

惠州市医疗保障局
惠州市民政局
惠州市财政局文件
惠州市卫生健康局
惠州市扶贫开发办公室

惠医保发〔2020〕24号

关于印发《惠州市医疗保障局 惠州市民政局
惠州市财政局 惠州市卫生健康局 惠州市
扶贫开发办公室城乡困难人员
医疗救助办法》的通知

各县（区）医疗保障局、民政局、财政局、卫生健康局、扶贫开发办公室，大亚湾区人力资源和社会保障局、卫生和计划生育局，

仲恺高新区社会事务局、宣教文卫办，市社会保险基金管理局及各分局，各定点医疗机构：

《惠州市医疗保障局 惠州市民政局 惠州市财政局 惠州市卫生健康局 惠州市扶贫开发办公室城乡困难人员医疗救助办法》业经十二届 116 次市政府常务会议通过，现印发给你们，请遵照执行。



惠州市医疗保障局 惠州市民政局 惠州市财政局 惠州市卫生健康局 惠州市扶贫开发办公室 城乡困难人员医疗救助办法

第一条 为进一步完善我市城乡困难人员医疗救助制度，根据《广东省社会救助条例》、《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）、《广东省医疗保障局 广东省财政厅 广东省扶贫开发办公室关于印发广东省医疗保障扶贫三年行动实施方案（2018-2020年）的通知》（粤医保发〔2018〕4号）、《广东省医疗保障局 广东省民政厅 广东省财政厅 广东省人力资源和社会保障厅 广东省卫生健康委员会 广东省扶贫开发办公室 广东省政务服务数据管理局 广东省残疾人联合会关于进一步加强医疗救助“一站式”结算工作的通知》（粤医保发〔2018〕5号）精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称医疗救助，是指对本办法第三条确定的城乡困难人员（以下统称救助对象）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；对救助对象符合规定的医疗费用，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的个人承担部分，给予适当救助，帮助救助对象获得基本医疗服务。

本办法所称符合规定的医疗费用，是指救助对象因病、生育或因非第三方责任所受到伤害就医发生的纳入基本医疗保险支付范围内的医药费用（以下统称政策内费用）和纳入基本医疗保险

支付范围应由个人承担的自负比例费用(以下统称自负费用)及本次治疗过程中发生治疗必须的但不属于基本医疗保险支付范围的费用(以下统称自费费用)。上述费用不含《惠州市社会基本医疗保险办法》中规定的“不纳入基本医疗保险支付范围的费用”。

本办法所称标准床位费,是指收治救助对象医疗机构三人及三人以上病房收费标准。

第三条 本办法所称救助对象:

- (一)特困供养人员;
- (二)困境儿童;
- (三)本市社会福利机构收养的政府供养人员;
- (四)最低生活保障家庭成员;
- (五)建档立卡对象;
- (六)低收入家庭成员;
- (七)其他特殊困难人员。

除上述第(五)项救助对象由扶贫部门负责认定外,其他的由民政部门负责认定。扶贫部门和民政部门应当将其认定的人员名册分别同时向医疗保险经办机构(以下统称医保经办机构)和税务部门推送。

第四条 本办法规定的救助对象由医疗救助基金全额资助参加城乡居民基本医疗保险(以下统称居民医保)。对救助对象参加职工基本医疗保险(以下统称职工医保)的个人缴费部分,按照资助参加居民医保的标准给予资助。救助对象在一个年度内只

能享受职工医保或居民医保其中一次财政资助。每年 12 月 25 日前由扶贫部门和民政部门分别将下一年度的医疗救助对象名册送同级医保经办机构和税务部门，由医保经办机构录入系统；已实现信息系统对接的由信息系统实时推送；每月截止推送时间为 25 日，之后认定的纳入下月推送范围。

第五条 医疗救助基金主要由各级政府财政补助组成，具体来源如下：

- （一）中央、省、市、县（区）财政安排用于医疗救助的资金；
- （二）社会各界捐赠的用于医疗救助的资金；
- （三）医疗救助基金利息收入；
- （四）按规定可用于城乡困难人员医疗救助的其他资金。

第六条 基金按如下方式管理：

（一）建立市级医疗救助基金，按照公开、公平、公正、专款专用、收支平衡、略有结余的原则进行管理和使用，不得从中提取或列支管理费。

（二）在市社会保障基金财政专户设立子账户，医疗救助基金纳入市社会保障基金财政专户管理，专款专用，单独建账，独立核算。全市统一救助范围、统一待遇标准、统一资金管理、统一经办服务，各县（区）分别记账。

（三）县级医疗救助基金专户中的结余资金，应在进行清算后全额划转市级财政专户。各级财政公共预算、彩票公益金安排

的医疗救助资金及其他来源用于医疗救助的资金，应及时划入市医疗救助基金财政专户。

（四）医疗救助基金收入从社会保障基金医疗救助基金财政专户支付到医保经办机构基金支出户，由医保经办机构基金支出户直接向定点医疗机构支付医疗救助“一站式”结算资金。

（五）建立医疗救助预付款制度。医疗救助预付款的额度按照上年度实际费用的 25% 确定，由市级医保经办机构在每年 1 月初测算并报市级财政部门审批后划入市级医保经办机构医疗救助基金支出户，测算及核定情况同时抄送市医疗保障局。医疗救助预付款专项用于救助对象医疗救助结算，每年年末余额结转下一年度抵减预付款额度。

