

韶关市人民政府文件

韶府规〔2020〕3号

《韶关市困难群众医疗救助实施办法》（韶府规审〔2020〕3号）已经2019年12月17日韶关市人民政府第十四届90次常务会议通过，现予印发，自2020年3月1日起施行，有效期五年。



韶关市困难群众医疗救助实施办法

第一章 总 则

第一条 为了进一步完善我市困难群众医疗救助制度，根据《社会救助暂行办法》《广东省社会救助条例》和《广东省困难群众医疗救助暂行办法》等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法所指医疗救助，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。实行市级统筹，中央、省级补助资金连同市、县（区）财政安排的医疗救助资金统一划入市级社会保障基金财政专户，分账核算，风险共担，专款专用。

第四条 医疗救助实行“四统一分”的管理模式，即全市实行统一的医疗救助政策、业务管理模式、医疗救助基金管理、信息系统管理，业务分级经办。

第五条 韶关市医疗保障局负责对全市医疗救助工作实施监督和管理。主要职责：

（一）贯彻落实国家和省医疗救助的有关政策。

（二）制定全市医疗救助的具体实施办法，并对医疗救助有关规定和制度提出调整意见。

（三）会同市财政局编制本级医疗救助金年度预算并拨付医疗救助金。

第六条 各县（市、区）医疗保障局负责对本辖区的医疗救助工作实施行政监督和管理。主要职责：

（一）宣传、执行医疗救助政策、法规。

(二) 协调各部门的工作关系。

第七条 各医疗保障经办机构负责医疗救助业务经办和管理工作。主要职责：

(一) 负责医疗救助对象有关业务的办理、咨询和指导。

(二) 负责编制医疗救助金的预决算，按规定上报医疗救助的财务、统计报表。

(三) 负责与定点医疗机构进行医疗救助费用的审核结算和支付。

第八条 民政、扶贫和残联等部门要按照职责负责确认医疗救助对象的身份信息，并及时更新、上传数据信息，做好与省市政务信息资源共享平台信息共享工作。财政部门要做好保障资金的预算，加强保障资金支付进度调控，强化保障资金的监管。人力资源社会保障部门要及时发放社保卡，实现持卡全覆盖，通过救助对象信息与社保卡互相关联，实现救助对象凭社保卡快速认定身份，救助对象在就医结算时无需携带相关凭证，仅凭社保卡即可享受“一站式”医保结算和医疗救助服务。卫生健康行政部门负责组织医疗机构做好医疗救治工作，保障医疗质量与安全；要督促医疗机构做好系统对接和测试，务必落实“先诊疗、后付费”要求，开展“一站式”结算服务。公安、教育、市场监管、审计、政务服务数据管理、残联等部门按照各自职责协同实施本办法。

第九条 乡镇人民政府、街道办事处负责受理医疗救助申请、

调查审核，具体工作由其医疗救助经办机构或者经办人员承担。

村民委员会、居民委员会协助做好有关医疗救助工作。

第十条 医疗救助经办机构的人员工资、工作经费（包括市级专项经费和按医疗救助人数人均不低于5元的配套经费）和信息系统网络建设运行资金，列入同级政府财政预算。

第十一条 医疗救助结算年度为自然年度，即每年1月1日起至12月31日止。

第二章 救助对象

第十二条 救助对象范围

（一）收入型贫困医疗救助对象（限于本地户籍人口）。最低生活保障家庭成员、特困供养人员、孤儿为重点救助对象，建档立卡的贫困人员（不含最低生活保障家庭成员，下同）、低收入家庭的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者等困难群众（以下统称低收入救助对象），以及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%，且家庭资产总值低于户籍所在地规定上限的因病致贫家庭重病患者（以下称因病致贫家庭重病患者）。

第十三条 除重点救助对象、低收入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）核对发生时，家庭成员名下金融资产的人均金额（市值）不超过当地 24 个月低保标准。

（二）名下的居住用途不动产（含住宅、公寓）总计不超过 1 套（栋），且名下无非居住用途不动产（含商铺、车库（位）等）。

家庭已拥有 1 套（栋）居住用途不动产，且拥有泥砖房、父辈以上留下祖屋且申请家庭成员不作居住的，不认定为超过住房标准。

（三）名下均无机动车辆（残疾人代步车、燃油摩托车、电瓶车除外）。

（四）名下无商事登记信息。

申请家庭成员名下查询到商事登记信息，属于无雇员的夫妻小作坊、小卖部（专营高档烟酒和奢侈品的除外），以及属建档立卡贫困户统一参加当地合作社、集体所有制公司等经济组织的，可申请复核，经工作人员调查核实后，视为无商事登记。

