



以此件为准

广东省财政厅 广东省民政厅文件

粤财社〔2015〕26号

关于印发《广东省城乡医疗救助基金 管理办法》的通知

各地级以上市财政局、民政局，顺德区财税局、民政和社会资源保障局，各县（市、区）财政局、民政局：

为完善城乡医疗救助制度，进一步规范城乡医疗救助基金的管理和使用，提高使用效益，根据《社会救助暂行办法》（国务院令 649 号）、《财政部 民政部关于印发〈城乡医疗救助基金管理办法〉的通知》（财社〔2013〕217 号）等有关规定，省财政厅、省民政厅制定了《广东省城乡医疗救助基金管理办法》，现印发

给你们，请认真遵照执行。执行中遇到的问题，请及时向省财政厅、省民政厅反映。



广东省城乡医疗救助基金管理办法

第一章 总 则

第一条 为完善城乡医疗救助制度，进一步规范城乡医疗救助基金的管理和使用，提高使用效益，根据《社会救助暂行办法》（国务院令 649 号）、《财政部 民政部关于印发〈城乡医疗救助基金管理办法〉的通知》（财社〔2013〕217 号）和省民政厅、省财政厅、省人力资源和社会保障厅、省卫生厅、省审计厅《关于印发〈广东省城乡特困居民医疗救助办法〉的通知》（粤民助〔2010〕1 号）等规定，结合我省实际情况，制定本办法。

第二条 本办法所称城乡医疗救助基金，是指通过公共财政预算、彩票公益金和社会各界捐赠等渠道筹集，按规定用于城乡贫困家庭等医疗救助的专项资金。

第三条 城乡医疗救助基金应按照公开、公平、公正、专款专用、收支平衡的原则进行管理和使用。

第四条 城乡医疗救助基金纳入社会保障基金财政专户（以下简称社保基金专户），实行分账核算、专项管理、专款专用。县级财政部门将原来在社保基金专户中分设的“城市医疗救助基金专账”和“农村医疗救助基金专账”进行合并，建立“城乡医疗救助基金专账”，用于办理基金的筹集、核拨、支付等业务。

第二章 基金筹集

第五条 县级以上人民政府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）地方各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，在年初公共预算和彩票公益金（本级留成部分按 20% 比例）中安排城乡医疗救助资金；
- （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。

第六条 各级财政部门会同民政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。中央和省财政对经济困难的地区给予适当补助，省财政对城乡医疗救助基金的补助纳入一般性转移支付。同时，各级财政部门、民政部门应鼓励和引导社会力量提供捐赠和资助，多渠道筹集城乡医疗救助基金。

第七条 各级民政部门应按照财政预算编制要求，根据低保对象人数、低保标准、医疗救助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。上级财政部门应按规定及时提前下达城乡医疗救助基金专

项转移支付资金，以提高预算执行效率。

同时，各级民政、财政部门应加强基础数据的搜集和整理，确保相关数据的准确性和真实性，为城乡医疗救助基金的编制提供可靠依据。

第三章 基金使用

第八条 城乡医疗救助基金的救助对象是最低生活保障家庭成员、农村五保供养对象、城镇“三无”人员等特困供养人员以及其他符合医疗救助条件的经济困难群众，包括县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员。

最低生活保障家庭成员和特困供养人员的医疗救助，由县（市、区）民政局直接审核办理。其他困难人员申请医疗救助的，应当向乡镇人民政府、街道办事处提出，经审核、公示后，由县（市、区）民政局审批。

第九条 城乡医疗救助基金应结合城乡居民基本医疗保险、城镇职工基本医疗保险（以下简称基本医疗保险）的相关政策规定，统筹考虑城乡困难群众的救助需求，首先确保资助救助对象全部参加基本医疗保险，其次对经基本医疗保险、大病保险和商业保险等补偿后，救助对象仍难以负担的符合规定的医疗费用给予补助，帮助困难群众获得基本医疗服务。对因各种原因未能参加基本医疗保险的救助对象个人自负医疗费用，可直接给予救助。

(一) 对救助对象参加基本医疗保险的个人缴费部分，给予救助。

(二) 对城乡最低生活保障对象、农村五保供养对象、城镇“三无”人员等特困供养人员开展基本医疗救助。救助对象在定点医疗机构就医，经基本医疗保险报销后，基本医疗保险政策范围内的自负费用，按照不低于 70% 的比例给予补助，五保（城镇“三无”人员）特困供养人员的救助比例为 100%。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，可参照参加保险对象个人负担部分的补助政策，按所属对象类别核减基本医疗保险报销后直接给予救助。

