

# 佛山市人民政府办公室文件

佛府办〔2017〕33号

---

## 佛山市人民政府办公室关于印发佛山市 困难群众医疗救助暂行办法的通知

各区人民政府，市政府各部门、直属各机构：

《佛山市困难群众医疗救助暂行办法》业经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

佛山市人民政府办公室  
2017年10月26日



# 佛山市困难群众医疗救助暂行办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步规范和完善本市医疗救助工作,保障困难群众的医疗救助权益,根据《社会救助暂行办法》(国务院令第六49号)和《关于印发〈广东省困难群众医疗救助暂行办法〉的通知》(粤民发〔2016〕184号)要求,结合本市实际,制定本办法。

**第二条** 本办法所称医疗救助是指资助符合规定条件的困难群众参加基本医疗保险,并按照规定的标准和程序为其减免医疗费用,保障其享有基本医疗卫生服务的一项社会救助制度。

**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,科学合理制订救助方案,确保困难群众获得必需的基本医疗卫生服务。

(二)统筹衔接。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** 医疗救助实行各级人民政府属地管理和分级负责制。市民政局指导各区开展医疗救助工作，各区民政部门负责实施本行政区域内的医疗救助工作。

财政、人力资源社会保障、卫生计生等社会救助管理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本区域内居民罹患重病等特殊情况，帮助有困难的家庭和个人提出救助申请。

## **第二章 救助对象**

**第五条** 下列人员按本办法相关规定可以申请医疗救助：

(一) 收入型贫困医疗救助对象（以下称重点救助对象）。本市户籍的最低生活保障对象、特困供养人员和最低生活保障临界对象。

(二) 支出型贫困医疗救助对象（以下称因病致贫救助对象）的本市户籍人员和非本市户籍人员。

1. 本市户籍因病致贫救助对象须同时符合下列条件：

(1) 当年在基本医疗保险定点医疗机构（以下简称医保定点医疗机构）住院治疗疾病和诊治门诊慢性病种、门诊特定病种

疾病，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50%（计算时间为申请医疗救助之日前一年）；

（2）家庭资产总值低于户籍所在区规定上限。

2. 非本市户籍因病致贫救助对象须同时符合下列条件：

（1）当年在医保定点医疗机构住院治疗疾病和诊治门诊慢性病种、门诊特定病种疾病，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50%（计算时间为申请医疗救助之日前一年）；

（2）家庭资产总值低于居住所在区规定上限；

（3）持本市有效居住证；

（4）参加本市社会保险或医疗保险。

重点救助对象和因病致贫救助对象的认定办法，由各区人民政府自行制定。

**第六条** 我市因病致贫救助对象的家庭财产须同时符合下列条件：

（一）共同生活的家庭成员名下产权房屋总计不超过1套（经鉴定为危房的除外）；

（二）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；

（三）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，合计不超过本市12个月最

低生活保障临界标准。

### 第三章 申请审核审批程序

**第七条** 重点救助对象由各区民政部门按现有的救助对象认定办法予以认定。重点救助对象在市内医保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。在广东省实现医保异地就医即时结算之前，重点救助对象在市外医保定点医疗机构住院的医疗救助费用回户籍所在区民政部门报销。

**第八条** 因病致贫救助对象申请医疗救助，须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《广东省民政厅关于印发〈广东省最低生活保障申请家庭经济状况核对及认定暂行办法〉的通知》（粤民发〔2014〕202号）执行，申请审核审批程序如下：

（一）本市户籍人员向户籍所在地的镇人民政府（街道办事处）提出书面申请，非本市户籍人员向居住所在地的镇人民政府（街道办事处）提出书面申请，填写《医疗救助申请审批表》（申请人申请有困难的，可以委托村（居）民委员会或他人代为提出申请），并如实提供如下证明材料：

1. 本市户籍人员提交身份证和户口簿原件及复印件，非本市户籍人员提交身份证、户口簿、本市有效居住证原件及复印件和本市社会保险或医疗保险参保证明，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结果、病历、用药和诊疗项目收费明细清单、转诊证明、转院通知、基本医疗保险审批表或结账单、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；

3. 符合申请条件的其他证明材料。

（二）镇人民政府（街道办事处）受理救助申请后，自受理申请之日起5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入户进行调查核实，每组调查人员不得少于两人。入户调查时，调查人员须到申请人家中调查其户籍状况、共同生活的家庭成员情况、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。

