

广西壮族自治区城乡医疗救助实施办法

第一章 总 则

第一条 为规范城乡医疗救助制度，保障困难群众能够充分享受到基本医疗卫生服务，根据国家政策法规规定，结合本自治区实际，制定本办法。

第二条 本办法所称城乡医疗救助，是指政府和社会对城乡贫困居民因病而无经济能力进行治疗或者因重病住院治疗导致家庭经济困难的城乡居民给予的专项帮助和服务。

第三条 开展城乡医疗救助工作，应当坚持救助水平与经济社会发展水平、财政支付能力相适应；坚持统筹协调、救急、救难、公开、便捷的原则。

第四条 县级以上人民政府民政部门主管本辖区内的城乡医疗救助工作。

城市街道办事处、乡镇人民政府负责本辖区内城乡医疗救助的有关服务工作。

居民委员会、村民委员会受城市街道办事处、乡镇人民政府委托办理申请城乡医疗救助的居民家庭经济状况核对日常工作。

第五条 县级以上人民政府财政部门应将城乡医疗救助资金纳入年度财政预算安排，并为开展城乡医疗救助管理服务提供必要的经费保障。

县级以上人民政府卫生、人力资源和社会保障等部门应依照各自职责做好城乡医疗救助服务、管理、监督工作。

城乡医疗救助工作应自觉接受各级人民政府审计、监察等部门的审计、监督。

第二章 救助对象

第六条 城乡医疗救助实行属地管理。医疗救助对象为具有当地户口的以下困难群众：

（一）城市居民最低生活保障对象、农村居民最低生活保障对象（以下统称城乡低保对象）；

（二）农村五保供养对象（以下简称五保户）；

（三）城乡低收入家庭重病患者。

第七条 下列情形的人员和医疗费用，不予医疗救助：

（一）参与卖淫、嫖娼活动而染上性病的；

（二）酗酒、斗殴、打架（含夫妻打架）造成伤害的；

（三）自杀、自伤（城乡低保对象、五保户重症精神病患者自杀自残除外）造成伤害的；

（四）未经批准而擅自到户口所在地非定点医疗机构或其他地方医疗机构治疗（急诊、急救除外）的；

（五）因就业、就读、探亲原因在就业、就读、探亲所在地的非定点医疗机构治疗（急诊、急救除外）的；

（六）经急诊、急救病情稳定后可以转诊而不及时转诊到户口所在地的定点医疗机构治疗的；

（七）定点医疗机构未出具转诊证明而擅自转诊治疗的；

（八）因交通事故、工（公）伤事故或其他事故造成伤害而城镇职工基本医疗保险或城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗（以下统称相关基本医疗保险）不予补偿（报销）的；

(九) 城乡低收入家庭重病患者未参加相关基本医疗保险的；

(十) 住院治疗后，有意转移家庭财产规避有关部门核对家庭经济状况的；

(十一) 器官、肢体移植（假肢安装）所需要的器官、肢体（假肢）等辅助器械费用；

(十二) 相关基本医疗保险不予补偿（报销）医疗费用的其他情形。

第三章 救助内容与标准

第八条 对城市低保对象的“三无人员”、五保户参加城镇居民医疗保险或新型农村合作医疗（以下简称参保参合）的个人实际缴费部分给予全额补助；对其他城市低保对象、农村低保对象和城乡低收入家庭中的重病患者、重度残疾人、60周岁以上老年人参保参合的个人实际缴费部分给予适当补助。

第九条 对患有常见病、慢性病、需要长期药物维持治疗的城乡低保对象、五保户给予门诊医疗救助。每人每年的门诊医疗救助标准不得低于当年新型农村合作医疗个人缴费标准的 10 倍，其中属于重度残疾人和年满 60 周岁以上老年人的，每人每年的门诊医疗救助标准不得低于当年新型农村合作医疗个人缴费标准的 15 倍。