第三章 申请审核审批程序

第十四条 重点救助对象、建档立卡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）医疗

保障经办机构直接审核办理。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。

第十五条 因病致贫家庭重病患者和地方人民政府规定且未在医疗保障经办机构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家庭经济状况核对和生活状况评估认定办法》（粤民规字〔2019〕9号）和《广东省民政厅关于加强医疗救助政策落实切实做好困难群众医疗救助工作的通知》（粤民函〔2018〕288号）等有关规定执行，申请审核审批程序如下：

（一）申请人向户籍所在地乡镇人民政府（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，可以委托村民委员会、居民委员会或个人代为提出申请），签署《申请医疗救助家庭经济状况核对授权书》，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证明、收费明细清单、定点医疗机构结算单等有效凭证；
3. 县以上医疗保障部门要求的其他证明材料。

（二）乡镇人民政府（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，通过省救助申请家庭经济状况

核对系统查询其家庭财产状况并出具核对报告，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，并由调查人员和申请人（被调查人）分别签字。对经济状况符合条件的申请人家庭，乡镇人民政府（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。

申请人对核对报告的结果提出质疑的，乡镇人民政府（街道办事处）应对申请人家庭财产状况进行复核，出具复核报告，经复核仍不符合条件的，书面告知申请人。对同一申请家庭，30日内不重复出具复核报告。对同一申请家庭多次出具的核对报告，以最新一次核对报告结果为准。

（三）公示期满无异议的，乡镇人民政府（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县（市、区）医疗保障经办机构审批。公示期间出现异议且能出示有效证据的，乡镇人民政府（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。民主评议由乡镇人民政府（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。

（四）经民主评议认为符合条件的，乡镇人民政府（街道办事处）应当将申请相关材料上报县（市、区）医疗保障经办机构审批；经民主评议认为不符合条件的，乡镇人民政府（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。

（五）县（市、区）医疗保障经办机构根据乡政府（街道办事处）核查结果，对符合条件的医疗救助申请进行审批，按规定给予救助。不符合条件的通过乡镇人民政府（街道办事处）书面告知申请人并说明理由。

（六）乡镇人民政府（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。

（七）公示期满无异议的，县（市、区）医疗保障经办机构应当在3个工作日内作出审批决定，在批准申请后5个工作日内，直接支付给医疗救助对象。

公示期间出现异议的，县（市、区）医疗保障经办机构应当重新组织身份调查核实，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。

第十六条 对获得医疗救助的对象名单，应当在乡镇人民政府（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 救助方式与标准

第十七条 资助参保。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、低收入救助对象和建档立卡贫困人员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，保障其获得基本医疗保险服务。

第十八条 门诊、住院救助。重点救助对象、低收入救助对象和建档立卡的贫困人员等经基本医疗保险、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用，医保部门直接予以救助；重点救助对象的救助比例为 100%，不设年度累计最高救助限额；建档立卡贫困人员和低收入救助对象的救助比例为 85%，年度累计最高救助限额为 10 万元；因病致贫家庭重病患者等其他救助对象负担的符合规定的基本医疗自费用，救助比例为 85%，年度累计最高救助限额为 10 万元。合规医疗费用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。

第十九条 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。戈谢病患者门诊和住院治疗合规医疗费，按照 85% 的比例给予救助，年度累计最高救助限额为 25 万元。

第二十条 实施重特大疾病医疗救助，对门诊救助、住院救助后医疗费用负担仍较重的重特大疾病救助对象开展二次救助。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（不含全自费费用），救助比例如下：

（一）重点救助对象不设救助起付线，救助比例为 100%；年度累计最高救助限额为 10 万元。

（二）建档立卡的贫困人员、低收入救助对象和因病致贫家庭重病患者等，救助起付标准为 0.5 万元，一年度内参保居民只承担一个起付标准；起付标准以上的医疗费用 0 至 2 万元（含 2 万元），救助比例为 70%；2 万元以上救助比例为 80%；年度累计最高救助限额为 10 万元。

第二十一条 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手术的自付合规医疗费用，医疗救助基金救助 85%。

第二十二条 各县（市、区）医疗保障经办机构负责本辖区内定点医院医疗费用的结算工作，并于每月 20 日前，将医疗救助“一站式”费用结算表报送给市级医疗保障经办机构财务部门支

