

MBGS-2017-006

梅州市民政局
梅州市发展和改革局
梅州市财政局
梅州市人力资源和社会保障局
梅州市卫生和计划生育局
梅州市扶贫开发局

文件

梅市民字〔2017〕35号

关于印发《梅州市困难群众
医疗救助实施细则》的通知

各县（市、区）人民政府，市直各有关单位：

经市人民政府同意，现将《梅州市困难群众医疗救助实施细则》印发给你们，请认真贯彻执行。





梅州市财政局



梅州市人力资源和社会保障局



梅州市卫生和计划生育局



梅州市扶贫开发局

2017年5月12日

公开方式：主动公开

梅州市民政局办公室

2017年5月12日印发

梅州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）、《关于印发〈广东省困难群众医疗救助暂行办法〉的通知》（粤民发〔2016〕184 号）和《中共梅州市委、梅州市人民政府印发〈关于新时期精准扶贫精准脱贫三年攻坚实施方案〉的通知》（梅市发〔2016〕5 号）精神，制定本细则。

第二条 本细则所指医疗救助，是指对医疗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。

第三条 医疗救助的基本原则：

（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，确保其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。优化救助程序，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。

第四条 医疗救助实行各级政府分级负责制。市民政部门牵头做好全市医疗救助工作，县（市、区）民政部门负责实施本区域医疗救助工作。

财政、人力资源社会保障、卫生计生等部门按照各自职责主动配合，密切协作，做好相关制度的衔接工作。

镇人民政府（街道办事处）、村（居）民委员会应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。

第二章 救助对象

第五条 下列人员可以申请相关医疗救助：

（一）收入型贫困医疗救助对象（限于本地户籍人口）。

1、重点救助对象。

（1）最低生活保障家庭成员；

（2）特困供养人员，包括无劳动能力、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。

2、低收入救助对象。

家庭人均收入在户籍所在地城镇最低生活保障标准 1.5 倍以下，且家庭财产符合本细则第六条规定标准的老年人(60 周岁及以上)、未成年人(16 周岁及以下)、重度残疾人(一、二级残疾)和重病患者等困难群众。

3、建档立卡的贫困人员。

4、县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员。

(二)支出型贫困医疗救助对象(限于本地户籍人口和符合一定条件的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%，且家庭财产符合本细则第六条规定标准的因病致贫家庭重病患者(以下称因病致贫家庭重病患者)。

第六条 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)项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。

第三章 申请审核审批程序

第七条 医疗救助的程序:

(一) 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,由县(市、区)民政局直接审核办理。上述对象在定点医疗机构特定病种门诊、住院治疗,其医疗救助补助费用逐步实行“一站式”结算服务。在未实行医疗救助“一站式”结算之前,需由个人先垫付费,出院后向户籍所在地县(市、区)民政局提出书面申请(受申请人委托,代理人可代为申请)。申请人应当如实提供以下材料:

1、低保证、特困人员供养证或当地民政部门为城镇“三无”人员、扶贫部门为建档立卡的贫困人员出具的有效证明等材料原件及复印件;

2、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原件及复印件)；

3、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、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；

4、享受基本医疗保险、城乡居民大病保险、商业保险和其他补充医疗保险等政策性补偿、补助的凭证或证明；

5、获得社会指定捐赠及其他补助的凭证。

(二)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且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：

1、申请人应当向户籍所在地镇人民政府(街道办事处)提出书面申请，填写《医疗救助申请审批表》(户主申请有困难的，可以委托村、居委会或个人代为提出申请)。申请人应当如实提供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原件及复印件)；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、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；享受基本医疗保险、城乡居民大病保险、商业保险和其他补充医疗保险等政策性补偿、补助的凭证或证明；县以上民政部门要求的其他证明材料。

2、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（由县级民政部门制定），并由调查人员和申请人（被调查人）分别签字。

3、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。

4、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至县（市、区）民政部门审批。公示期间出现异议且能出示有效证据的，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。

5、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至县（市、区）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。

6、县（市、区）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。

7、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。

8、公示期满无异议的，县（市、区）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（市、区）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，县（市、区）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个工作日内通过镇人民政府（街道办事处）书面告知申请人并说明理由。

第八条 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。

第四章 救助方式、标准

第九条 医疗救助实行分类救助：

（一）保障性医疗救助。

对重点救助对象、低收入救助对象、建档立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，按照资助参加城乡居民基本医疗保险的水平给予资助。

（二）门诊救助。

1、普通门诊救助。特困供养人员在定点医疗机构门诊就诊、符合梅州市城乡居民医保基金支付范围（以下简称“政策内”）的个人自付部分费用，予以全额救助。

2、特定病种门诊救助。最低生活保障家庭成员、特困供养人员和建档立卡的贫困人员在定点医疗机构诊治，符合《梅州市基本医疗保险门诊特定病种范围和认定标准》规定的特定病种，政策内的门诊费用，经基本医疗保险报销后的个人自付部分，特困供养人员予以全额救助，最低生活保障家庭成员、建档立卡的贫困人员按照不低于 80%的比例给予救助。

（三）住院救助。

1、重点救助对象在定点医疗机构住院，不设救助起付线，其政策内的住院医疗费用，按基本医疗保险、大病保险、其他补充医疗保险、商业保险及社会指定医疗捐赠支付后，个人自付部分

（含起付标准）给予医疗救助。其中特困供养人员给予 100%救助，最低生活保障家庭成员按照不低于 80%的比例给予救助。

2、低收入救助对象和建档立卡的贫困人员在定点医疗机构住院，不设救助起付线，其政策内的住院医疗费用，按基本医疗保险、大病保险和其他补充医疗保险、商业保险及社会指定医疗捐赠支付后，个人自付部分（含起付标准）按照不低于 70%的比例给予医疗救助。

3、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在定点医疗机构住院，按基本医疗保险支付后，个人自付部分在城乡居民大病保险规定的起付线以上的部分，经大病保险补助和其他补充医疗保险、商业保险及社会指定医疗捐赠后，按照不低于 70%的比例给予医疗救助。

4、加大对医疗救助对象中的重病、重残儿童、患有严重精神障碍患者、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，医疗救助比例提高 5%。

对因各种原因未能参加基本医疗保险的救助对象，政策范围内发生的医疗费用，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。

（四）门诊和住院合规医疗费用的具体救助比例和年度最高救助限额，由县（市、区）人民政府根据救助对象实际需求等情况确定。

第十条 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%。

第十一条 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。

第五章 资金筹集和管理

第十二条 县(市、区)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) 县(市、区)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。

第十三条 县（市、区）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。

第十四条 县（市、区）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。县（市、区）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。

第十五条 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、提供志愿者服务等方式，参与医疗救助。

第十六条 县（市、区）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。

第六章 责任追究

第十七条 任何单位和个人不得骗取、挪用、克扣、截留医疗救助资金。

第十八条 对骗取医疗救助的，一经查实立即取消救助，由县（市、区）民政部门追回所领救助金，相关信息记入有关部门建立的诚信体系，构成犯罪的，依法追究法律责任。

第十九条 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，依法追究法律责任。

第二十条 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，并依法追究责任人。

第七章 附则

第二十一条 本细则自发布之日起施行，有效期为三年。《梅州市城乡特困居民医疗救助实施办法》（梅市民字〔2014〕35号）同时废止。