

乐昌市人民政府文件

乐府规〔2018〕1号

乐昌市人民政府关于印发《乐昌市困难群众 医疗救助实施细则》的通知

各镇（街道、办事处），市直各有关单位：

《乐昌市困难群众医疗救助实施细则》已经2018年6月29日市政府十五届43次常务会议通过，现予印发，自2018年1月1日起施行，有效期三年。



乐昌市困难群众医疗救助实施细则

总 则

第一条 为了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 649 号)、《国务院办公厅转发民政部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意见的通知》(国办发〔2015〕30 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的实施意见》(粤府办〔2016〕2 号)、《广东省困难群众医疗救助暂行办法》(粤民发〔2016〕184 号)、《关于印发进一步加强医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接工作方案的通知》(粤民发〔2017〕194 号)和《韶关市困难群众医疗救助暂行办法》(韶府规〔2017〕7 号)、《关于抓紧贯彻落实〈关于印发进一步加强医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接工作方案〉的通知》(韶民发〔2017〕333 号)等文件精神,结合我市实际,制定本细则。

第二条 本细则所指的医疗救助,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(该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，以下简称“合规医疗费”），给予适当比例补助，帮助困难群众获得基本医疗服务。

本办法所指医疗救助“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，加强与城乡居民（城镇职工）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。实行各级政府分级负责制。

第一章 管理职责

第四条 市民政局负责实施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）会同市财政局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）受理特殊医疗救助申请；

（五）负责医疗救助“一站式”结算信息系统建设和联网，做好“一站式”医疗救助对象的认定及信息管理工作，协调相关部门制定有关制度，协助财政部门进行“一站式”医疗救助费用结算；

（六）负责本市医疗救助工作的报表统计和档案管理。

第五条 各镇(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）做好“一站式”医疗救助对象的认定及信息管理工作。

各镇（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。

第六条 市财政局履行以下职责：

- （一）研究制定资金管理政策；
- （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、监督医疗救助金的使用管理。

第七条 市人力资源和社会保障局履行以下职责：

- （一）做好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）配合民政部门做好医疗救助“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。

第八条 市卫生和计划生育局履行以下职责：

- （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协助民政部门抓好本市救助对象相关门诊、住院押金减免和优先诊疗等惠民的医疗救助政策落实，提高服务质量，为医疗救助对象看病就医提供便捷的服务。

第九条 市扶贫办负责本市建档立卡贫困人员的认定，并协

助民政部门做好建档立卡贫困人员的医疗救助和“一站式”信息管理工作。

第十条 公安（车辆管理）、房地产登记、工商、税务等部门以及金融机构根据民政部门的查询公函，及时提供医疗救助申请人汽车、房产、工商登记、税收等家庭资产和经济收入有关的资料和信息，并与民政部门逐步建立信息共享渠道。

第二章 救助对象

第十一条 下列人员可以申请本市相关医疗救助：

（一）收入型贫困医疗救助对象。

1. 重点救助对象：具有本市户籍的特困供养人员（即：农村五保供养对象、城镇“三无”人员、孤儿）和城乡最低生活保障对象。

2. 建档立卡对象：具有本市户籍的建档立卡贫困人员（不含最低生活保障对象，下同）。

3. 低收入救助对象：具有本市户籍，家庭人均月收入在本市城镇最低生活保障标准的1倍以上1.5倍以下（以下含本数，下同），且家庭财产符合本细则第十二条规定的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者等困难群众。

（二）支出型贫困医疗救助对象。

因病致贫家庭重病患者：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”）住院治疗疾病和诊治门诊特定项目，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本细则第十二条规定的重病患者。

（三）市政府规定的其他特殊困难群众。

第十二条 除重点救助对象和建档立卡的贫困人员外，申请本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），不超过本市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，不超过本市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本市12个月城镇最低生活保障标准。

第三章 申请审核审批程序

第十三条 重点救助对象、建档立卡的贫困人员及本市人民

政府规定并在民政部门备案的救助对象，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，由市民政局直接审核办理。同时加快推进本市重特大疾病医疗救助“一站式”结算服务。

