

湛江市人民政府文件

湛府规〔2018〕7号

湛江市人民政府关于印发湛江市困难群众医疗救助实施细则的通知

各县（市、区）人民政府（管委会），市府直属各单位：

现将《湛江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。执行过程中遇到的问题，请径向市民政局反映。



湛江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《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）、《广东省社会救助条例》和《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）规定，结合我市实际，特制定本实施细则。

第二条 县（市、区）政府（管委会）应按照国家有关规定制定相关政策，鼓励、支持公民、法人和其他组织通过捐赠、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。

第三条 县（市、区）政府（管委会）可以将医疗救助中的具体服务事项通过委托、承包、采购等方式购买服务。

第四条 依托广东省底线民生信息化核对管理系统，建立救助管理部门之间的信息共享机制，实现民政部门与医疗、教育、住房、人力资源社会保障等部门的互联互通、信息共享。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。深化政策宣传，通过广播电视、报纸刊物、互联网等载体广泛宣传。

第五条 对在医疗救助工作中作出显著成绩的单位、个人，

按照国家和省有关规定给予表扬、奖励。

第六条 本实施细则不适用于具有社会救助职能的单位或公益性社会组织向本市户籍居民及居住在本市的外来人员开展人道主义及慈善医疗救助工作。

第二章 部门职责

第七条 市民政局部门是本市医疗救助工作行政主管部门，依法组织和实施全市医疗救助工作，履行以下职责：

（一）制定本市医疗救助政策。

（二）会同市财政部门编制医疗救助资金年度预算，制定资金分配使用方案，并对我市医疗救助资金支出进度、绩效、安全性和规范性等负责。

（三）对各县（市、区）民政部门医疗救助工作进行监督和指导。

（四）对医疗救助工作人员进行业务培训。

第八条 县（市、区）民政部门负责所辖区域内医疗救助工作，履行以下职责：

（一）会同本级财政部门编制医疗救助资金年度预算，发放医疗救助资金，并对当地医疗救助资金支出进度、绩效、安全性和规范性等负责。

（二）审核审批医疗救助申请。

（三）对镇（乡）政府（街道办事处）的医疗救助工作进行指导、管理和监督。

（四）负责本辖区医疗救助工作的报表统计和档案管理。

第九条 镇（乡）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）公示医疗救助申请人名单及调查核实结果。
- （三）核查本辖区医疗救助申请人的家庭财产和家庭收入情况。
- （四）主动发现并及时核实辖区居民罹患重病等特殊情况，帮助有困难的居民提出医疗救助申请。
- （五）管理本级医疗救助金。

第十条 财政部门履行以下职责：

- （一）配合本级民政部门制定医疗救助标准和完善医疗救助制度。
- （二）审核和安排本级医疗救助资金年度预算。
- （三）会同本级民政部门拨付医疗救助资金。
- （四）对本级民政部门医疗救助绩效目标实现和预算执行进度进行监控。

第十一条 人力资源社会保障部门履行以下职责：

- （一）配合制定城乡居民基本医疗保险、大病医疗保险与医疗救助制度之间的政策衔接。
- （二）配合民政部门做好医疗救助信息化建设工作。
- （三）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。

第十二条 卫计部门负责指导、督促、规范和监督相关医疗机构的医疗服务行为，指导定点医疗机构开设医疗救助“一站式”结算服务缴费窗口，并在显著位置公布“一站式”结算流程及相关政策，方便救助对象就医结算；做好医疗救助与平价医疗服务等惠民政策的衔接工作。

第十三条 监察、审计部门负责对医疗救助金的管理使用情况进行审计监督。

第十四条 市、县（市、区）公安（车辆管理）、不动产登记、工商、税务、金融等行政主管部门根据民政部门的查询公函，在 7 个工作日内提供医疗救助申请人汽车、不动产、营业执照、税收等家庭资产和经济收入等有关资料和信息，并与市、县（市、区）民政部门逐步建立信息共享渠道。

第三章 救助对象

第十五条 下列人员可以申请相关医疗救助：

（一）重点救助对象。

1. 具有本市户籍的城乡最低生活保障对象。

2. 特困供养人员：具有本市户籍的无劳动能力、无生活来源、无法定赡养抚养扶养义务人或者其法定义务人无履行义务能力的老年人、残疾人以及未满 16 周岁的未成年人（即农村五保供养对象、城镇“三无”人员、孤儿）。

（二）具有本市户籍的建档立卡的贫困人员（不含低保对象和特困供养人员，下同）。

（三）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 倍以下，且家庭财产总值低于本实施细则第十六条规定上限的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者等困难群众。

（四）因病致贫家庭重病患者。具有本市户籍的或持本地居住证并在本市参加社会基本医疗保险满一年的常住人口，当年在

定点医疗机构住院治疗疾病和诊治门诊特定项目个人负担的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实施细则第十六条规定上限的因病致贫家庭重病患者。

