

鹤山市人民政府文件

鹤府〔2018〕7号

关于印发鹤山市困难群众医疗救助 实施细则的通知

各镇政府、沙坪街道办，市有关单位：

《鹤山市困难群众医疗救助实施细则》已经市政府十五届17次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。执行中遇到的问题，请径向市民政局反映。



鹤山市困难群众医疗救助实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我市城乡医疗救助制度，保障困难群众基本医疗，根据《社会救助暂行办法》（国务院令第 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》（国发办〔2015〕30 号）、《广东省社会救助条例》（广东省第十二届人民代表大会常务委员会第 85 号公告）、《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）、《广东省困难群众医疗救助暂行办法》（粤民发〔2016〕184 号）、《广东省城乡医疗救助基金管理办法》（粤财社〔2015〕26 号）和《江门市医疗救助暂行办法》（江府〔2017〕26 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，仍难以负担的符合基本医疗保险政策范围内的医疗费用（以下简称范围内医疗费用），给予适当比例补助，帮助困难群众获得基本医疗服务。

第三条 医疗救助遵循托住底线、统筹衔接、公开公正、高

效便捷的原则组织实施。

第四条 市民政部门负责统筹开展、组织实施全市医疗救助工作,会同本级财政部门编制医疗救助金预算并发放医疗救助金,审批医疗救助申请,组织医疗救助“一站式”结算工作。

市财政部门负责根据医疗救助实施情况,做好城乡医疗救助基金的预算安排、落实和划拨,做好医疗救助基金使用管理的监督检查工作。

市卫生计生部门负责指导、督促、规范和监督相关医疗机构的医疗服务行为,落实减免重点救助对象住院押金,做好医疗救助“一站式”结算与医疗保险信息平台的管理与衔接工作,为医疗救助对象看病就医提供便捷的服务。

市人力资源社会保障部门负责做好困难家庭人员参加基本医疗保险一档服务管理工作,配合民政部门做好医疗保险与医疗救助“一站式”服务的衔接工作和医疗救助信息化建设工作。

市扶贫部门负责建档立卡贫困人员的认定、复核和年度纳入基本医疗保险一档等相关工作,并将建档立卡对象名单及时提供给民政部门。

审计部门负责对医疗救助金的管理使用情况进行审计。

市公安(车辆管理)、税务、不动产登记、市场监管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、税收等家庭资产和经济收入等有关资料和信息,并与民政部门逐步建立信息共享渠道。

各镇政府(街道办)负责辖区救助对象医疗救助申请的受理、

调查、审核、上报工作，公示医疗救助申请人名单及调查核实结果。

各村（居）民委员会依法协助镇政府（街道办）对申请人的情况进行调查核实，主动发现并及时核实辖区居民罹患重病等特殊情况，帮助有困难的家庭和个人提出救助申请。

第二章 救助对象

第五条 下列人员可以申请相关医疗救助（以下简称救助对象）：

（一）收入型贫困医疗救助对象（限于本市户籍人口）。

1. 最低生活保障对象、特困供养人员和孤儿为重点救助对象；

2. 低收入家庭成员（不含最低生活保障对象、特困供养人员和孤儿，下同）；

3. 精准扶贫重点帮扶对象（根据《中共江门市委江门市人民政府印发〈关于新时期城乡精准扶贫精准脱贫的实施方案（2016-2018年）〉的通知》（江发〔2016〕6号）规定的范围）；

（二）支出型贫困医疗救助对象（限于本市户籍人口和符合一定条件的持本市居住证的常住人口）。当年在定点医疗机构住院治疗疾病和诊治门诊特定项目，其个人负担的符合规定的医疗费用达到或超过其家庭年（申请医疗救助之日的前12个月）可支配收入的60%，且家庭财产总值低于本办法第六条规定上限的因

病致贫家庭重病患者（以下简称因病致贫家庭重病患者）。

（三）其他特殊困难人员。

第六条 除重点救助对象、低收入家庭成员和精准扶贫重点帮扶对象外，因病致贫家庭重病患者和其他特殊困难人员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个月最低生活保障标准。

第七条 本实施细则所称共同生活的家庭成员包括：

（一）配偶；

（二）父母和未成年子女；

（三）已成年但不能独立生活的子女，包括在校接受本科及以下学历教育的成年子女；

（四）其他具有法定赡养、扶养、抚养义务关系并长期共同居住的人员。

上述人员存在下列情况之一的不计入共同生活的家庭成员：

（一）连续三年以上（含三年）脱离家庭独立生活的宗教教职人员；

（二）在押服刑的人员。

第三章 救助方式和标准

第八条 资助参保。重点救助对象、精准扶贫重点帮扶对象、低收入家庭成员以城乡居民身份参加本市基本医疗保险一档的，其个人缴费部分全额资助。重点救助对象、精准扶贫重点帮扶对象、低收入家庭成员以职工身份参加基本医疗保险一档、二档的，个人缴费部分，按照本市基本医疗保险一档的标准给予资助。

