

汕民规〔2018〕001号

汕 头 市 民 政 局
汕 头 市 发 展 和 改 革 局
汕 头 市 财 政 局
汕 头 市 人 力 资 源 和 社 会 保 障 局
汕 头 市 卫 生 和 计 划 生 育 局
汕 头 保 监 分 局

汕民通〔2018〕300号

关于印发《汕头市民政局汕头市发展和改革委员会
汕头市财政局汕头市人力资源和社会保障局
汕头市卫生和计划生育局汕头保监分局
关于困难群众医疗救助实施办法》
的通知

各区县人民政府：

经市人民政府同意，并经市法制局法律审查通过，现将《汕

头市民政局汕头市发展和改革局汕头市财政局汕头市人力资源和社会保障局汕头市卫生和计划生育局汕头保监分局关于困难群众医疗救助实施办法》印发给你们，请认真贯彻执行。



汕头市民政局



汕头发展和改革局



汕头市财政局



汕头市人力资源和社会保障局



汕头市卫生和计划生育局



汕头保监分局

2018年9月17日

汕头市民政局汕头市发展和改革委员会汕头市财政局 汕头市人力资源和社会保障局汕头市卫生和计划生育局 汕头保监分局关于困难群众 医疗救助实施办法

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，全面开展重特大疾病医疗救助，保障困难群众的基本医疗权益，根据国务院《社会救助暂行办法》（国务院令第649号）、《广东省社会救助条例》（广东省第十二届人大常委会公告第85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，制定本实施办法。

第二条 本办法所称医疗救助，是指对救助对象参加城乡居民基本医疗保险或职工基本医疗保险（以下统称基本医疗保险）的个人缴费部分给予资助，并对其在扣除各种医疗政策性补偿、补助、减免后仍难以承担的符合规定的医疗费用给予适当比例补助，保障困难群众获得基本医疗卫生服务的一项社会救助制度。

本办法所称重特大疾病医疗救助，是指按照本办法有关规

定，对救助对象个人负担的住院和诊治门诊特定病种医疗费用给予的医疗救助。

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，确保困难群众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。

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本行政区域内的医疗救助工作，区（县）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（限于本市户籍人口）。

1. 重点救助对象。包括最低生活保障对象、特困供养人员、孤儿和事实无人抚养儿童。

2. 建档立卡贫困人员（不含最低生活保障对象、特困供养人员、孤儿和事实无人抚养儿童，下同）。

3. 低收入救助对象。低收入家庭中年满 60 周岁的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者。低收入家庭指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，且家庭财产状况符合本办法第六条规定标准的家庭。

（二）支出型贫困医疗救助对象（包括本市户籍人口和持本市有效居住证的常住人口）。

已参加本市基本医疗保险，在基本医疗保险协议医疗机构（以下简称协议医疗机构）或因急诊（症）抢救需要在非协议医疗机构住院治疗疾病和诊治门诊特定病种，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%（计算时间为申请

医疗救助之日的前 12 个月), 且家庭财产状况符合本办法第六条规定标准的因病致贫家庭重病患者。

共同生活的家庭成员中有两人及以上住院治疗疾病或诊治门诊特定病种的, 个人负担的合规医疗费用可合并计算。

(三) 区(县)人民政府规定的其他特殊困难人员。

第六条 除重点救助对象和建档立卡贫困人员外, 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)、有价证券和基金的人均市值, 相加总计不超过户籍所在地(或居住地) 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、三轮车、用于生计的且车龄在 5 年以上排气量为 1.6 升以下的小货车、排气量为 1.4 升以下的小型面包车除外);

(四) 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(无雇员的夫妻作坊、小卖部除外)。

省对医疗救助对象的家庭财产标准另有调整的, 按省有关规定执行。

第三章 救助内容与标准

第七条 对收入型贫困医疗救助对象的医疗救助包括：

（一）资助参保。对收入型贫困医疗救助对象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。重点救助对象在户籍所在地区（县）级及以下协议医疗机构发生的普通门诊医疗费用在年度救助封顶线内由医疗救助金全额支付。普通门诊救助的年度救助封顶线，特困供养人员和孤儿为 300 元，最低生活保障对象和事实无人抚养儿童为 150 元。

