按一定的比例给予医疗救助：

（一）特困供养人员的救助比例为 100%；

（二）城乡最低生活保障对象按照不低于 70%的比例给予救助；

（三）建档立卡的贫困人员、低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员等医

疗救助对象按照不低于 70%的比例给予救助。

对因各种原因未能参加基本医疗保险的救助对象，合规范围内发生的医疗费用，可以参照参加基本医疗保险对象个人负担部分的补助政策，按所属对象类别给予救助。

各地要综合考虑患病家庭负担能力、个人自负费用、当地筹资情况等因素，分类分段设置医疗救助比例和年度最高救助限额。原则上重点救助对象的救助比例高于低收入救助对象，低收入救助对象高于其他救助对象；同一类救助对象，个人负担的合规医疗费用数额越大，救助比例越高。县级人民政府要按照医疗救助比例不低于 70%，年度累计最高救助限额（封顶线）不低于 5 万元（含 5 万元），结合当地医疗救助资金筹集和救助对象需求等情况，逐步提高医疗救助比例和封顶线年度最高限额，并向社会公布。

第十九条 重点救助对象、低收入救助对象、建档立卡的贫困人员取消医疗救助起付线，免收特困供养人员住院押金，逐步降低或取消城乡最低生活保障家庭成员的住院押金；因病致贫家庭重病患者和县级以上人民政府规定的其他特殊困难群众重特大疾病医疗救助起付线与大病保险相衔接，对起付线以上个人负担的合规医疗费用在年度最高救助限额内按比例给予救助。

第二十条 加强医疗救助与基本医疗保险、大病保险等系统数据的衔接，开展医疗救助“一站式”结算服务。

重点救助对象、建档立卡的贫困人员和县级以上人民政府认定并在民政部门备案的救助对象，按规定在医疗救助“一站式”定点医疗机构就医，医疗救助金由定点医疗机构先行垫付，每季

度结算一次。在每季度第一个月 10 日前，定点医疗机构凭救助对象签字的医疗费用结算单、救助对象的身份证或户口本复印件、特困人员供养证、孤儿证或低保证等有效证件的复印件、基本医疗保险报销凭据、住院费用收据复印件以及诊断证明、季度救助汇总表等，到救助对象户籍所在地县（市、区）民政局对账，确认上季度支付的总金额；县（市、区）民政局对照定点医疗机构提供的材料逐一审批，并将定点医疗机构支付的救助资金汇总，于结算当月 20 日前送县（市、区）财政局；县（市、区）财政局按照县（市、区）民政局提供的定点医疗机构支付的救助资金明细表，于结算当月 25 日前从城乡医疗救助资金专户中将定点医疗机构先行垫付的救助资金拨付到各定点医疗机构。各县（市、区）可以根据实际情况向本地区定点医疗机构提供一定额度的预付资金，保障重点救助对象及时就医。

第二十一条 对参加城乡居民基本医疗保险的 0-14 周岁（含 14 周岁）儿童治疗急性白血病和先天性心脏病的限定医疗费用，由城乡居民基本医疗保险基金支付 70%，城乡医疗救助基金救助 20%。诊疗、结算标准等按照《关于印发广东省农村儿童先天性心脏病和白血病诊疗标准与限额结算标准的通知》（粤卫〔2010〕193 号）以及《关于开展提高农村儿童重特大疾病医疗保障水平工作有关问题的通知》（粤卫〔2011〕72 号）执行。

第二十二条 要积极开展二次救助，对经救助后医疗费用负担仍较重的，给予二次救助，二次救助以经基本医疗保险、大病保险、医疗救助后个人负担的总费用（含政策外费用）作为救助基数，按照分类分段梯度救助模式，给予一定比例的救助，提高

救助的有效性。

二次救助具体救助比例、救助方式及程序由各县级人民政府根据当地实际情况研究制订。

第二十三条 对确需到上级医疗机构或跨县域异地医院就诊的医疗救助对象，应按规定履行转诊和审批备案手续，救助标准参照定点医疗机构救助标准。

第二十四条 下列产生的医疗费用不予救助：

（一）自行到非正规医疗机构就医或自行购买药品无正规票据的费用；

（二）因自身违法行为导致的医疗费用；

（三）因自残等发生的医疗费用（精神障碍患者除外）；

（四）交通事故、医疗事故等应由他方承担的医疗费用；

（五）县级以上人民政府规定的其他不予救助的情况。

第二十五条 县级以上人民政府应当建立城乡医疗救助基金，城乡医疗救助基金来源主要包括：

（一）地方各级财政部门每年根据本地区开展城乡医疗救助工作实际需要，按照预算管理的相关规定，在公共预算和用于社会福利的彩票公益金本级留成部分按 20%比例中安排的城乡医疗救助资金；

（二）上级财政补助资金；

（三）社会各界捐赠用于医疗救助的资金；

（四）城乡医疗救助基金形成的利息收入；

（五）按规定可用于城乡医疗救助的其他资金。

第二十六条 各级民政部门应当按照财政预算编制要求，根

据救助对象数量、患病率、救助标准、医药费用增长情况，以及基本医疗保险、大病保险、商业保险报销水平等，认真测算下年度城乡医疗救助基金需求，及时报同级财政部门。经同级财政部门审核后，列入年度预算草案报本级人民代表大会批准。各级民政、财政部门应当严格执行《广东省城乡医疗救助基金管理办法》，加强基金使用管理，提高医疗救助基金的使用效率。

第二十七条 财政、民政部门要加强对医疗救助金管理使用情况的监督检查，并自觉接受审计部门的监督。

第二十八条 鼓励单位和个人等社会力量通过捐赠、设立帮扶项目、创办服务机构、提供志愿服务等方式，参与医疗救助。

具有社会救助职能的单位或公益性社会组织通过依法募捐，向个人开展人道主义及慈善医疗救助的工作，不适用本实施细则。

第二十九条 县级以上人民政府应按照国家有关规定制定相关政策，鼓励、支持社会力量参与医疗救助。

第三十条 县级以上人民政府可以将医疗救助中的具体服务事项通过委托、承包、采购等方式，向社会力量购买服务。

第三十一条 对在医疗救助工作中作出显著成绩的单位、个人，按照国家和省、市有关规定给予表彰、奖励。

第三十二条 对骗取医疗救助金的行为，一经查实立即取消救助资格，由县级民政部门追回已发放的医疗救助金，相关信息记入社会诚信体系，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第三十三条 医疗救助经办人员应当依法对救助申请开展调查、审核、审批，不得以权谋私、营私舞弊，不得泄露救助对

象公示范围以外的信息，否则依法追究有关人员的责任，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第三十四条 任何单位和个人不得骗取、挪用、克扣、截留医疗救助资金。医疗机构违反合作协议，对不按规定用药、诊疗以及提供医疗服务所发生的费用，医疗救助基金不予结算；造成医疗救助资金流失或浪费的，终止定点合作协议，取消医疗救助定点医疗机构资格，并依法追究责任。

第三十五条 各县（市、区）人民政府可根据本实施细则，结合当地实际制定本地区具体实施细则。

第三十六条 本实施细则自发布之日起施行，有效期三年。《汕尾市城乡困难居民医疗救助实施办法》（汕府办〔2014〕18号）同时废止。

第三十七条 本实施细则由市民政局负责解释。

公开方式：主动公开

抄送：市委各部委办，市人大办，市政协办，市纪委办，汕尾军分区，市中级人民法院，市检察院，各民主党派，驻汕尾有关单位。

汕尾市人民政府办公室

2017年12月31日印发