（三）对经济状况符合条件的申请人，镇人民政府（街道办事处）根据入户调查情况，在两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，镇人民政府（街道办事处）于公示结束后两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。镇人民政府（街道办事处）要成立民主评议小组，民主评议小组成员由镇人民政府（街道办事处）工作人员、村（居）民委员会党组织和村（居）民委员会成员、熟悉村（居）民情况的党员代表、村（居）民代表等组成。

（五）经民主评议认为符合条件的，镇人民政府（街道办事处）将申请相关材料上报区民政部门审批；经民主评议认为不符合条件的，镇人民政府（街道办事处）应当自民主评议作出之日起3个工作日内书面告知申请人并说明理由。

（六）区民政部门应当自收到镇人民政府（街道办事处）上报的申请相关材料后3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，并将拟批准意见通知镇人民政府（街道办事处）；不符合条件的，应将材料退回镇人民政府（街道办事处），由镇人民政府（街道办事处）书面告知申请人并说明理由。

（七）镇人民政府（街道办事处）对拟批准的申请人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，区民政部门在两个工作日内作出审批决定，在批准申请后5个工作日内向区财政部门提出申请。

区财政部门接到区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。

公示期间出现异议的，区民政部门重新组织调查核实，在 20 个工作日内作出审批决定。对拟批准的申请进行重新公示，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。

**第九条** 对获得医疗救助的对象名单，由镇人民政府（街道办事处）在镇人民政府（街道办事处）、村（居）民委员会政务公开栏以及政务大厅设置的电子屏等进行为期半年的公示。对非本市户籍人员获得医疗救助的信息，由镇人民政府（街道办事处）函告救助对象户籍所在地的镇人民政府（街道办事处）。

#### **第四章 救助方式和标准**

**第十条** 资助参加基本医疗保险。重点救助对象以居民身份参加基本医疗保险的，其个人缴费部分全额资助。重点救助对象以职工身份参加基本医疗保险一档的，按照个人缴费部分予以资助；参加基本医疗保险二档的，按照不低于资助基本医疗保险一档的个人缴费部分予以资助。

**第十一条** 门诊医疗救助。重点救助对象在市内医保定点医疗机构就诊时，定点医疗机构免收诊查费、病历费。

重点救助对象在市内医保定点医疗机构诊治门诊慢性病种、门诊特定病种疾病的医疗费用，经基本医疗保险、大病保险报销



后，剩余个人需要支付的门诊医疗费用通过医疗救助“一站式服务”结算系统按 80% 的救助比例予以报销，年度报销最高限额为 2 万元。

重点救助对象在市内医保定点医疗机构诊治普通门诊疾病的医疗费用，经基本医疗保险报销后，剩余个人需要支付的门诊医疗费用年度累计超过 1000 元以上的部分按 80% 的救助比例予以报销，年度报销最高限额为 1 万元。

**第十二条** 住院医疗救助。医疗救助不设病种限制。重点救助对象到市内医保定点医疗机构住院治疗时，住院起付线纳入救助项目，医保定点医疗机构免收住院押金。

（一）住院首次医疗救助。重点救助对象到市内医保定点医疗机构住院的医疗费用，经基本医疗保险、大病保险等报销后，个人负担的合规医疗费用通过医疗救助“一站式服务”结算系统按相应比例予以报销。合规医疗费用范围参照广东省基本医疗保险、大病保险相关规定确定。其中，全市低保对象和低保临界对象在市内医保定点医疗机构住院的医疗费用按 90% 的救助比例予以报销，年度报销最高限额为 10 万元；特困供养人员在市内医保定点医疗机构住院的医疗费用按 100% 的救助比例予以报销。

（二）住院二次医疗救助。重点救助对象在市内医保定点医疗机构住院的医疗费用，经基本医疗保险、大病保险和住院首次

医疗救助报销后，剩余个人需要支付的医疗费用通过医疗救助“一站式服务”结算系统按 95% 的救助比例予以报销，年度报销最高限额为 8 万元。

（三）按病种付费医疗救助。重点救助对象因患“按病种付费的病种”疾病到市内医保定点医疗机构住院的，救助金额计算公式与住院首次、二次医疗救助相同，救助金额计入年度最高限额中。