第十四条 低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和本市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（如有新规则按新规执行），申请审核审批程序如下：

（一）申请人应当向户籍所在地镇（街道、办事处）提出书面申请，填写《乐昌市医疗救助申请家庭经济状况核对授权书》、《医疗救助申请审批表》（户主申请有困难的，可以委托村（居）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医疗费用的有效凭证等；
3. 市民政部门要求的其他证明材料。

（二）各镇（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、家庭收入及财产状况和吃、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《家庭经济状况入户调查表》，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，各镇（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，各镇（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市民政部门审批。公示期间出现异议且能出示有效证据的，各镇（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，并作出结论。民主评议由各镇（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，各镇（街道、办事处）应当将申请相关材料上报市民政部门审批；经民主评议认为不符合条件的，各镇（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）市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，并将批准意见通知各镇（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）各镇（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，市民政部门应当在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。市财政部门接到同级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，市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个工作日内通过乡镇人民政府（街道办事处）书面告知申请人并说明理由。

第十五条 对获得医疗救助的对象名单，应当在各镇（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。

第四章 救助方式与标准

第十六条 医疗救助包括：资助医疗参保、门诊救助、住院救助。

(一) 资助医疗参保。对重点救助对象、低收入救助对象、建档立卡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、低收入救助对象参加了本市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。本市门诊救助人员范围及标准如下：

1. 特困供养人员的门诊救助比例为100%，不设年度累计封顶限额(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)；

2. 城乡最低生活保障对象和建档立卡贫困人员因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，且卫生计生部门已经明确诊疗路径(即：能够通过特殊门诊治疗的病种)，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，年度负担的累计门诊医疗费按照不低于80%的比例给予救助，且年度累计最高救助限额10万元；

3. 低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和市政府规定的其他特殊困难群众因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，且卫生计生部门已经明确诊疗路径(即：能够通过特殊门诊治疗的病种)，医疗救助起付线与大病疗保险相衔接，年度负担的累计门诊医疗费用按照不低于80%的比例给予

救助，且年度累计最高救助限额8万元。

（三）住院救助。对重点救助对象、低收入救助对象和建档立卡贫困人员经基本医疗保险、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，民政部门直接予以救助。救助比例及标准如下：

1. 特困供养人员、孤儿救助比例为100%，年度累计不设封顶限额，同时，免收特困供养人员住院押金；城乡最低生活保障对象和建档立卡贫困人员救助比例为80%，年度累计最高救助限额为10万元；低收入救助对象救助比例为80%，年度累计最高救助限额为8万元；

2. 因病致贫家庭重病患者和市政府规定的其他特殊困难群众医疗救助起付线与大病保险相衔接，其负担的住院合规医疗费用，先由其个人支付，对达到或超过家庭年可支配收入60%的部分按照不低于80%的比例给予救助，年度累计最高救助限额为8万元；

3. 重点救助对象和建档立卡贫困人员取消医疗救助起付线。

第十七条 对具有本市户籍，但因各种原因未能参加基本医疗保险的救助对象，在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医疗救助。对重残儿童、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按所属对象类别给予相应的医疗救助。戈谢病患者门诊医疗费用和自费购买治疗药物费用、

住院治疗自负医疗费，按照不低于70%的比例给予救助，年度累计最高救助限额25万元。

第十八条 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%，剩余部分的合规医疗费按所属对象类别给予相应比例的医疗救助，其医疗救助水平不得低于现行《关于开展提高城乡儿童先天性心脏病等重特大疾病医疗保障水平工作的通知》(韶人社函〔2014〕177号)规定标准。

第十九条 对经救助后医疗费用负担仍较重的特殊困难对象积极开展二次救助，按照其医疗总费用(含合规范围外)，在年度最高救助限额内按照分类分段梯度救助模式，其救助比例如下：

1. 特困供养人员和孤儿经基本医疗保险、大病保险、政府资助购买的补充医疗保险(商业保险)报销以及门诊和住院医疗救助后个人负担的定点医疗机构医疗总费用(含基本医疗保险政策外费用)，按照100%的比例进行二次医疗救助。