(三) 重特大疾病医疗救助。救助对象患重特大疾病，在定点医疗机构就医所发生的医保政策范围内的医疗费用，经基本医疗保险、大病保险或补充医疗保险补偿后，扣除本年度已享受医疗救助的政策内自付部分，给予重特大疾病医疗救助。重特大疾病医疗救助的比例参照基本医疗救助比例执行。

(四) 对城乡最低生活保障家庭成员、五保（城镇“三无”人员）特困供养人员、县级以上人民政府认定并在民政部门备案的其他救助对象，开展基本医疗救助“一站式”结算服务；重特大疾病医疗救助、县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员可采取事后救助。

第十条 救助方式以住院救助为主，同时兼顾门诊救助。特困供养人员免收住院押金，取消医疗救助起付线；逐步降低或取消城乡最低生活保障家庭成员的医疗救助起付线和住院押金，逐

步提高医疗救助封顶线。医疗救助标准、年最高封顶线，由县级以上市人民政府按照经济社会发展水平和医疗救助基金情况确定、公布，不得低于省规定的标准。

各地要科学制定救助方案，合理设置封顶线，稳步提高救助水平。要结合基本医疗保险的待遇规定，统筹城乡医疗救助制度，弥合城乡困难群众在获得医疗救助方面的差异，满足其正常的医疗服务需求。

第十一条 各地区应结合本地实际明确城乡医疗救助对象的具体范围，细化城乡医疗救助基金具体使用方案，将所有各类资金来源（包括社会捐赠资金）统筹使用，合理安排。

第四章 基金分配及支出管理

第十二条 省财政城乡医疗救助基金主要对经济欠发达地区给予补助支持，资金分配采取因素法科学合理分配，并加强医疗救助工作管理，强化“以奖代补”机制。因素法分配主要依据城乡低保对象（含城镇“三无”人员）和五保特困供养人员人数、医疗救助水平、地方财政困难程度等因素分配资金，“以奖代补”主要依据城乡医疗救助基金绩效评价结果，对重视医疗救助工作、努力程度较高的地方给予适当倾斜。

市、县应根据各地实际安排医疗救助基金，并按国家、省和本地规定的医疗救助标准统筹使用，科学合理分配医疗救助资金。

第十三条 城乡医疗救助基金原则上实行财政直接支付。民政部门根据医疗救助开展情况，向同级财政部门提出拨款申请，财政部门审核后将城乡医疗救助基金由社保基金专户直接支付到定点医疗机构、定点零售药店或医疗救助对象。

第十四条 资助医疗救助对象参保的，由县（市、区）民政局将与基本医疗保险经办机构确认后的符合救助条件的医疗救助人数、参保资助标准及资金总量提供给同级财政部门，经同级财政部门审核后，从社保基金专户中的“城乡医疗救助基金专账”中将个人缴费核拨到“城乡居民基本医疗保险专账”中。

第十五条 医疗救助实行“一站式”即时结算的，城乡最低生活保障家庭成员、特困供养人员、县级以上人民政府认定并在民政部门备案的其他救助对象在定点医疗机构就医，由定点医疗机构和定点零售药店在结算时先扣除基本医疗保险政策范围内报销费用和医疗救助补助的费用，参保救助对象只需结清个人应承担的费用。基本医疗保险经办机构、定点医疗机构和定点零售药店所垫付的医疗救助资金情况，在规定时间内报民政部门审核后，由民政部门向同级财政部门提出支付申请，同级财政部门通过“城乡医疗救助基金专账”直接支付给以上机构。

第十六条 需要事后救助的，由医疗救助对象个人按规定出具基本医疗保险的补偿审批表或结账单、定点医疗机构复式处方或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，在规定时间内报同级民政局核批，由民政部门向同级财政部门提出申请，同级财政部门通过“城乡医疗救助基金专账”直接支付

给医疗救助对象。对救助对象个人的补助资金原则上通过转账方式，减少现金支出。

第十七条 民政部门可以根据医疗救助开展实际情况，向同级财政部门提出申请，由财政部门直接向定点医疗机构提供一定额度的预付资金，用于特困救助对象减免住院押金，方便其看病就医。