2. 门诊特定病种救助。收入型贫困医疗救助对象因患经本市门诊特定病种鉴定医疗机构具备鉴定资格的医师确认、符合《汕头市基本医疗保险门诊特定病种准入标准》规定的病种，在享受门诊特定病种待遇有效期内，在本市门诊特定病种治疗医疗机构就医或按规定在本市门诊特定病种处方外配零售药店购药，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）报销后个人负担的合规医疗费用（含医疗保险起付标准费用，下同），特困供养人员和孤儿给予全额救助，不设年度救助封顶线；最低生活保障对象、事实无人抚养儿童、建档立卡贫困人员和低

收入救助对象按照不低于 80%的比例给予救助，年度救助封顶线为 2 万元。

（三）住院救助。收入型贫困医疗救助对象在协议医疗机构或因急诊（症）抢救需要在非协议医疗机构住院就医，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）报销后个人负担的合规医疗费用，特困供养人员和孤儿给予全额救助，不设年度救助封顶线；最低生活保障对象、事实无人抚养儿童、建档立卡贫困人员和低收入救助对象按照不低于 80%的比例给予救助，年度救助封顶线为 10 万元。

（四）二次医疗救助。收入型贫困医疗救助对象按本条第（二）项、第（三）项有关规定诊治门诊特定病种或住院治疗疾病，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）报销及门诊和住院医疗救助后个人负担的医疗总费用（含合规范围外医疗费用），特困供养人员和孤儿按照不低于 80%的比例，最低生活保障对象、事实无人抚养儿童、建档立卡贫困人员和低收入救助对象按照不低于 60%的比例给予二次医疗救助。二次医疗救助的年度救助封顶线为 3 万元。

第八条 对因各种原因未能参加基本医疗保险的收入型贫困医疗救助对象发生的住院医疗费用，由社会保险经办机构参照本市基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围及医疗保险相关规定，核算出合规医疗费用后，再由民政部门参照参

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。

区（县）民政部门在办理医疗救助时，对发现的未参加基本医疗保险的收入型贫困医疗救助对象，如符合我市医保中途参保政策的，应及时通知镇人民政府（街道办事处）按规定为其办理中途参保手续。

第九条 支出型贫困医疗救助对象的医疗救助。支出型贫困医疗救助对象在协议医疗机构或因急诊（症）抢救需要在非协议医疗机构住院治疗疾病和诊治门诊特定病种，经基本医疗保险、大病保险报销后，个人负担的合规医疗费用累计超过大病保险规定的起付标准以上的部分，按照不低于 70%的比例给予救助，年度救助封顶线为 5 万元。

第十条 区（县）人民政府规定的其他特殊困难人员医疗救助的具体办法，由各区（县）人民政府参照本办法第七条、第九条的有关规定研究制定。

第十一条 各区（县）人民政府应采取措施，加大对重病和重残儿童、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、戈谢病等患者的救助力度，具体办法由区（县）人民政府根据当地实际情况研究制定。

第十二条 医疗救助比例和年度救助封顶线需要调整时，由市民政局会同市财政局等部门提出调整方案，报市人民政府批准

后公布执行。

各区（县）人民政府可在市规定标准的基础上，根据救助对象实际需求、当地经济社会发展水平及医疗救助基金收支结余情况，适当提高医疗救助比例和年度救助封顶线。

省规定的医疗救助比例和年度救助封顶线高于市或区（县）人民政府规定标准的，从其规定。

第十三条 医疗救助对象治疗重特大疾病导致个人自负医疗费用过高，远远超过其家庭承受能力，按现行医疗救助封顶线无法保障其实际需求时，可以突破年度救助封顶线。

需要突破年度救助封顶线的，经区（县）困难群众基本生活保障工作协调机制召开会议研究同意，或由区（县）民政局提出意见、经同级财政部门会签并报区（县）分管领导批准后，按照保障困难群众实际需求的要求给予救助。

第十四条 对参加本市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%。剩余个人负担部分符合二次医疗救助条件的，再按本办法有关规定给予二次救助。

