

梅市医保规〔2020〕6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。



2020年12月15日

梅州市困难群众医疗救助实施细则

第一章 总则

第一条 为了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》《广东省社会救助条例》《广东省最低生活保障制度实施办法》(广东省人民政府令第262号)、《广东省民政厅关于印发〈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〉的通知》(粤民规字〔2019〕9号)等有关规定，制定本细则。

第二条 本细则所称医疗救助，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，保障救助对象的基本医疗权益。

(二) 统筹衔接。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，实行“政府领导、医疗保障部门牵头、有关部门配合、社会力量参与”的工作运行机制。市医疗保障部门牵头做好本市的医疗救助工作，县（市、区）医疗保障部门负责实施本区域的医疗救助工作。

财政部门负责医疗救助资金的筹集和拨付，并加强对资金管理和服务情况的监督检查。

扶贫部门负责提供建档立卡扶贫对象人员名单，并做好实时更新和数据信息衔接。

残疾人联合会负责提供重度残疾人（一、二级）名单，并做好实时更新和数据信息衔接。

民政部门负责提供最低生活保障对象、特困供养对象、孤儿

和事实无人抚养儿童、低收入救助对象和流浪乞讨人员的认定和数据信息的衔接。为因病致贫的困难家庭及县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员（除建档立卡的贫困人员）提供家庭经济状况核对报告。

卫生健康部门负责提供严重精神障碍患者名单，并做好实时更新和数据信息衔接。

政务服务数据管理部门负责大数据中心梅州分节点建设，并根据医疗保障部门提出的具体数据需求将医疗救助对象身份信息共享给医疗保障部门。

医保经办部门负责做好医疗保险与医疗救助“一站式”结算的衔接和医疗救助对象参保工作。

镇人民政府（街道办事处）按规定负责本辖区医疗救助申请的受理、调查、审核、上报、公示等工作。村（居）民委员会协助做好医疗救助申请的调查、核实等工作。镇人民政府（街道办事处）和村（居）民委员会应主动发现并及时核实辖区居民因病致贫、因病返贫等特殊情况，协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

1. 重点救助对象：

(1) 特困供养人员；

(2) 最低生活保障家庭成员。

2. 建档立卡的贫困人员(不含最低生活保障家庭成员，下同)。

3. 孤儿和事实无人抚养儿童。

4. 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、未成年人、重度残疾人(一、二级残疾)和重病患者等困难群众。

5. 流浪乞讨人员。

6. 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即因病致贫家庭重病患者(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 本市低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者和县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员的家庭成员名下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) 家庭成员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、车位等)。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 救助方式、标准

第七条 医疗救助实行分类救助，具体救助方式如下：

(一) 资助参保

对重点救助对象、建档立卡的贫困人员、孤儿和事实无人抚养儿童、低收入救助对象及流浪乞讨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。

对重点救助对象、建档立卡的贫困人员、孤儿和事实无人抚养儿童、低收入救助对象及流浪乞讨人员中途参保实行“先登记参保、后补助缴费”办法，从完成参保登记、做好身份标识之日起即可享受医保待遇。

(二) 门诊救助

1. 普通门诊救助。特困供养人员、孤儿和事实无人抚养儿童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”)经基本医疗保险报销、商业保险和社会指定医疗捐赠支付后的个人自付费用，按100%予以全额救助。

2. 特定病种门诊救助。重点救助对象、建档立卡的贫困人员、孤儿和事实无人抚养儿童及流浪乞讨人员在定点医疗机构诊治，

符合我市基本医疗保险门诊特定病种范围和认定标准的特定病种、政策内的门诊费用，经基本医疗保险报销、商业保险和社会指定医疗捐赠支付后的个人自负部分，特困供养人员、孤儿和事实无人抚养儿童按 100%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和流浪乞讨人员按 85%的比例给予救助。

（三）住院救助

1. 重点救助对象、建档立卡贫困人员、孤儿和事实无人抚养儿童、低收入对象及流浪乞讨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经基本医疗保险、大病保险（职工补充医疗保险）报销、商业保险和社会指定医疗捐赠支付后的个人自负部分（含起付标准），特困供养人员、孤儿和事实无人抚养儿童给予 100%医疗救助；最低生活保障家庭成员、建档立卡贫困人员、低收入救助对象、流浪乞讨人员按照 85%的比例给予医疗救助。

2. 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，经基本医疗保险报销后，个人自负部分（含起付标准）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（职工补充医疗保险）报销、商业保险及社会指定医疗捐赠支付后，按照 80%的比例给予医疗救助。

(四) 二次救助

对经实施门诊救助、住院救助后医疗费负担仍较重的救助对象开展二次救助。

二次救助是以在申请救助当年度内经基本医疗保险、城乡居民大病保险（职工补充医疗保险）、商业保险、社会指定医疗捐赠支付和医疗救助后个人负担的医疗总费用（含政策外的个人自费部分，特需费用除外）作为救助基数，在年度累计最高救助限额内采用分类分梯度模式，按照一定比例给予的救助。

