附件

汕头市医疗保障局 汕头市财政局 汕头市人力资源和社会保障局 汕头市民政局 汕头市

农业农村局 汕头市卫生健康局关于

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）、《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，城乡医疗救助基金实行市级统筹管理。市医疗保障部门牵头做好本行政区域内的医疗救助工作，区（县）医疗保障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、民政、农业农村、卫生健康等部门按照各自职责主动配合，密切协作，做好相关工作。

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，在基本医疗保险定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）或因急诊（症）抢救需要在非定点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。对参加职工基本医疗保险的个人缴费部分，按照当年度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。收入型贫困医疗救助对象在我市定点医疗机构按规定就医发生的普通门诊医疗费用中个人负担的合规费用，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封顶线，特困供养人员和孤儿为300元，最低生活保障对象、事实无人抚养儿童、建档立卡贫困人员、低收入救助对象为150元。

2.门诊特定病种救助。收入型贫困医疗救助对象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定点医疗机构或因急诊（症）抢救需要在非定点医疗机构住院就医，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，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、大病保险报销及门诊特定病种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60%的比例给予二次救助。二次医疗救助的年度救助封顶线为3万元。

第八条 区县医疗保障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，应及时反馈同级民政、农业农村、残联等职能部门，按资助困难群众参加城乡居民基本医疗保险的有关规定落实参保手续。

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定点医疗机构或因急诊（症）抢救需要在非定点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，由市医疗保障部门会同市财政等部门提出调整方案，报市人民政府批准后公布执行。

省规定的医疗救助比例和年度救助封顶线高于本市规定标准的，从其规定。

第十三条 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。

第十四条 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。

第十五条 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定点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

第十六条 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收入型贫困医疗救助对象的门诊及住院的医疗救助（含符合规定的一次、二次救助，下同），实行与基本医疗保险、大病保险同步结算的“一站式”服务。

（二）对收入型贫困医疗救助对象门诊及住院的医疗救助未能进行‘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垫付后，再持本办法第十九条规定的有关材料向户籍所在地区县医疗保障部门提出书面申请，填写《医疗救助申请表》（本人申请有困难的，可以委托镇人民政府（街道办事处）、村（居）民委员会或他人代为提出申请），由区县医疗保障部门直接审核办理。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。区县医疗保障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。

第十七条 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十九条规定的有关材料。

（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-医疗救助模块对申请人家庭经济状况开展信息化核对。家庭经济状态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）医疗保障部门审批。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）医疗保障部门审批；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）医疗保障部门应当在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，并将拟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。

第十八条 对符合条件的医疗救助申请，由区县医疗保障部门按规定报送市医疗保障部门后，通过城乡医疗救助基金支出户将救助资金拨付到指定金融账户，直接支付给医疗救助对象。

第十九条 未能通过“一站式”结算的医疗救助申请，医疗救助对象在申请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）农业农村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）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；基本医保、大病保险报销后的结算单、定点医疗机构处方底方或定点药店购药发票；《医疗救助申请表》等。

第二十条 区县医疗保障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。

第二十一条 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，应当于医疗保险待遇结算之日起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

第二十二条 城乡医疗救助基金的筹集及各级财政补助资金配套管理，按汕头市城乡医疗救助基金市级统筹有关规定执行。

第六章 社会力量参与

第二十三条 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。

第二十四条 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。

第二十五条 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

第二十六条 任何单位和个人不得骗取、挪用、克扣、截留医疗救助资金。

第二十七条 对骗取医疗救助的，一经查实立即取消救助，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。已发放的医疗救助金按照责任归属由相关部门落实追回。其中，涉及收入型贫困医疗救助对象身份资质认定问题的，由区县困难群众身份认定部门牵头负责追回工作；属于收入型贫困医疗救助对象的门前申报审核及支出型医疗救助对象的申请审核审批问题的，由区县医疗保障部门会同镇人民政府（街道办事处）牵头负责追回工作。

第二十八条 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。

第二十九条 开展医疗救助“一站式”结算服务的定点医疗机构，应规范医疗服务行为，防控不合理医疗行为和费用。对不按规定用药、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。

第三十一条 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。

第三十二条 本办法自2021年3月1日起施行，有效期五年。2018年9月17日印发的《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》（汕民通﹝2018﹞300号）同时废止。有效期届满的，经评估认为需要继续实施的，由市医疗保障行政部门根据评估情况重新修订。国家、省对困难群众医疗救助政策有调整要求的，从其规定。

第三十三条 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。

第三十四条 本办法由市医疗保障行政部门负责解释。