第十五条 医疗救助按自然年度计算，每年的 1 月 1 日至 12 月 31 日为一个救助年度。

年度救助封顶线按救助对象医疗费用发生年度计算。救助对

象住院就医时间跨年度的，按年度分段计算。

第十六条 下列发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）不符合医疗保险有关规定在非协议医疗机构就医发生的医疗费用；

（三）交通事故、医疗事故等应由第三方承担的医疗费用；

（四）区（县）人民政府规定的其他不予救助的情况。

第四章 申请审核审批程序

第十七条 收入型贫困医疗救助对象住院、门诊等医疗救助按以下方式办理：

（一）对已参加基本医疗保险的最低生活保障对象、特困供养人员、孤儿和建档立卡贫困人员的住院医疗救助，实行与基本医疗保险、大病保险同步结算的“一站式”服务。逐步将事实无人抚养儿童、低收入救助对象以及门诊特定病种救助、二次医疗救助等纳入“一站式”结算范围。

（二）收入型贫困医疗救助对象的住院救助、门诊特定病种救助、二次医疗救助等未能进行“一站式”结算的，其应由医疗救助金支付的医疗费用由救助对象先垫付后，再持本办法第二十

条规定的有关材料向户籍所在地区（县）民政部门提出书面申请，填写《医疗救助申请审批表》（本人申请有困难的，可以委托村（居）民委员会或他人代为提出申请），由区（县）民政部门直接审核办理。对收入型贫困医疗救助对象的医疗救助申请，不需再进行家庭经济状况调查、公示和民主评议。区（县）民政部门可以结合当地实际情况，每月集中审核办理一次收入型贫困医疗救助对象的医疗救助申请。

（三）集中供养的特困人员和孤儿的普通门诊救助资金，可按年度救助封顶线每年一次性全额拨付给供养机构，由供养机构统筹管理使用。其他重点救助对象发生的应由医疗救助金支付的普通门诊医疗费用，可由当地协议医疗机构记账，再定期与区（县）民政部门结算；也可按本条第（二）项规定由救助对象先垫付后，再向区（县）民政部门申请医疗救助。具体办理方式由区（县）人民政府研究确定。

第十八条 支出型贫困医疗救助对象申请医疗救助，需进行家庭经济状况认定。申请审核审批程序如下：

（一）本市户籍人员向户籍所在地镇人民政府（街道办事处）、非本市户籍人员向居住所在地镇人民政府（街道办事处）提出书面申请，填写《医疗救助申请审批表》（本人申请有困难的，可以委托村（居）民委员会或他人代为提出申请），同时书面申报家庭收入和财产状况，履行授权核对家庭经济状况的相关手续，

并如实提供本办法第二十条规定的有关材料。

（二）镇人民政府（街道办事处）应当在申请人授权委托核对后的2个工作日内，通过广东省底线民生信息化核对管理系统对申请人家庭经济状况开展信息化核对。家庭经济状况信息化核对结果符合本办法第六条规定标准的，镇人民政府（街道办事处）应受理医疗救助申请，并在2个工作日内出具受理通知书；不符合的不予受理，并在2个工作日内告知申请人，出具不予受理通知书和核对报告。

申请人对核对报告有异议的，镇人民政府（街道办事处）应当在申请人提出异议的2个工作日内重新进行家庭经济状况信息化核对，出具复核报告。核对机构针对同一申请家庭，30日内不重复出具复核报告。

（三）镇人民政府（街道办事处）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入户进行调查核实，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、家庭收入和财产状况以及吃、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。

（四）对经济状况符合条件的申请人家庭，镇人民政府（街

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)务公开栏以及镇人民政府(街道办事处)公共服务大厅等公示入户调查和审核结果,公示期为5日。

(五)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区(县)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)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。

(六)经民主评议认为符合条件的,镇人民政府(街道办事处)应当在3个工作日内将申请相关材料上报区(县)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。

(七)区(县)民政部门应当在5个工作日内对申请和相关材料进行审核,作出审批决定。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,应当在作出决定后3个工作日内将材料退回,并通过镇人民政府(街道办事处)书面告知申请人并说明理由。

第十九条 对符合条件的医疗救助申请，区（县）民政部门应当在作出批准决定后5个工作日内，向同级财政部门提出申请。区（县）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。