(五) 县(市、区)政府(管委会)规定的其他救助对象。

第十六条 除重点救助对象和建档立卡的贫困人员外，低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和县(市、区)政府(管委会)规定的其他救助对象的家庭财产应当同时符合下列标准：

(一) 共同生活的家庭成员名下产权房屋总计不超过 1 套。

(二) 进行家庭经济状况核实时，共同生活的家庭成员名下人均金融资产(含存款、有价证券、基金)金额(市值)，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(不含残疾人车、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)。

(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(不含无雇员的夫妻作坊、小卖部)。

第四章 申请救助审核审批程序

第十七条 重点救助对象、建档立卡的贫困人员和县(市、区)政府(管委会)认定并在民政部门备案的救助对象，由县(市、区)民政部门直接审核审批。上述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，同时加快推进重特大疾病医疗救助“一站式”结算服务。

第十八条 低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和符合县（市、区）政府（管委会）规定且没有在民政部门备案的救助对象申请医疗救助应当进行家庭经济状况认定，认定程序如下：

（一）申请人应当在医疗费用发生后 12 个月内（发生医疗费用的时间以结算时医疗费用收据的开具时间为准），向户籍所在地镇（乡）政府（街道办事处）提出书面申请，申请人申请有困难的，可以委托村（居）委会或个人代为申请。申请时提供如下证明材料：

1. 申请人和共同生活的家庭成员的身份证和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和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、收费票据和明细清单、转诊证明、转院通知、基本医疗保险费用结算清单、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（市、区）民政部门要求提供的其他证明材料。

（二）镇（乡）政府（街道办事处）受理救助申请后，应当自受理申请之日起在 10 个工作日内完成救助申请家庭经济状况核对，并在村（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，调查人员应当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）签字。

（三）对经济状况符合条件的申请人家庭，镇（乡）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（乡）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，镇（乡）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（乡）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（乡）政府（街道办事处）应当将申请相关材料上报县（市、区）民政部门审批；经民主评议认为不符合条件的，镇（乡）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（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，并将审核意见通知镇（乡）政府（街道办事处）和申请人；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（乡）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（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通过社会化发放方式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（乡）政府（街道办事处）书面告知申请人并说明理由。

（九）办理时限。对重点救助对象、建档立卡的贫困人员和县（市、区）政府（管委会）认定并在民政部门备案的救助对象，因异地就诊未能进行“一站式”结算，需要到县（市、区）民政部门办理的，从受理医疗救助申请到医疗救助资金拨付不能超过 30 个工作日；对低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和符合县（市、区）政府（管委会）规定且没有在民政部门备案的救助对象，从受理医疗救助申请到医疗救助资金拨付不能超过 60 个工作日。

第十九条 镇（乡）政府（街道办事处）、村（居）委会应当在政务公开栏以及政务大厅设置的电子屏等场所和地点对获得医疗救助的对象名单进行公示，为期半年。

第五章 救助方式、标准和结算方式

第二十条 资助参保。对重点救助对象、建档立卡的贫困人员、低收入救助对象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。

第二十一条 门诊救助。

（一）特困供养人员门诊个人负担合规医疗费用实行 100% 救助。

（二）最低生活保障对象、建档立卡的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的个人负担合规医疗费用按 80% 的比例给予救助，年度累计救助限额为 6 万元。

（三）低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和县（市、区）政府（管委会）规定的其他救助对象，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的个人负担合规医疗费用按照 75% 的比例给予救助，年度累计救助限额为 5 万元。

（四）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。

（五）已经开展医疗保险“一站式”结算的县（市、区），门诊救助应当采取“一站式”即时结算。

第二十二条 住院救助。重点救助对象、建档立卡的贫困人员在定点医疗机构住院，免交住院押金。对重点救助对象、建档立卡的贫困人员经基本医疗保险、大病保险及各类补充保险、商业保险等报销后个人负担的合规医疗费用，直接予以救助；低收入救助对象、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。

（一）合规医疗费用主要参照当地基本医疗保险的有关规定

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。

（二）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，其住院医疗救助比例按所属类别再提高 5 个百分点。

（三）对最低生活保障对象和建档立卡的贫困人员中患有如下大病：儿童急性淋巴细胞白血病、儿童急性早幼粒细胞白血病、儿童先天性心脏病房间隔缺损、儿童先天性心脏病室间隔缺损、食管癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、肺癌、终末期肾病，其住院医疗救助比例提高 5 个百分点。

第二十三条 住院救助比例与最高限额。在定点医疗机构住院，经基本医疗保险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险等报销以及社会指定医疗捐赠后，个人负担的住院合规医疗费用的救助比例：特困供养人员按照 100%的比例给予救助；最低生活保障对象、建档立卡的贫困人员按照 85%的比例给予救助，年度累计救助限额为 10 万元；低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和县（市、区）政府（管委会）规定的其他救助对象超过起付线的按照 80%的比例给予救助，年度累计救助限额为 8 万元。