1. 特困供养人员、孤儿和事实无人抚养儿童的医疗总费用，经基本医疗险和大病保险（职工补充医疗保险）、商业保险、社会指定医疗捐赠支付及门诊救助和住院救助后，剩下个人负担的医疗费用，不设救助起付线，按 80% 的比例给予二次救助，年度累计救助最高限额为 3 万元。

2. 最低生活保障家庭成员、建档立卡贫困人员、低收入救助对象和流浪乞讨人员的医疗总费用，经基本医疗保险、大病保险（职工补充医疗保险）、商业保险、社会指定医疗捐赠支付及门诊和医疗救助后，根据剩下个人负担的医疗费用按比例救助：(1) 低于 3000 元的不予救助；(2) 3000 元（含 3000 元）至 1 万元的部分，按 50% 给予救助；(3) 1 万元（含 1 万元）至 3 万元的部分，按

60%给予救助；(4) 3万元（含3万元）以上部分，按70%给予救助，年度累计救助最高限额为3万元。

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的医疗总费用，经基本医疗保险、大病保险（职工补充医疗保险）、商业保险、社会指定医疗捐赠支付及门诊和医疗救助后，根据剩下个人负担的医疗费用按比例救助：(1)低于1万元的不予救助；(2)1万元（含1万元）至3万元的部分，按50%给予救助；(3)3万元（含3万元）以上的部分，按60%给予救助，年度累计救助最高限额为2万元。

第八条 年度累计最高救助限额：

(一) 特困供养人员、孤儿和事实无人抚养儿童门诊救助和住院救助不设救助封顶线；二次救助年度累计最高救助限额为3万元。

(二) 最低生活保障家庭成员、建档立卡贫困人口、流浪乞讨人员特定病种门诊救助、住院救助和二次救助的年度累计最高救助限额为10万元。

(三) 低收入救助对象住院救助和二次救助的年度累计最高救助限额为10万元。

(四) 因病致贫家庭重病患者和县级以上人民政府规定的其他

特殊困难人员住院救助和二次救助年度累计最高救助限额为 8 万元。

第九条 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,限定医疗费用由基本医疗保险和城乡居民大病保险支付后,再由医疗救助基金支付限定医疗费用 90%以内的剩余部分。

第十条 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。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的救助力度,具体实施方案由市医疗保障部门根据国家、省有关规定制定。

第十一条 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,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。

第十二条 下列产生的医疗费用不予救助:

- (一)自行到非定点医疗机构就医或自行到零售药店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。

第四章 申请审核审批程序

第十三条 特困供养人员、最低生活保障家庭成员、建档立卡贫困人员以及在民政部门备案的孤儿和事实无人抚养儿童、低收入救助对象及流浪乞讨人员等救助对象，由县（市、区）医疗保障部门直接审核办理。上述对象应当持本人身份证件或社会保障卡等有关证件到定点医疗机构就诊，定点医疗机构核实医疗救助对象的身份，为救助对象提供医疗救助“一站式”结算服务，医疗救助基金支付部分由医疗机构与医疗救助经办机构结算，救助对象支付个人负担部分。

第十四条 已在民政部门备案的救助对象在医保定点医疗机构未能实行医疗救助“一站式”结算的，先由个人支付医疗费用后，再到户籍所在地镇人民政府（街道办事处）申请医疗救助，申请程序如下：

申请人应当向户籍所在地（或居住地）镇人民政府（街道办事处）提出申请（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），并如实提供如下材料：

(一)申请人的身份证件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件或户口簿原件及复印件）；

（二）定点医疗机构出具的疾病诊断书（或出院记录）、发票、费用清单、基本医疗保险和城乡居民大病保险（职工补充医疗保险）支付单；

（三）是否获得商业保险、其他补充医疗保险等政策性补偿、补助或社会指定捐赠及其他补助的情况说明或者相关凭证；

（四）银行账户。

第十五条 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且没有在民政部门备案的人员申请医疗救助，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制度实施办法》（广东省人民政府令第 262 号）和《广东省民政厅关于印发〈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〉的通知》（粤民规字〔2019〕9 号）执行，申请审核审批程序如下：

（一）申请人应当向户籍所在地镇人民政府（街道办事处）提出申请（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），签署医疗救助家庭经济状况查询核对委托书，授权镇人民政府（街道办事处）核对其家庭经济状况。申请人提交定点医疗机构出具的疾病诊断书（或出院记录）、发

票、费用清单；基本医疗保险和城乡居民大病保险（职工补充医疗保险）支付单；是否获得商业保险、其他补充医疗保险等政策性补偿、补助或社会指定捐赠及其他补助的情况说明或者相关凭证；县级以上医疗保障部门要求的其他材料。

（二）镇人民政府（街道办事处）受理救助申请后，应于自受理申请之日起 3 个工作日内，录入申请人家庭成员信息，发起家庭经济状况信息化核对。通过广东省底线民生信息化核对管理系统进行家庭经济状况信息化核对后，生成家庭经济状况核对报告。镇人民政府（街道办事处）根据核对报告结果，进行受理前期初审。