第九条 门诊医疗救助。门诊救助的重点是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，导致自负费用较高的医疗救助对象。将重点救助对象和低收入家庭成员全面纳入门诊救助范围。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。

第十条 住院医疗救助。重点救助对象在定点医疗机构住院，免交住院押金。对重点救助对象、精准扶贫重点帮扶对象和低收入家庭成员经基本医疗保险、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范围内医疗费用，直接予以救助；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。

第十一条 重点救助对象和低收入家庭成员，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，门诊和住院的范围内医疗费用，按以下标准给予救助：

（一）特困供养人员和孤儿按 100%的救助比例予以救助，年度累计最高救助限额 12 万元。

（二）最低生活保障家庭成员按 90%救助比例予以救助，年度累计最高救助限额 10 万元。

（三）低收入家庭成员按 80%救助比例予以救助，年度累计最高救助限额 8 万元。

第十二条 因病致贫家庭重病患者和其他特殊困难人员，经基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后，个人负担的合规住院医疗费用，按 70%救助比例予以救助，年度累计最高救助限额 8 万元。

第十三条 重特大疾病医疗救助比例参照基本医疗救助比例执行。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，分类分段设置重特大疾病医疗救助比例和年度最高救助限额。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。

第十四条 对经医疗救助后医疗费用个人负担仍较重的医疗救助对象，年度内救助后自负医疗费用（含基本医疗保险政策范围外的医疗费用）在 2000 元或以上的，给予其自负医疗费用不低于 80%的二次医疗救助，二次医疗救助年最高限额 3 万元。

第十五条 共同生活的家庭成员中有两个及以上住院治疗疾病和诊治门诊特定项目的，个人负担的医疗费用可合并计算。

第十六条 重点救助对象、精准扶贫重点帮扶对象、低收入家庭成员免医疗救助起付线；因病致贫家庭重病患者和其他特殊困难人员重特大疾病医疗救助起付线与大病保险相衔接。

第十七条 对参加基本医疗保险的 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，由基本医疗保险基金按规定比例支付，城乡医疗救助基金救助 20%。

第十八条 救助对象患特定重大疾病、传染病，国家和省、市对相关医疗费用的负担有明确规定的，按相关规定办理。

第四章 申请审核审批程序

第十九条 重点救助对象、精准扶贫重点帮扶对象、低收入家庭成员由市民政部门直接审核办理。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。医疗救助未能医疗救助“一站式”结算的，救助对象向所在地镇政府（街道办）申请零星医疗救助，进行银行卡社会化发放。

第二十条 因病致贫家庭重病患者和没有在民政部门备案的其他特殊困难人员申请医疗救助，需经广东省救助申请家庭经济状况核对系统进行核对，申请审核审批程序如下：

（一）申请人应当向户籍所在地镇政府（街道办）提出书面

申请,填写《困难群众医疗救助申请审批表》(户主申请有困难的,可以委托村(居)民委员会或个人代为提出申请),并签署《社会救助家庭经济状况认定核对授权书》,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. 家庭财产、收入状况、家庭成员的证明材料;

3. 相关医疗机构出具的诊断结果、病例、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;

4. 享受基本医疗保险等政策性补偿、补助的凭证;

5. 获得社会指定医疗捐赠的凭证;

6. 非本地户籍申请人,需提供身份证,以及居住证或公安部门出具的居住时间以及劳动合同、社会保险缴费记录等资料原件及复印件;

7. 参加商业保险的报销情况凭证;

8. 其他相关证明材料。

(二)镇政府(街道办)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)民委员会协助下,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，镇政府（街道办）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，镇政府（街道办）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，镇政府（街道办）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。民主评议由镇政府（街道办）工作人员、村（居）党组织和村（居）民委员会成员、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，镇政府（街道办）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，镇政府（街道办）应当在3个工作日内书面告知申请人并说明理由。

（六）市民政部门应在5个工作日内，对申请相关材料进行审核。符合条件的，核准其享受医疗救助的金额，并将批准意见通知镇政府（街道办）；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）镇政府（街道办）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, 向本级财政部门提出申请。市财政部门接到市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, 在作出决定后 3 个工作日内通过镇政府(街道办)书面告知申请人并说明理由。

第二十一条 对获得医疗救助的对象名单, 应当在镇政府(街道办)、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。

第五章 资金筹措、管理和支出

第二十二条 市、镇(街)应当建立城乡医疗救助基金, 城乡医疗救助基金的来源主要包括:

(一) 市财政部门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) 上级补助资金;

(三) 社会各界捐赠的用于医疗救助的资金;

(四) 医疗救助资金形成的利息收入;

(五) 按规定可用于城乡医疗救助的其他资金。

第二十三条 市财政部门应当会同民政部门根据城乡医疗救助对象需求、工作开展情况等因素，按照财政管理体制，科学合理地安排城乡医疗救助补助资金。

第二十四条 市民政局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，及时报市财政部门。经市财政部门审核后，列入年度预算草案报本级人民代表大会批准。