**第十三条** 因病致贫医疗救助。因病致贫救助对象在市内医保定点医疗机构住院和诊治门诊慢性病种、门诊特定病种疾病的医疗费用，经基本医疗保险、大病保险报销后，剩余个人需要支付的医疗费用由其个人先行支付后，本市户籍人员回户籍所在区民政部门、非本市户籍人员回居住所在区民政部门按 80% 的救助比例予以报销，年度最高限额为 15 万元。

**第十四条** 重点救助对象和因病致贫救助对象因病情需要到市外定点医疗机构住院的，按以下规定予以救助：

（一）经市、区属三级医保定点医疗机构转诊备案后，到市外医保定点医疗机构住院的，按市内定点医疗机构的救助比例予以报销。

（二）经市、区属三级医保定点医疗机构转诊后因同一疾病需再次到同一市外医保定点医疗机构复诊住院，经参保所属社保经办机构备案的，按市内医保定点医疗机构的救助比例予以报

销。

（三）未经本条（一）（二）款规定的流程到市外医保定点医疗机构住院的，按市内定点医疗机构救助比例的 60% 予以报销。

（四）因急诊、抢救在市外医疗机构入院，经参保所属社保经办机构备案的，按市内医保定点医疗机构的救助比例予以报销。

**第十五条** 对因各种原因未能参加基本医疗保险的重点救助对象，其个人负担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，按所属对象类别予以救助。

**第十六条** 对参加本市基本医疗保险的 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合规医疗费用，按基本医疗保险政策核报后，剩余部分由医疗救助资金予以全额救助。

**第十七条** 加大对妇女癌症患者、重残儿童、严重精神障碍患者、艾滋病机会性感染患者以及肌萎缩侧索硬化症、戈谢病等罕见病患者的救助力度。

**第十八条** 下列情形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) 因自残等发生的医疗费用（精神障碍患者除外）；
- (四) 应由第三方承担的医疗费用；
- (五) 其他法律法规规定的不予救助的情形。

## **第五章 资金筹集和管理**

**第十九条** 全市各级人民政府应当按属地管理原则建立医疗救助专项资金，医疗救助资金来源主要包括：

- (一) 全市各级财政部门每年安排的医疗救助专项资金；
- (二) 市、区两级社会福利彩票公益金本级留成部分每年按20%比例安排的医疗救助资金；
- (三) 上级财政补助资金；
- (四) 社会捐赠用于医疗救助的资金；
- (五) 医疗救助资金形成的利息收入；
- (六) 按规定可用于医疗救助的其他资金。

**第二十条** 全市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，科学合理地安排医疗救助资金。

**第二十一条** 全市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因素，准确测算下年度医疗救助资金需求，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。各

级民政、财政部门应当严格执行《关于印发〈广东省城乡医疗救助基金管理办法〉的通知》（粤财社〔2015〕26号）等文件规定，加强资金使用管理，提高医疗救助资金的使用效率。

## **第六章 社会力量参与**

**第二十二条** 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。

**第二十三条** 区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。

**第二十四条** 区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**

**第二十五条** 任何单位和个人不得骗取、挪用、克扣、截留医疗救助资金。

**第二十六条** 对骗取医疗救助资金的，一经查实立即取消救助资格，由区级民政部门追回所领救助金，相关信息记入市公共信用信息管理系统；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

**第二十七条** 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，依法追究刑事责任。

**第二十八条** 对医疗机构不按有关规定用药、诊疗以及提供

医疗服务所发生的医疗费用，医疗救助资金不予结算；造成医疗救助资金流失或浪费的，依据有关规定追究医疗机构及相关人员的责任。

## 第八章 附 则

**第二十九条** 本办法自 2017 年 11 月 1 日实施，有效期 3 年。以往的医疗救助政策与本办法不一致的，以本办法的规定为准。

**第三十条** 各区人民政府根据本办法，结合本区实际制定实施细则。

**第三十一条** 本办法由市民政局负责解释。

---

抄送：市委各部委办，市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院，中直、省属驻佛山单位，驻佛山部队，市各人民团体，市各民主党派。

---

佛山市人民政府办公室秘书一科

2017 年 10 月 30 日印发

---