

枣 庄 市 医 疗 保 障 局

枣 庄 市 扶 贫 开 发 领 导 小 组 办 公 室

枣 庄 市 民 政 局 文 件

枣 庄 市 财 政 局

枣 庄 市 卫 生 健 康 委 员 会

枣医保发〔2020〕72号

关于印发《枣庄市医疗救助管理办法》的通知

各区（市）医疗保障局、扶贫开发领导小组办公室、民政局、财政局、卫生健康局：

现将《枣庄市医疗救助管理办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

(此页无正文)



2020年12月18日

枣庄市医疗救助管理办法

第一章 总则

第一条 为进一步完善医疗救助制度,根据国家有关法律法規及山东省有关规定,结合我市实际,制定本办法。

第二条 本办法所称医疗救助,是指政府和社会对符合救助条件的城乡困难居民,依据规定的方式、标准和程序给予医疗费用补助和诊疗优惠,以及参加居民基本医疗保险个人缴费给予资助的制度。

第三条 医疗救助遵循以下原则:

(一)适度保障。坚持量力而行,根据全市经济社会发展水平、救助对象医疗费用、家庭经济状况、财产状况和负担能力等因素,科学合理确定救助范围和标准,确保救助对象获得必要的医疗救助。

(二)托住底线。坚持筑牢底线,增强对救助对象基础性、托底性保障,构筑起以基本医保为主体、大病保险为补充、医疗救助为托底的综合医疗保障制度体系,切实减轻救助对象医疗费用负担,有效防范因病致贫返贫。

(三)统筹衔接。坚持与基本医疗保险、大病保险、医疗机构减免、商业保险、临时救助的有序衔接,实现政府救助与社会力量参与的高效联动和良性互动。

(四)公开公正。公开救助政策、救助对象、救助标准、经办

流程以及实施情况,主动接受群众和社会监督,确保过程公开透明、结果公正公平。

(五) 高效便捷。坚持统筹协调、救急、救难、便捷的原则,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,使救助对象得到及时有效的救助。

第四条 各级医疗保障部门负责本行政区域内医疗救助工作,扶贫、民政、财政、卫生健康等部门在各自职责范围内负责医疗救助相关工作。

第五条 区(市)医疗保障部门、镇人民政府、街道办事处应当设立统一受理、协同办理的医疗救助申请窗口,畅通申请和受理渠道,简化优化程序,提高救助效率。

第六条 各级社会救助管理部门应当建立统一的社会救助管理信息系统,实现部门之间救助政策、救助对象、救助信息等资源互联互通和数据共享。

第七条 镇人民政府、街道办事处具体负责医疗救助的申请受理、入户调查、审核确认以及日常监督管理等工作;村(居)负责医疗救助政策宣传、业务咨询、公开公示、信息统计及困难群众主动甄别、救助申请帮办代办、协助做好调查评议等工作。

第八条 医疗救助按人实行救助。除特殊疾病外,未经家庭经济状况调查,不得将任何群体、家庭和个人认定为救助对象。

第九条 对在医疗救助工作中做出显著成绩的单位、个人,按照有关规定进行表彰、奖励。

第二章 对象和范围

第十条 医疗救助对象应具有枣庄市常住户口。

第十一条 医疗救助对象包括重点救助对象、特殊困难人员救助对象。

（一）重点救助对象：

1、城乡低保对象：指经区（市）民政部门或者镇人民政府、街道办事处审核认定，共同生活的家庭成员人均收入低于本市最低生活保障标准，且符合当地最低生活保障家庭财产状况规定的人员。

2、特困供养人员：指经区（市）民政部门或者镇人民政府、街道办事处审核认定，符合无劳动能力、无生活来源且无法定赡养、抚养、扶养义务人，或者其法定赡养、抚养、扶养义务人无赡养、抚养、扶养能力的老年人、残疾人、未成年人。

