

# 海南省人民政府办公厅文件

琼府办〔2016〕299号

## 海南省人民政府办公厅 关于印发海南省医疗救助实施办法的通知

各市、县、自治县人民政府，省政府直属各单位：

《海南省医疗救助实施办法》已经省政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。



(此件主动公开)

# 海南省医疗救助实施办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为全面落实《社会救助暂行办法》（国务院令 649 号）和《国务院办公厅转发民政部等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作意见的通知》（国办发〔2015〕30 号）精神，健全我省医疗救助制度，使困难群众的基本医疗得到切实保障，结合我省实际，制订本办法。

**第二条** 坚持从实际出发，尽力而为，量力而行，与当地经济社会发展水平相适应，保证医疗救助制度具有持续性。坚持统筹协调，政府救助同医疗保险、慈善捐助相互衔接，政策互通，统筹实施，综合提升困难群众医疗保障水平。坚持公平公正、公开透明、及时便捷。

## 第二章 救助对象

**第三条** 医疗救助对象包括本省户籍的以下人员：

（一）重点救助对象：

特困供养人员和孤儿、最低生活保障对象、农村建档立卡贫困人口。

（二）其它救助对象：

1. 低收入救助对象：低收入家庭中的一、二级重度残疾人、

未成年人（未满十八周岁）、老年人（年满六十周岁以上）及重病患者。重病患者指在基本医疗保险定点医疗机构发生的政策范围内特殊门诊和住院费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后的个人负担费用超过1万元的患者。

2. 因病致贫救助对象：发生高额医疗费用、超过家庭承受能力、基本生活出现严重困难家庭中的重病患者。

同时符合以上几个条件的人员只按其中一类人员标准救助，不得重复救助。

**第四条** 救助对象有下列情形之一的，不予救助：

- （一）违法犯罪；
- （二）医疗美容、保健性质理疗；
- （三）交通肇事；
- （四）依法依规应由责任单位或责任个人负责治疗的；
- （五）国家另有专项救助政策规定的；
- （六）医疗费用发生后跨年度3个月内未提出医疗救助申请的；
- （七）不能按照市县（区）民政部门规定，提供相关证明材料的。

### 第三章 救助方式与标准

**第五条** 医疗救助采取资助参合参保、门诊救助、住院救助

方式进行。救助标准根据资金筹集情况和困难群众医疗需求等因素确定，实行动态管理。

**第六条** 对重点救助对象和低收入家庭中的一、二级重度残疾人、未成年人、老年人，参加城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗个人缴费部分给予全额财政补助。低收入家庭中的三、四级非重度残疾人参加城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗的个人缴费部分给予50%财政补助。

**第七条** 特困供养人员、孤儿在基本医疗保险定点医疗机构发生政策范围内的日常门诊治病，经基本医疗保险报销后，合规的个人负担费用在年度最高救助限额内予以全额救助。日常门诊救助的病种目录、用药范围、诊疗项目等，按照新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险有关规定执行。年度最高救助限额2千元。

**第八条** 医疗救助对象因患慢性病特殊病种和门诊特殊疾病、在基本医疗保险定点医疗机构发生的政策范围内特殊门诊费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后，合规的个人负担费用在年度救助限额内分类分段救助。特殊门诊救助的病种目录、用药范围、诊疗项目等，按照新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险、职工基本医疗保险有关规定执行。

**第九条** 医疗救助对象在基本医疗保险定点医疗机构发生的政策范围内住院费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险及各

类补充医疗保险、商业保险报销后，合规的个人负担费用在年度救助限额内分类分段救助。住院救助的病种目录、用药范围、诊疗项目等，按照新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险、职工基本医疗保险有关规定执行。

**第十条** 特殊病种门诊救助和住院医疗救助累计计算年度救助金额。

**第十一条** 特困供养人员和孤儿，在基本医疗保险定点医疗机构发生的特殊病种门诊医疗费用和住院医疗费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险、其他补充医疗保险和商业保险支付后，合规的个人负担费用100%救助，年度最高救助限额10万元。

**第十二条** 最低生活保障对象和农村建档立卡贫困人口，在基本医疗保险定点医疗机构发生的特殊病种门诊医疗费用和住院医疗费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险、其他补充医疗保险和商业保险支付后，合规个人负担费用在1万元（含1万元）以内的按70%救助，1万元以上的按75%救助，年度最高救助限额5万元。

**第十三条** 低收入救助对象，在基本医疗保险定点医疗机构发生的特殊病种门诊医疗费用和住院医疗费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险、其他补充医疗保险和商业保险支付后，合规个人负担费用超过1万元的部分给予医疗救助，在1万元至5万元（含5万元）范围的按50%救助，5万元以上的按60%救