第二十条 医疗救助对象在申请医疗救助时，应如实提供以下证明材料：

（一）最低生活保障对象提供《低保证》原件及复印件；特困供养人员提供《特困人员救助供养证》原件及复印件；孤儿、事实无人抚养儿童提供区（县）民政部门出具的有效证明材料原件及复印件；低收入救助对象提供《低收入保障证》或区（县）民政部门出具的有效证明材料原件及复印件；建档立卡贫困人员提供区（县）扶贫部门出具的有效证明材料原件及复印件；支出型贫困医疗救助对象需提供本市医疗保险参保证明。

（二）本市户籍人员提供身份证和户口簿原件及复印件，非本市户籍人员提供身份证和本市有效居住证原件及复印件；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。

（三）相关医疗机构出具的诊断证明、病历、用药和诊疗项目收费票据和明细清单、基本医疗保险审批表（结算表）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。

第二十一条 区（县）人民政府规定并在民政部门备案的其

他特殊困难人员的医疗救助，按照本办法第十七条第（二）项的规定办理。区（县）人民政府规定但没有在民政部门备案的其他特殊困难人员的医疗救助，按照本办法第十八条的规定办理。

第二十二条 区（县）民政部门应当对获得医疗救助的对象名单，在镇人民政府（街道办事处）、村（居）民委员会政务公开栏、村（居）务公开栏以及公共服务大厅等场所和地点进行公布。公布内容包括申请人姓名、家庭人数、救助金额等。

第二十三条 医疗救助对象看病就医发生的医疗费用未能进行“一站式”结算的，已参保对象应当于医疗保险待遇结算之日起 12 个月内、未参保对象应当于出院或医疗费用发生之日起 12 个月内提出医疗救助申请，逾期不予受理。

第五章 资金筹集和管理

第二十四条 市、区（县）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）市、区（县）两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。

第二十五条 各级财政部门应当会同民政部门根据医疗救助对象需求、工作开展情况等因素,科学合理地安排城乡医疗救助资金。市财政按照财政管理体制对金平、龙湖、濠江区给予适当补助。

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、上级补助资金情况等,认真测算下年度城乡医疗救助资金需求,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。

第二十七条 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。城乡医疗救助基金年终如有结余,可按预算法结转下一年度继续使用。基金累计结余一般应不超过当年筹集基金总额的15%。

区(县)民政、财政部门应建立定期对账制度,按照规定认真做好城乡医疗救助基金清理和对账工作,每年不少于两次。对基金结余率过高的,应及时制定医疗救助水平调整方案,报本级

人民政府批准后执行。

第六章 社会力量参与

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。

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。

第七章 责任追究

第三十一条 任何单位和个人不得骗取、挪用、克扣、截留医疗救助资金。

第三十二条 对骗取医疗救助的，一经查实立即取消救助，由区（县）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，依法追究法律责任。

第三十四条 开展医疗救助“一站式”结算服务的协议医疗机构，应规范医疗服务行为，防控不合理医疗行为和费用。对未按规定用药、诊疗以及提供医疗服务所发生的医疗费用，医疗救助基金不予结算；造成医疗救助资金流失或浪费的，依法追究医疗机构及相关人员的责任。

第八章 附 则

第三十五条 本办法规定的特困供养人员和孤儿不包括市福利院集中供养人员。市福利院集中供养的特困人员和孤儿参加城乡居民基本医疗保险个人应缴纳的医疗保险费，以及经各种医疗政策性补偿、补助、减免及社会指定医疗捐赠后个人负担的医疗费用，由市福利院承担，所需资金在市级社会福利彩票公益金安排的城乡医疗救助资金中解决。

第三十六条 本办法所称合规医疗费用，是指符合本市医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围及医疗保险相关规定的医疗费用。

第三十七条 本办法自2018年10月1日起施行，有效期至2021年9月30日止。有效期届满，经评估认为需要继续施行的，根据评估情况重新修订。

第三十八条 各区（县）人民政府可根据本办法，结合当地实际制定本地区具体实施细则。

第三十九条 本办法由汕头市民政局负责解释。

公开方式：主动公开

抄送：市政府各部门、直属机构

汕头市民政局办公室

2018年9月18日印发