3、政府供养的孤儿、事实上无人抚养儿童：指经区（市）民政部门或者镇人民政府、街道办事处审核认定的由政府供养的孤儿、事实上无人抚养儿童。

（二）特殊困难人员救助对象：

1、农村低收入人口：指扶贫部门（或其他部门）认定的脱贫享受政策的贫困人口以及其他农村低收入人口。

2、支出型贫困家庭患者：指共同生活的家庭成员人均收入低于上年度当地居民人均可支配收入，扣除同期发生的医疗、教

育等刚性支出后家庭人均收入高于低保标准，但低于低保标准 2 倍且符合最低生活保障家庭财产规定的家庭成员患者。

3、特殊疾病患者：指部分医疗费用较高、治疗效果明显的疾病及地方性疾病、罕见病患者。按照省医疗保障局会同有关部门确定的范围执行。

4、区（市）以上人民政府规定的其他特殊困难人员。

第十二条 重点救助对象由相关部门确定后纳入医疗救助范围，支出型贫困家庭、特殊疾病救助对象依申请救助，农村低收入人口及其他救助对象按有关规定实施。

第三章 待遇标准

第十三条 重点救助对象的医疗救助。

(一) 参保费用资助。

对重点救助对象参加居民基本医疗保险的个人缴费部分，由政府财政或医疗救助资金给予全额补贴。

(二) 基本医疗救助。

1、门诊医疗救助：在定点医疗机构发生的符合规定的门诊慢性病门诊用药费用个人负担部分，按照 70% 的比例给予救助，每人每年累计救助金额不超过 4000 元。

2、住院医疗救助：在定点医疗机构发生的符合规定的住院医疗费用，经基本医疗保险、大病保险和其他补充医疗保险支付后

的个人自付合规费用,不设起付线,按照 70%的比例给予救助,每人每年累计救助金额不超过 10000 元。

3、重特大疾病医疗救助:在定点医疗机构一个年度内累计发生的符合规定的住院医疗费用,当年累计救助金额达到住院医疗救助封顶线的,超出封顶线对应的医疗费用部分个人负担的合规费用,按照 70%的比例给予救助。每人每年累计救助金额不超过 20000 元。

第十四条 特殊困难人员医疗救助。

(一)支出型贫困家庭患者:在定点医疗机构发生的符合规定的住院医疗费用,对经基本医疗保险、大病保险和其他补充医疗保险支付后个人自付合规费用,超过 20000 元的部分,按照 30%的比例给予救助,每人每年累计救助金额不超过 20000 元。

(二)特殊疾病患者:实行专项救助,具体救助标准按照省医疗保障局会同有关部门制定的政策执行。

农村低收入人口及其他救助对象按照有关政策规定的标准救助。

第十五条 对因各种原因未能参加基本医疗保险的救助对象,发生医疗费用数额较大造成生活困难的,由当地民政部门按照临时救助的政策给予救助。

第十六条 医疗救助对象中符合条件的人员在定点医疗机构就诊的,定点医疗机构应当按照有关规定对门诊挂号费、治疗费、医疗设备检查费、住院床位费等给予优惠减免。

定点医疗机构要规范医疗行为,加强药品使用管理,在医疗救助对象治疗过程中,保证药效前提下优先选用国家基本药物、基本医保目录药品,减少政策范围外用药、耗材和不必要的检查诊疗,确保救助对象医保目录内医药费用占比达到90%及以上,减轻救助对象医疗费用负担。

第十七条 各类慈善组织、专业社会工作机构等,可以为医疗救助对象提供相应的医疗费用补助、心理辅导、亲情陪护等服务。

第十八条 下列情况发生的医疗费用不予救助:

(一)因违法犯罪、打架斗殴、酗酒滋事、自杀、自伤自残造成的伤害;

(二)其他基本医疗保险不予支付医疗费用的情形。

第四章 资金管理

第十九条 医疗救助资金按照预算管理的相关规定,在公共财政预算和彩票公益金中安排,坚持分级负担,予以全额保障。

第二十条 财政部门应当会同医疗保障部门根据医疗救助对象人数、资金需求、工作开展情况等因素,分析资金需求和财政支付能力,统筹安排医疗救助资金。

第二十一条 医疗救助资金通过一般转移支付下达至区(市),由区(市)据实列支。医疗救助资金年终结余可以结转

下年度继续使用。资金累计结余一般应不超过当年筹集资金总额的 15%。

第二十二条 医疗救助资金由各级财政、医疗保障部门按照职责分工进行管理,财政部门负责组织预算编制,牵头预算绩效管理,下达拨付资金等。医疗保障部门负责预算编制和具体执行,对资金支出进度、使用绩效以及安全性、规范性负责。

第二十三条 财政、医疗保障部门要加强协调配合,保证救助资金及时、足额拨付。要促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调,健全绩效目标,加强绩效运行监控,提高医疗救助资金使用效率,最大限度惠及困难群众。

第二十四条 财政、医疗保障部门应当建立健全财务管理制度,严格按照资金管理以及财务管理有关规定使用资金,确保专款专用,任何单位和个人不得截留、挤占、挪用,不得任意改变资金用途和扩大使用范围,不得向救助对象收取任何管理费用。