助，年度最高救助限额 4 万元。

**第十四条** 因病致贫救助对象，在基本医疗保险定点医疗机构发生的特殊病种门诊医疗费用和住院医疗费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险、其他补充医疗保险和商业保险支付后，合规个人负担费用超过 3 万元的部分给予医疗救助，在 3 万元至 5 万元（含 5 万元）范围的按 40% 救助，5 万元以上的按 50% 救助，年度最高救助限额 3 万元。

**第十五条** 本办法第十一条、十二条、十三条和十四条 4 类救助对象中的 14 周岁以下（含）儿童，救助比例和年度最高限额按照对应类别标准增加 10%。

**第十六条** 医疗救助对象因未参加基本医疗保险或未按规定办理逐级转诊手续、基本医疗保险不报销或降低报销比例的，合规个人负担费用，仅给予一次性按以上对应类别救助标准的 20% 救助，不超过年度最高限额。

**第十七条** 重点救助对象患重病经治疗，治愈无望、放弃治疗的，县级民政部门可酌情定期予以医疗补助。

#### 第四章 申请审批程序

**第十八条** 特困供养人员、孤儿、最低生活保障对象凭相关证件及诊断病历、医疗费用单据和必要病史证明，向户籍所在地县级民政部门提出书面申请，县级民政部门对救助申请进行审核。符合条件的，予以审批；不符合条件的，予以书面回复。

农村建档立卡贫困人口、低收入救助对象凭相关证件及诊断病历、医疗费用单据和必要病史证明，向户籍所在地乡镇政府（街道办事处）提出书面申请，符合条件的，乡镇政府（街道办事处）对救助申请提出审核意见，上报县级民政部门。不符合条件的，予以书面回复。县级民政部门对救助申请进行复核。符合条件的，予以审批；不符合条件的，予以书面回复。

### **第十九条** 因病致贫救助对象的申办程序：

（一）本人或家属向户口所在地乡镇政府（街道办事处）提出书面申请，并提供家庭基本情况、经济状况证明、社会救助家庭诚信承诺和经济状况核对授权书、诊断病历、医疗费用单据和必要病史证明等材料。

（二）乡镇政府（街道办事处）接到申请后派人（村居委会配合）入户调查、审核。符合条件的，在其户口所在地村（居）委会进行7天公示，提出审核意见，上报县级民政部门；不符合条件的，予以书面回复。

（三）县级民政部门对救助申请进行复核。符合条件的，予以审批；不符合条件的，予以书面回复。

### **第二十条** 因病致贫救助对象申请救助条件：

（一）收入。申请之日前12个月家庭总收入在扣除合规个人负担医疗费用后人均可支配收入不超过12个月城镇（农村）最低生活保障标准。

（二）家庭财产。有下列条件之一的不予救助：

1. 家庭现金、存款及有价证券总金额在按照城镇（农村）最低生活保障标准扣除未来 12 个月的生活费后，仍高于合规个人负担医疗费用的。

2. 拥有两套（含）以上住房、且人均拥有建筑面积超过当地的上年度人均住房面积，或者拥有别墅的。

3. 家庭拥有商业店铺、汽车、船舶、大型机械等实物财产的。

**第二十一条** 对救助金额已达到年度最高限额，但自负费用仍较大，致其基本生活难以保障的医疗救助对象，或者虽不符合救助对象认定条件但遭受了难以承受的医疗支出困境的家庭，经县级政府同意，可在本办法规定的救助标准和年度最高限额外给予适当救助。

**第二十二条** 救助对象门诊或住院治疗期间，退出重点救助对象、低收入救助对象身份的，当次门诊或住院按原救助对象身份办理。

**第二十三条** 患者在门诊或住院治疗期间取得重点救助对象、低收入救助对象资格的，当次门诊或住院按新取得救助对象标准办理。

## 第五章 定点医疗机构

**第二十四条** 医疗救助对象应在基本医疗保险定点医疗机构就诊，在非基本医疗保险定点医疗机构就诊发生的费用不予救



助。基本医疗保险定点医疗机构应规范医疗服务行为，并优先、合理使用国家基本药物和适宜诊疗技术，为救助对象提供基本医疗服务。

**第二十五条** 民政部门应积极与基本医疗保险定点医疗机构协商，实施“一站式”即时结算，签署医疗救助定点服务协议，明确“一站式”即时结算医疗救助定点医疗机构服务内容、方式和标准，资金支付方式、时限、数额等。“一站式”即时结算医疗救助定点医疗机构选取、变更必须及时向社会公布。