有条件的县（市、区）政府（管委会）可以适当提高救助比例与最高限额。

第二十四条 定点医疗机构费用结算办法。医疗救助资金由定点医疗机构先行垫付，每月结算一次，次月 10 日前，定点医疗机构凭有效救助对象签字的《医疗救助结算单》、救助对象的身份证和户口本复印件、《特困人员救助供养证》或《城乡居民

最低生活保障证》或《帮扶登记簿》复印件、基本医疗保险或城镇职工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、月度救助汇总表等，到县（市、区）民政部门对账，确认本月度垫付的总金额。县（市、区）民政部门对定点医疗机构提供的材料逐一审核，并将各定点医疗机构垫付的救助金额汇总，于 20 日前送县（市、区）财政部门。县（市、区）财政部门按照同级民政部门提供的定点医疗支付救助金额明细表，于 25 日前将定点医疗机构先行垫付救助补助金额从城乡医疗救助资金专户中划拨到各定点医疗机构。

第二十五条 符合本实施细则第十五条规定的救助对象因各种原因未能参加基本医疗保险的，合规范围内发生的医疗费用，参照基本医疗保险个人负担部分的救助政策，按所属对象类别给予救助。

第二十六条 重点救助对象、建档立卡的贫困人员取消救助起付线；低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和县（市、区）政府（管委会）规定的其他救助对象重特大疾病医疗救助起付线与大病保险相衔接。

第二十七条 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%。

第二十八条 对确需到上级医疗机构或跨市、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。

第二十九条 二次医疗救助。对经住院医疗救助后医疗费用负担仍较重的救助对象给予二次救助，二次救助以经基本医疗保

险、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险、社会指定医疗捐赠、住院医疗救助后个人负担的总费用（含不合规的医疗费用）为基数，二次救助起付线为 1 万元（特困供养人员不设起付线），按照一定的比例给予救助。

（一）救助比例。特困供养人员按照 100%救助，年度累计二次医疗救助限额 3 万元；最低生活保障对象、建档立卡的贫困人员按照 80%的比例给予救助，年度累计二次医疗救助限额 2 万元；低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和县（市、区）政府（管委会）规定的其他救助对象按照 60%的比例给予救助，年度累计二次医疗救助限额 2 万元。

（二）救助程序。二次医疗救助由户籍所在地县（市、区）民政部门直接审核审批。申请二次医疗救助的，申请人应当自收到医疗救助金后的 3 个月内，向户籍所在地县（市、区）民政部门提出书面申请，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。县（市、区）民政部门收到申请后，对申请相关材料在 15 个工作日内作出审批。符合条件的，核准其享受二次医疗救助的金额；不符合条件的，应将材料退回，书面告知申请人并说明理由。县（市、区）民政部门批准申请后 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 个工作日内将二次医疗救助资金通过社会化发放方式支付给医疗救助对象。县（市、区）民政部门应委托镇（乡）政府（街道办事处）、村（居）委会对获得二次医疗救助的对象名单进行公示，为期半年。

救助对象的医疗费用远远超过家庭负担能力，予以二次医疗救助后尚不能解决基本生活问题的，可由县（市、区）相关部门

通过“困难群众生活保障协调机制”研究批准再进行救助。

第三十条 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）因自杀、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、工伤事故等应第三方承担的医疗费用。

（五）各县（市、区）政府（管委会）规定的其他不予救助的情况。

第六章 资金筹集和管理

第三十一条 县（市、区）政府（管委会）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）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。

第三十二条 各级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。

第三十三条 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。市、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。

第七章 责任追究

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。

第三十五条 对骗取医疗救助的，一经查实县（市、区）民政部门应当及时取消救助并追回所领的救助金，相关信息记入有关部门建立的诚信体系。

第三十六条 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，违反规定的依法追究有关人员的责任。

第三十七条 医疗机构违反合作协议，对不按规定用药、诊疗和提供医疗服务所发生的费用，医疗救助资金不予结算；造成医疗救助资金流失或浪费的，终止定点合作协议，并依法追究责任人。

第八章 附则

第三十八条 本实施细则由市民政局负责解释。

第三十九条 本实施细则自印发之日起实施，有效期为五年。《湛江市城乡医疗救助实施细则》（湛府办〔2016〕41号）同时废止。

公开方式：主动公开

抄送：市委各部委办，市人大常委会办公室，市政协办公室，市纪委监委办公室，驻湛各部队，市中级人民法院，市检察院，中央、省驻湛各单位，各人民团体，各大专院校，各新闻单位。

湛江市人民政府办公室

2018年12月11日印发