付相应定点医疗机构。

非即时结算实行支付周转金制，县级医疗保障经办机构开设医疗救助支出过渡户，负责本地非即时结算的直接支付和待遇查询工作。乡镇人民政府（街道办事处）负责本地参保人员返回结算资料的收集整理、数据录入工作（初审），汇总后上报给县级医保经办机构，原始资料留存在县级医保经办机构。县级医保经办机构于每月 20 日前，将医疗救助非即时结算费用结算表报送给市级医疗保障经办机构财务部门支付到各县（市、区）医疗救助支出过渡户。

第二十三条 下列产生的医疗费用不予救助：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外就医的；
- （五）除急诊、急救外，在非定点医疗机构就医的；
- （六）国家、省、市规定不予支付的其他情形。

第五章 资金筹集和管理

第二十四条 城乡医疗救助基金来源主要包括：

（一）市、县（市、区）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 市级医疗保障经办机构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市级人民代表大会批准。各级医保、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 财政、医保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 医疗救助基金建立周转金制度, 财政部门按上年度基金月均支付额的标准, 给予经办机构 2 个月的周转金, 确保医疗救助待遇按时足额支付。

第二十八条 当年医疗救助基金收支平衡时, 出现赤字的县(市、区)政府按赤字 20%的比例承担。当年医疗救助基金收不抵支时, 由出现赤字的县(市、区)政府按赤字比例共同承担 50%; 剩余的 50%由医疗救助基金历年结余承担, 仍不足以解决时, 由

市、县两级政府共同解决。

第六章 社会力量参与

第二十九条 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。

第三十条 市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。

第三十一条 市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 监督管理

第三十二条 县级以上人民政府及其医保部门应当加强对医疗救助工作的监督检查，完善相关监督管理制度。

第三十三条 乡镇人民政府、街道办事处应当建立统一的医疗救助工作窗口，及时受理、转办申请事项，并通过社会救助管理信息系统，逐步实现申请人向全省范围内任一医疗救助经办机构提交申请材料，由系统转交申请人户籍所在地或者居住地乡镇人民政府、街道办事处进行受理、调查核实的工作机制。

第三十四条 履行医疗救助职责的工作人员对在医疗救助工作中知悉的公民个人信息，除按照规定应当公示外，应予以保密，不得公开与医疗救助无关的信息。

信息公示涉及未成年人的，应当做好对未成年人的保护工作。

第三十五条 医疗救助与医疗保险制度相衔接，与定点医疗机构实行协议管理。医保经办机构应与定点医疗机构签订包括服务人群、医疗保障服务范围、费用结算方式、费用的支付标准以及费用审核和控制等内容的协议，明确双方的责任、权利和义务。定点医疗机构应当实行医疗保障信息化管理，并与医保经办机构信息平台联网。

第三十六条 医疗保障部门应当建立健全举报投诉机制，畅通举报投诉渠道，采取公开举报电话、电子邮箱、网络平台等方式，及时受理举报投诉。

第八章 法律责任

第三十七条 违反本办法规定，医保部门、医疗救助经办机构及其工作人员有下列情形之一的，由上级行政机关或者监察机关责令改正；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

（一）对符合申请条件的救助申请不予受理的；

（二）对符合救助条件的救助申请不予批准的；

（三）对不符合救助条件的申请予以批准的；

（四）不按照规定的程序、时限对救助申请进行审核、审批、公示的；

(五)不按照规定对已获得医疗救助家庭(人员)人口状况、收入状况、财产状况进行复核、核查的;

(六)泄露在工作中知悉的公民个人信息,造成损害后果的;

(七)不按照规定核实处理有关医疗救助举报、投诉的;

(八)在履行医疗救助职责过程中有贪污贿赂、滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊行为的;

(九)其他违反本办法规定行为的。

第三十八条 对骗取医疗救助的行为,一经查实即取消救助,医保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,依法追究刑事责任。

第三十九条 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。

第四十条 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。

第九章 附 则

第四十一条 本办法由市医疗保障局负责解释。

第四十二条 本办法2020年3月1日起施行,有效期五年。韶关市人民政府2017年7月12日发布的《韶关市困难群众医疗救助暂行办法》(韶府规〔2017〕7号)和韶关市人民政府2018

年7月19日发布的《韶关市困难群众二次医疗救助实施方案》
(韶府规〔2018〕8号)同时废止。

分送：省政府办公厅，省司法厅。市委常委，市长、副市长，市政府
秘书长、副秘书长。

各县、市、区人民政府，市政府各部门、各直属机构。市纪委，
市委办公室，市人大办公室，市政协办公室，市中院，市检察
院。韶关军分区。中省驻韶各单位。

韶关市人民政府办公室

2020年2月4日印发