第二十五条 市财政、民政部门联合建立城乡医疗救助基金专账，用于办理资金的汇集、核拨、支付和发放等业务。市民政局、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。

第二十六条 城乡医疗救助基金必须专款专用，不得从中提取管理费或列支其他任何费用。当年基金结余转下年继续使用。基金累计结余不超过当年筹集基金的 15%。基金累计结余超出规定比例的，为盘活基金累计结余资金存量，经市政府批准，医疗救助基金结余可用于其他符合规定的医疗支出。

如需调整使用城乡医疗救助基金，由市民政局根据实际情况向市财政部门提出申请，经市财政部门审核并按规定程序报批后进行调整使用。

第二十七条 已在民政部门备案的参保救助对象在定点医

疗机构就医，实行“一站式”即时结算，定点医疗机构在结算时先扣除基本医疗保险政策范围内报销费用后，按标准进行相应医疗救助，救助对象只需结清个人应承担的费用。医疗救助资金由定点医疗机构先行垫付，每月结算一次。定点医疗机构应于次月10日前将上月救助对象就医记账结算情况等资料报市民政局部门审核，市民政局部门对照定点医疗机构报送的材料逐一审批，并将定点医疗机构所支付的救助资金进行汇总，于结算当月20日前报市财政部门，市财政部门按照市民政局部门报送的定点医疗机构支付的救助资金汇总表，于结算当月25日前将救助资金直接划拨给定点医疗机构。

第六章 医疗救助管理

第二十八条 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）其他法律法规规定的不予救助的情形。

第二十九条 重点救助对象达到出院条件而拒绝出院的，自医疗机构通知或要求之日起，所发生全部医疗费用由其个人自理。医疗机构应当将情况及时以书面形式报送市民政局部门，由市民政

部门、社会医疗保险经办机构配合医疗机构对医疗救助对象劝离；医疗救助对象拒不接受的，市民政部门暂停其医疗救助。

第三十条 符合本办法规定的医疗救助条件、未参加医疗保险的救助对象，合规范围内发生的医疗费用，由市民政部门会同社保部门核算出医疗保险基金支付费用后的个人自负部分，可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。

第三十一条 符合救助条件的医疗救助对象在办理医疗救助申请期间死亡的，医疗救助申请可继续给予办结，救助资金由救助对象法定继承人领取。救助对象无法定继承人的，终止办理申请。

第三十二条 市民政部门应将重点救助对象信息资料按规定及时在医疗救助信息系统中进行更新。

第三十三条 医疗救助信息系统开发及维护等相关工作经费列入财政预算。

第七章 社会力量参与

第三十四条 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。

第三十五条 市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。

第三十六条 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。

第三十七条 建立救助管理部门之间的信息共享机制，实现各级民政部门与医疗、教育、住房、人力资源社会保障等部门的互联互通、信息共享。建立社保部门与民政部门的定期沟通机制，加强各部门之间的沟通协作，确保各项资金专款专用。打造救助资源与救助需求信息对接平台，建立和完善民政部门与慈善组织、社会服务机构之间的衔接机制，实现社会救助信息和慈善资源、社会服务信息的对接、共享和匹配。尊重困难群众个人意愿，及时将经过社会救助后仍有困难的救助对象，向慈善组织、社会服务机构转介，实现政府救助与社会帮扶有机结合，做到因情施救、各有侧重、互相补充。汇总整合社会救助和慈善服务的政策、项目和资源，通过广播电视、报纸刊物、互联网等载体广泛宣传，便于有需要的社会公众进行求助。社会救助信息和慈善资源信息同时向审计等政府有关部门开放。

第八章 法律责任

第三十八条 任何单位和个人不得骗取、挪用、克扣、截留医疗救助资金。

第三十九条 申请人有以下行为之一的，一经查实即取消救助，由市民政部门给予批评教育，并追回其冒领或应退回的医疗救助金，相关信息记入有关部门建立的诚信体系；构成犯罪的，移交司法机关追究其刑事责任：

- (一) 采取虚报、隐瞒、伪造等手段骗取医疗救助资金的；
- (二) 胁迫有关工作人员出具相关证明材料的。

第四十条 医疗救助经办人员有下列行为之一的，由其所在单位给予行政处分；构成犯罪的，移交司法机关追究其刑事责任：

- (一) 滥用职权，徇私舞弊的；
- (二) 索取、收受贿赂的；
- (三) 截留、克扣、挪用、贪污、拖欠、虚报医疗救助资金的；
- (四) 出具不实证明的。

第四十一条 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。

第九章 附 则

第四十二条 本实施细则自 2018 年 7 月 15 日起施行，有效期 3 年。2014 年 7 月 14 日市政府印发的《鹤山市城乡特困居民医疗救助实施细则》（鹤府〔2014〕12 号）同时废止。

公开方式：主动公开

抄送：市委，市人大常委会，市政协。

鹤山市人民政府办公室

2018 年 6 月 11 日印发