（三）家庭经济状况核对报告的所有项目均符合本细则第六条规定标准的，镇人民政府（街道办事处）应受理医疗救助申请，并在 3 个工作日内出具受理通知书；不符合本细则第六条规定标准的，不予受理，并在 3 个工作日内向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之日起 3 个工作日内重新进行家庭经济状况信息化查询核对，出具救助申请家庭经济状况核对报告。对同一家庭，30 日内不重复出具复核报告。对同一家庭多次出具的报告，以最近一次报告结果为准。

（四）镇人民政府（街道办事处）应当自出具受理通知书之

日起 10 个工作日内，在村民委员会、居民委员会协助下，组织工作人员入户调查核实，完成申请人家庭生活状况综合评估工作。

入户调查人员应当不少于 2 人，并在调查时出示有效证件。调查完毕应当出具评估材料，由调查人员和被调查人分别签字。

(五) 镇人民政府（街道办事处）应当在出具或者收到评估材料之日起 3 个工作日内提出初审意见，并将结果在村（居）民委员会设置的村务公开栏、社区公开栏以及镇人民政府（街道办事处）公共服务大厅进行公示，有条件的还应当同时通过网络平台公示，公示期为 5 日。

(六) 公示期满无异议的，镇人民政府（街道办事处）应当在公示期满之日起 3 个工作日内将相关材料报送县（市、区）级医疗保障部门；公示期间有异议且能提供有效证明材料的，镇人民政府（街道办事处）应当组织民主评议，并将民主评议结果和相关材料一并报送县（市、区）级医疗保障部门。民主评议人员由镇人民政府（街道办事处）工作人员、村（居）党组织成员、村（居）民委员会、熟悉村（居）民情况的党员代表、村（居）民代表等组成。

(七) 县（市、区）医疗保障部门应当自收到镇人民政府（街道办事处）报送的相关材料、民主评议结果之日起 5 个工作日内

作出审批决定。对符合条件的，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。

(八)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。

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

(十)公示期间出现异议的，县(市、区)医疗保障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。

第十六条 二次救助按照直接救助和依申请救助分别进行：

(一)直接救助：县(市、区)医疗保障部门根据其当年申请医疗救助的情况，核准困难群众经基本医疗保险、城乡居民大病保险(职工补充医疗保险)、商业保险、社会指定医疗捐赠支付和医疗救助后剩余个人负担的医疗总费用(含政策外的个人自费

部分，特需费用除外），对符合二次救助条件的，无需另行申请，将按照二次救助标准核准其享受医疗救助的金额，由承办机构直接支付给医疗救助对象。

（二）依申请救助：符合二次救助条件，但未进行直接二次救助的救助对象可依申请救助，具体申请程序按照本细则第十四条执行。

第五章 资金筹集和管理

第十七条 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，在年初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。

第十八条 各级财政部门应当会同同级医疗保障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。

第十九条 各级医疗保障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（职工补充医疗保险）、医疗救助、商业保险报销水平和滚存结余资金等有关数据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。

第二十条 按省要求推进医疗救助市级统筹，具体实施方案由市医疗保障部门会同市财政部门制定，报市政府批准后实施。

第二十一条 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。

第二十二条 医疗救助中的有关服务事项可通过委托、承包、采购等方式，向社会力量购买服务，市医疗保障部门负责具体组织实施。

第六章 责任追究

第二十三条 任何单位和个人不得骗取、挪用、克扣、截留医疗救助资金。存在虚报冒领、挤占挪用、贪污浪费等违纪违法行为的，按照有关法律法规严肃处理。对故意编造虚假信息，骗取上级补助的，除责令立即纠正、扣回、停拨上级补助资金外，

还应按规定追究有关单位和人员的责任。

第二十四条 对骗取医疗救助的，一经查实立即取消救助，由县(市、区)医疗保障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。

第二十五条 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。

第二十六条 各级财政、医疗保障部门要加强对城乡医疗救助基金使用情况的监督检查，并自觉接受审计、监察等部门的监督。医疗保障部门、财政部门对医疗救助工作开展情况和资金使用情况进行抽查。

第二十七条 医疗机构违反定点医疗机构医疗服务协议相关规定，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，并纳入梅州市基本医疗保险定点医疗机构执行医疗服务协议考核结果；造成医疗救助资金流失或浪费的，终止定点医疗机构协议关系，取消定点医疗机构资格，并依法追究责任。

第七章 附则

第二十八条 本细则自印发之日起施行，有效期3年。《关于印发〈梅州市困难群众医疗救助实施细则〉的通知》（梅市民字〔2017〕35号）和《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 梅州市扶贫开发局关于进一步调整和完善困难群众医疗救助工作的通知》（梅市民字〔2018〕51号）同时废止。

第二十九条 本细则实施期间，如遇到国家、省政策调整，按国家、省政策规定执行。

公开方式：主动公开

抄送：梅州市人民政府办公室。

梅州市医疗保障局办公室

2020年12月15日印发