**第二十六条** 重点救助对象持本人身份证、基本医疗保险证及重点救助对象凭证，在“一站式”即时结算医疗救助定点医疗机构指定窗口办理就诊登记；诊疗结束后，直接在定点医院办理医疗救助。定点医疗机构应当减免重点救助对象住院押金，及时给予救治；医疗救助经办机构要及时确认救助对象，并向定点医疗机构提供一定额度的预付资金，方便救助对象看病就医。重点救助对象医疗救助补助金由医院垫付，医院与认定重点救助对象身份的县级民政部门定期按规定结算，结算期不超过3个月。

## 第六章 资金筹集与管理

**第二十七条** 资金筹集来源。

- (一) 中央、省级、市县财政预算补助资金；
- (二) 社会捐赠资金；
- (三) 医疗救助专户利息收入等其他收入。

**第二十八条** 中央和省级财政补助资金由省级财政部门会同民政部门，按因素法分配。分配因素包括市县财力、总人口、救助对象人数、绩效考评结果等。资金分配与各市县资金支出不挂钩。

**第二十九条** 各级财政部门每年要根据辖区医疗救助资金支出需求和上级补助资金额度，合理安排本级医疗救助资金，并纳入财政预算，以保障困难群众的基本医疗。城乡医疗救助基金纳入社会保障基金财政专户，实行分账核算，专项管理，专款专用。未纳入医疗救助资金专户管理的其他医疗救助资金不适用本办法。

## 第七章 组织与实施

**第三十条** 医疗救助实行县级以上政府负责制，民政部门为医疗救助工作的主管部门，财政、卫生计生、人力资源和社会保障、保监、扶贫、城乡居民大病保险经办机构等部门按职责分工做好相应配合协助工作。

**第三十一条** 民政部门负责建立健全规章制度；审核、发放救助资金；开发建设信息系统，完善医疗救助与基本医保、大病保险系统无缝衔接，实现一站式结算和数据共享；做好医疗救助档案建立及相关部门协调工作等。

**第三十二条** 财政部门负责医疗救助资金的筹集；会同民政部门对医疗救助资金的管理使用开展监督检查。

**第三十三条** 卫生计生部门负责做好农村困难群众参加新型农村合作医疗和新农合报销工作，加强新农合、城乡居民大病保险与医疗救助的政策衔接，加强对医疗机构的监管，规范医疗机构诊疗服务。

**第三十四条** 人力资源和社会保障部门配合民政部门做好救助对象参加城镇居民基本医疗保险和可疑医保报销凭证鉴定工作。加强居民医保、城乡居民大病保险与医疗救助的政策衔接。

**第三十五条** 保监部门负责协调商业保险公司提供医疗救助对象参加商业保险的相关数据。

**第三十六条** 扶贫部门及时将农村建档立卡贫困人口相关数据提供给民政部门。

**第三十七条** 城乡居民大病保险经办机构负责根据民政部门的需求，及时提供医疗救助对象大病保险补偿的相关数据。

## 第八章 监督与处罚

**第三十八条** 定点医疗机构和工作人员，在工作中违反相关规定，弄虚作假的，追究相关单位及经办人员的责任。涉嫌犯罪的，移送司法机关依法查处。对违反规定的定点医疗机构，经核实后，视情节予以取消医疗救助服务资格等处罚。

**第三十九条** 申请医疗救助的城乡居民，弄虚作假、虚报冒领、骗取医疗救助资金的，取消其救助资格，并追回救助资金。涉嫌犯罪的，移送司法机关依法查处。

**第四十条** 县级民政部门应定期将救助人员、费用支出等情况向社会公布。县级民政部门应设立举报电话，接受社会监督。

## 第九章 附 则

**第四十一条** 国家规定免费治疗疾病相关医疗费用，仍按原规定渠道解决，不适用本办法。

**第四十二条** 市、县政府可依据本办法，制定具体办法和实施细则。市、县政府可根据本级财力状况，在本办法的基础上，适当提高救助标准。

**第四十三条** 本办法由省民政厅负责解释。

**第四十四条** 本办法自印发之日起施行。《海南省人民政府办公厅关于印发海南省城乡医疗救助实施暂行办法的通知》（琼府办〔2010〕7号）同时废止。

---

抄送：省委各部门，省人大常委会办公厅，省政协办公厅，驻琼部队，省高级法院，省检察院，中央国家机关驻琼单位，各人民团体，各高等院校，各民主党派省委，各新闻单位。

---

海南省人民政府办公厅秘书处

2016年12月6日印发

---