第二十五条 医疗救助资金的拨付和使用情况,应通过网站、公告等形式按季度向社会公布,医疗救助对象和救助金额等情况应及时在村(居)委会张榜公布,接受社会监督。

第二十六条 医疗保障部门应会同卫生健康等部门检查定点医疗机构提供的医疗服务和收费情况,对医疗服务质量差、医疗行为违规的,暂缓或停止拨付其垫付的资金。

第二十七条 财政、医疗保障部门要对医疗救助资金使用情况进行监督检查,并自觉接受审计、纪委监委等部门的监督。

第五章 经办管理

第二十八条 医疗保险经办机构负责医疗救助资金的日常管理、待遇支付、信息化建设等工作。

第二十九条 医疗救助的支付范围参照基本医疗保险药品目录、诊疗目录、医疗服务设施范围标准及相应的管理办法执行。医疗救助年度与基本医疗保险统筹年度一致。

第三十条 医疗救助实行定点协议管理。医疗保险经办机构在本市基本医疗保险公立定点医疗机构中确定定点医疗救助机构，签订医疗救助服务协议，明确双方的权利和义务，并向社会公布。定点医疗救助机构应配合医疗救助管理部门做好医疗救助结算服务平台建设，开展医疗救助对象医疗费用“一站式”结算。

第三十一条 建立健全医疗救助与基本医疗保险、大病保险相衔接的医疗费用即时结算机制，为医疗救助对象提供便捷服务。

第三十二条 重点救助对象在定点医疗机构发生的合规医疗费用给予医疗救助“一站式”即时结算，市外异地就医不能直接结算的，向区（市）医疗保障部门提供相关材料，申请手工结算。

第三十三条 支出型贫困家庭和特殊疾病患者的救助按以下程序进行。

（一）支出型贫困家庭患者：申请人持有关材料向户籍所在

地镇人民政府、街道办事处提出申请。镇人民政府、街道办事处初审和入户调查，报区（市）民政部门进行家庭经济状况信息核对后，根据核对结果审核确认，符合条件的，报区（市）医疗保障部门按有关规定给予救助。不符合条件的，书面告知申请人并说明理由。

（二）特殊疾病患者：申请人持有关材料向户籍所在地镇人民政府、街道办事处提出申请。镇人民政府、街道办事处审核确认，必要时可入户调查和家庭经济状况信息核对，符合条件的，报区（市）医疗保障部门按有关规定给予救助。不符合条件的，书面告知申请人并说明理由。

镇人民政府、街道办事处应在受理之日起 12 个工作日内完成审核确认并上报，区（市）医疗保障部门审批工作应在 9 个工作日内完成。

第三十四条 农村低收入人口及其他救助对象的救助程序按有关规定办理。对于急需救助的突发性疾病，应当特事特办，及时救助。在保证对象真实、材料准确的情况下，可以适当简化相关程序。

第六章 法律责任

第三十五条 违反本办法，有下列情形之一的，由上级行政机关或者监察机关责令改正；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分：

- (一) 不受理符合条件的救助申请的;
- (二) 不批准符合条件的救助申请的;
- (三) 批准不符合条件的救助申请的;
- (四) 泄露工作中获悉的公民个人信息造成不良后果的;
- (五) 丢失、篡改接受医疗救助款物、服务记录等数据的;
- (六) 不按照规定发放医疗救助资金、物资或者提供相关服务的;
- (七) 在履行职责过程中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的。

第三十六条 违反本办法，套取、截留、挤占、挪用、私分医疗救助资金的，由有关部门责令追回；有违法所得的，没收违法所得；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第三十七条 单位为申请医疗救助的人员出具虚假材料的，由有关部门对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第三十八条 定点医疗救助机构违反医疗救助规定的，依照有关规定处理；造成医疗救助资金流失或浪费的，依法追究定点医疗救助机构相关人员的责任。

第三十九条 采取虚报、隐瞒、伪造等手段骗取医疗救助资金或者服务的，由有关部门决定停止医疗救助，责令退回违法获取的救助资金，并将有关信息计入个人征信系统。情节恶劣的，可以依照国务院《社会救助暂行办法》处违法获取的救助款额或

者物资价值 1 倍以上 3 倍以下的罚款。

第四十条 不符合条件强行索要医疗救助，威胁、侮辱、打骂医疗救助工作人员，扰乱医疗救助管理工作秩序，构成违反治安管理行为的，由公安机关依法给予治安管理处罚。

第四十一条 申请人对医疗救助管理部门作出的具体行政行为不服的，可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

第四十二条 违反本办法，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第七章 附则

第四十三条 合规医疗费用范围参照本市基本医疗保险、大病保险等有关规定确定。

第四十四条 法律法规和上级政策另有规定的按照其规定执行。

第四十五条 各区（市）可根据本办法，制定具体实施办法或实施细则。

第四十六条 本办法自 2021 年 1 月 1 日起施行。