第十八条 暂不具备直接支付条件的民政部门可以根据需要开设一个城乡医疗救助基金支出户（以下简称支出户）。全部医疗救助补助支出实行直接支付的地区，不设支出户。

支出户的主要用途是：接收财政专户拨入的基金，支付基金支出款项，包括对救助对象符合规定的不能通过“一站式”即时结算的医疗费补助支出，对偏远地区和金融服务不发达等不具备直接支付条件的地区的基金支出，及政策规定的其他可以直接发放给救助对象的基金支出。支出户的利息收入应定期缴入社保基金专户，并纳入城乡医疗救助基金管理。

支出户除向定点医疗机构和定点零售药店结算垫付医疗费用、向医疗救助对象支付救助资金外，不得发生其他支出业务。支出户原则上通过转账方式，逐步减少并取消现金支出。

第十九条 各级财政、民政部门应建立定期对账制度，各市、县（市、区）财政、民政部门应当按照规定认真做好城乡医疗救助基金清理和对账工作，每年不少于两次；年度末，民政部门应按要求向同级财政部门报送城乡医疗救助基金年度执行情况及相关说明。

第五章 基金管理

第二十条 城乡医疗救助基金年终如有结余，可按预算法结转下一年度继续使用。基金累计结余一般应不超过当年筹集基金总额的 15%。基金累计结余超出规定比例的，为盘活基金累计结余资金存量，经县级以上人民政府批准，医疗救助基金结余可用于其他符合规定的医疗支出。

如需调整使用城乡医疗救助基金，由各级民政部门根据实际情况向同级财政部门提出申请，经财政部门审核并按规定程序报批后进行调整使用。

第二十一条 各地要进一步完善医疗救助制度，稳步提高救助水平，确保基金均衡合理使用，确保救助对象最大程度受益。

第二十二条 救助资金实行专账管理，专项核算，坚持专款专用、科学管理。要严格按照规定的范围、标准及结算方式使用，确保资金使用安全、高效。救助资金未经批准不得用于救助无关的支出，不得用于医疗救助工作经费和人员经费；任何组织、机构、个人不得以任何形式平调、挤占、挪用、骗取救助基金。

第二十三条 城乡医疗救助基金必须全部用于救助对象的医疗救助，对不按规定用药、诊疗以及不按规定提供医疗服务所发生的医疗费，城乡医疗救助基金不予结算。任何单位和个人不得截留、挤占、挪用救助基金，不得向救助对象收取任何管理费用。

第二十四条 民政部门应会同人力资源社会保障、卫生计生

等部门，定期检查定点医疗机构和定点零售药店提供医疗服务情况，对医疗服务质量差、违反有关规定的，暂缓或停止拨付其垫付的资金。对不按规定用药、诊疗及不按规定提供医疗服务所发生的医疗费用，城乡医疗救助基金不予结算。

第二十五条 各级财政、民政部门应建立健全城乡医疗救助基金绩效评价制度，对制度实施和资金使用的效果进行评价。绩效评价的主要内容包括资金安排、预算执行、资金管理、保障措施、组织实施和资金绩效等。

第二十六条 发现虚报冒领、挤占挪用、贪污浪费等违纪违法行为，按照有关法律法规严肃处理。对编造虚假信息骗取上级补助的，除责令立刻纠正、扣回、停拨上级补助资金外，按规定追究有关单位和人员的责任。

第二十七条 各级财政、民政部门应建立城乡医疗救助基金信息公开制度，对基金的管理办法、使用情况等，积极主动向社会公开，接受社会监督。城乡医疗救助对象和救助金额等情况应每季度在村（居）委会张榜公布，并接受群众监督。

第二十八条 各级财政、民政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。省民政厅、省财政厅对各地医疗救助工作开展情况和资金使用情况抽查。

第六章 附 则

第二十九条 各级财政、民政部门应参照本办法，结合当地实际，及时制定本行政区域内城乡医疗救助基金管理实施细则。

第三十条 本办法自印发之日执行。《广东省财政厅、民政厅转发〈财政部、民政部关于印发农村医疗救助基金管理试行办法〉的通知》（粤财社〔2004〕34号）、《广东省财政厅、广东省民政厅转发〈财政部、民政部关于加强城市医疗救助基金管理的意见〉的通知》（粤财社〔2006〕3号）同时废止。

第三十一条 本办法由省财政厅、省民政厅负责解释。

公开方式：主动公开

抄送：省档案局。

广东省财政厅办公室

2015年3月2日印发