2. 最低生活保障对象、建档立卡的贫困人员在定点医疗机构住院(含特殊门诊治疗的病种)产生的费用，在申请救助当年度经基本医疗保险、大病保险报销以及医疗救助后累计自负医疗总费用(含合规范围外)在5000元(含5000元)以上至1万元以下的，按60%的比例给予二次医疗救助；在1万元(含1万元)以上至2万元以下的，按70%的比例给予二次医疗救助；在2万元(含2

万元)以上的,按80%的比例给予二次医疗救助。

3. 低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者在定点医疗机构住院(含特殊门诊治疗的病种)产生的费用,在申请救助当年度经基本医疗保险、大病保险报销以及医疗救助后累计自负医疗总费用(含合规范围外)超过其家庭申请救助当年度内可支配总收入60%以上部分,在5000元(含5000元)以上至1万元以下的,按50%的比例给予二次医疗救助;在1万元(含1万元)以上至2万元以下的,按55%的比例给予二次医疗救助;在2万元(含2万元)以上的,按60%的比例给予二次医疗救助。

4. 二次医疗救助申请原则上每年集中一次审核办理。因患重特大疾病申请二次医疗救助后救助额将达到年度累计最高救助限额的,可以提前申请。救助对象年度内住院救助、门诊救助、二次救助累计救助总额不得超过年度最高救助限额,由市民政局直接审核办理。如因特殊情况需要突破年度最高救助限额给予救助须通过乐昌市困难群众生活保障协调领导小组研究批准。

5. 二次医疗救助申请人应当向户籍所在地镇(街道、办事处)民政部门提出书面申请,填写一式两份《韶关市困难群众二次医疗救助申请审批表》,申请人申请有困难的,可以委托村(居)委会或个人代为提出申请。各镇(街道、办事处)民政部门收到申请后,对申请和相关材料进行审核。符合条件的,核准其享受医疗救助的金额,并报市民政局审批;不符合条件的,应将材料退回,书面告知申请人并说明理由。市民政局在批准申请后,商

同市财政局将二次医疗救助金通过社会化发放给救助对象。对获得医疗救助的对象名单，各镇（街道、办事处）、村（居）委会应进行为期半年的公示。

第二十条 市政府根据本市救助对象需求和医疗救助资金筹集情况确定、公布医疗救助年度最高限额及救助比例（如未公布新标准则按最新年度标准执行）。医疗救助资金的发放通过银行实行社会化发放，由专户直接拨付救助对象个人帐户。

第二十一条 已在民政部门备案的救助对象，其按规定在“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。于每季度第一个月10日前，凭救助对象签字的《医疗救助结算单》、救助对象的身份证或户口本复印件、基本医疗保险报销凭据以及诊断证明、季度救助汇总表等报市民政局对账、审批，并于结算当月20日前将通过审批确定拨付的救助资金计划报送市财政局；市财政局按照市民政局提供救助资金拨付计划，于结算当月25日前从城乡医疗救助资金专户中将救助资金拨付到各定点医疗机构。

第二十二条 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。

第二十三条 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) 市人民政府规定的其他不予救助的情况。

第五章 资金筹集和管理

第二十四条 市政府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) 市财政局每年根据本市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。

市政府根据本市救助对象需求和医疗救助资金筹集等情况确定、公布逐步提高的医疗救助封顶线年度最高限额。

第二十五条 市民政、财政应当严格执行《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。市民政局按照财政预算编制要求,认真测算下年度城乡医疗救助基金需求,并及时报市财政局。经市财政局审核后,

列入年度预算草案报市人民代表大会批准。

第二十六条 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。

第二十七条 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，不适用本办法。

第二十八条 市政府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。

第二十九条 市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。

第三十一条 对骗取医疗救助的行为，一经查实即取消救助，并追回所领救助金，相关信息记入有关部门建立的诚信体系，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第三十二条 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。

第三十三条 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。

第三十四条 本细则自2018年1月1日起施行，试行三年，市人民政府办公室《关于印发乐昌市城乡特困居民医疗救助实施细则的通知》（乐府办〔2015〕117号）同时废止。

第三十五条 本细则由市民政局负责解释。