（六）医保经办机构要加强内部管理，结合实际制定相应的财务管理制度及基金使用规定。

第七条 市、县（区）在社会福利彩票公益金的地方留存部分按照 20% 比例提取医疗救助资金纳入公共预算统筹，列入年度预算安排。市医保局每年根据上年度医疗救助基金收支情况，测算财政应安排补助资金；除中央、省和市补助外，根据事权和支出责任相一致原则，按照各县（区）受救助人数由各县（区）分担。

第八条 医疗救助区分为门诊医疗救助（含门诊特定病种）、住院医疗救助和二次医疗救助。本办法规定的救助对象年度内发生符合规定的医疗费用按下列标准予以救助，并与基本医疗保险和大病二次补偿实现“一站式”结算：

(一) 门诊医疗救助(含特定门诊): 救助对象在本市区域内医保定点医疗机构发生的符合门诊统筹规定和门诊特定病种规定(含使用国家谈判药中的抗肿瘤药的个人自负比例部分)的医药费用, 在经基本医疗保险报销后的部分按 100%予以救助。

(二) 住院救助: 救助对象住院发生的政策内费用, 在经基本医疗保险和大病二次补偿报销后(含住院起付标准)的部分按 100%予以救助(含确需转往本市行政区域外定点医疗机构就医的差额部分, 或到本市行政区域外当地定点医疗机构就医的差额部分, 以及异地就读学生就医或急诊就医的费用)。

(三) 二次医疗救助: 救助对象年度内就医(指住院、特定门诊和普通门诊)发生的自负和自费费用实施二次医疗救助。本办法第三条第一、二和三项规定的救助对象给予 100%救助, 但前项规定之外的费用及第三条第四、五、六和第七项规定的救助对象实行分段累计的阶梯式救助; 不设年度最高救助限额。具体标准如下: 2000 元(含本数)以内按 100%予以救助; 2000 元(不含本数)以上至 4000 元(含本数)以内按 60%予以救助; 4000 元(不含本数)以上至 10000 元(含本数)以内按 40%予以救助; 10000 元(不含本数)以上的按 20%予以救助。年度内医保基金支付的住院费用和特定门诊费用超过最高支付限额后的部分, 按 10%的比例救助。

第九条 救助对象发生符合规定的医疗费用因特殊原因不能实行“一站式”结算的, 由救助对象本人或监护人持当年就医时医生开具的处方或住院清单和有效票据(原件丢失的可凭当次有效

票据的复印件)到当地医保经办机构以“零星救助”的方式申请救助。需“零星救助”的医疗费用通常应在下一年度的6月30日前完成申请。

第十条 本办法规定的救助对象在市内定点医疗机构住院的,免收住院押金。

第十一条 具有下列情形之一的不予救助:

(一)自行到非正规医疗机构就医、自行购买药品,或就医购药无正规票据的费用;

(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(精神或智力障碍患者除外);

(四)因第三人侵权导致损害结果产生的医疗费用(不含经司法机关认定对方逃逸、第三方无赔偿能力或非违法应由本人承担的责任);

(五)超出标准床位费的部分费用(急救抢救除外);

(六)县级以上人民政府规定的其他不予救助的情况。

第十二条 市、县(区)、乡镇(街道)三级政府有关部门应根据医疗救助工作实际,配备与工作量相适应的工作人员,安排与工作需要相适应的工作经费。

第十三条 任何单位和个人不得骗取、挪用、克扣、截留医疗救助基金,否则依法追究有关单位和人员的责任。

第十四条 从事医疗救助的工作人员有下列行为之一的，给予批评教育或依法给予处分；情节严重构成犯罪的，依法追究刑事责任：

（一）玩忽职守、徇私舞弊，或挪用、扣压、拖欠医疗救助基金的；

（二）不按规定程序、时限受理医疗救助申请，对符合条件的申请人不予办理或对不符合条件的申请人违规办理医疗救助待遇的；

（三）违规泄露救助对象公示范围以外信息的；

（四）其他违反医疗救助相关规定的。

第十五条 救助对象采取虚报、隐瞒、伪造等手段，骗取医疗救助基金的，应给予批评教育，并对骗取的医疗救助基金予以追回，相关信息记入有关部门建立的诚信体系，情节严重或构成犯罪的，移交有关部门依法追究法律责任。

第十六条 定点医疗机构违反《惠州市社会基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》，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；造成医疗救助基金流失或浪费的，终止定点合作协议，取消定点医疗机构资格，并依法追究责任。

第十七条 由市民政局代表各县（区）所签订的《惠州市医疗救助保险服务项目协议》继续执行至协议到期。之后医疗救助承办方式，由市医保局商相关部门按程序办理。

第十八条 符合“具有本地户籍或者符合条件的持本地居住证的常住人口、当年在本省基本医疗保险协议管理医疗机构住院治疗疾病和诊治门诊特定项目，其个人负担的符合规定的医疗费用达到或者超过家庭年可支配总收入的百分之六十，且家庭资产总值低于户籍所在地或者居住地规定的上限的”救助情形，执行省、市的其他有关规定。

第十九条 本办法自 2020 年 3 月 1 日起施行，有效期 2 年。
《关于印发〈惠州市民政局 财政局 人力资源和社会保障局 卫生局 审计局城乡困难居民医疗救助办法〉的通知》（惠民〔2013〕158 号）同时废止。

公开方式：主动公开

抄送：各县（区）人民政府。

惠州市医疗保障局

2020 年 2 月 28 日印发