门诊医疗救助具体标准和管理办法，由市、县（市）人民政府民政部门会同同级财政部门根据本市、县（市）安排城乡医疗救助资金情况制定，报同级人民政府批准后实施。

第十条 城乡低保对象、五保户因病住院治疗的，住院救助不设起付线，对其个人负担的自付医疗费用，按照一定的比例和限额给予救助。

第十一条 城乡低收入家庭重病患者住院治疗的，对其超过救助起付线的自付医疗费用部分，按照一定的比例和限额给予救助。

第十二条 住院医疗救助不限病种，将相关基本医疗保险可补偿（报销）医疗费用的所有病种全部纳入医疗救助范围。

第四章 住院救助申请程序

第十三条 城乡低保对象、五保户到当地开展即时结算医疗救助经费服务的定点医疗机构住院治疗的，经县级人民政府民政部门和定点医疗机构审核确认后，即给予住院医疗救助。

城乡低保对象、五保户到当地尚未开展即时结算服务的定点医疗机构住院治疗，或者因就业、就读、探亲原因在就业、就读、探亲所在地定点医疗机构住院治疗，或者因突发疾病在当地其他医疗机构急诊、急救住院治疗的，经相关基本医疗保险补偿（报销）后，向户口所在地的县级人民政府民政部门提出住院医疗救助申请，或者通过户口所在地的乡镇人民政府、街道办事处向县级人民政府民政部门提出住院医疗救助申请。

第十四条 城乡低收入家庭重病患者住院治疗的，向户口所在地的县级人民政府民政部门提出住院医疗救助申请，或者通过户口所在地的乡镇人民政府、街道办事处向县级人民政府民政部门提出住院医疗救助申请。

城乡低收入家庭重病患者申请住院医疗救助时，应同时提出困难家庭认定申请，并经县级人民政府民政部门认定符合条件的，才能给予住院医疗救助。

第十五条 城乡低保对象、五保户需要转诊至上一级定点医疗机构住院治疗的，应由转出的定点医疗机构出具转诊证明，并及时报户口所在地的县级人民政府民政部门核准备案。

第十六条 城乡低保对象、五保户因突发疾病在户口所在地的非定点医疗机构急诊、急救住院治疗或者在非户口所在地的医疗机构急诊、急救住院治疗的，应由接收其治疗的医疗机构出具证明；病情稳定后，应及时转诊至户口所在地的定点医疗机构住院治疗，并报户口所在地的县级人民政府民政部门核准备案。

第十七条 城乡低收入家庭重病患者需要转诊至上一级定点医疗机构住院治疗的，应由转出的定点医疗机构出具转诊证明，并及时报参保参合所在地的县级相关基本医疗保险经办机构核准备案。

第十八条 城乡低收入家庭重病患者因突发疾病在户口所在地的非定点医疗机构急诊、急救住院治疗或者在非户口所在地的医疗机构急诊、急救住院治疗的，应由接收其治疗的医疗机构出具证明；病情稳定后，应及时转诊至户口所在地的定点医疗机构住院治疗，并报参保参合所在地的县级相关基本医疗保险经办机构核准备案。

第五章 资金筹措与管理

第十九条 城乡医疗救助资金按以下办法筹措：

（一）中央财政城乡医疗救助补助资金。

（二）各级财政安排的城乡医疗救助资金。市级财政每年安排的城乡医疗救助资金不少于上年上级下达的中央和自治区补助资金总量的 20%；县级财政每年安排的城乡医疗救助资金不少于上年上级下达的中央和自治区补助资金总量的 10%。

（三）自治区每年从本级福利彩票公益金中按自治区本级财政上年安排的城乡医疗救助资金总额的一定比例安排城乡医疗救助资金。

（四）动员社会捐助。

（五）医疗救助资金形成的利息收入。

第二十条 城乡医疗救助资金分别按照救助内容和救助方式进行拨付或支付：

（一）资助城乡困难居民参保参合的个人缴费补助金支付：

符合资助条件的城乡困难居民按照相关基本医疗保险政策规定个人已缴费参保参合的，其补助金由县级人民政府民政部门提出方案送同级财政部门审核，并由同级财政部门从“城乡医疗救助基金”专账通过相关金融机构打入其银行个人账户（城乡低保对象、五保户打入其低保金或五保供养金账户，下同）；个人没有按照相关基本医疗保险政策规定缴费参保参合的，不予支付补助金。

（二）门诊医疗救助金支付：相关基本医疗保险实行门诊统筹的地区，门诊医疗救助金由县级人民政府民政部门提出方案送同级财政部门审核，由同级财政部门直接划入相关基本医疗保险财政社会保险基金专账，并由相关基本医疗保险经办机构纳入门诊医疗救助对象的门诊统筹金使用。

相关基本医疗保险未实行门诊统筹的地区，门诊医疗救助金由县级人民政府民政部门提出方案送同级财政部门审核，并由同级财政部门通过相关金融机构打入门诊医疗救助对象的银行个人账户。有条件的地区，应为门诊医疗救助对象办理门诊医疗救助卡。

（三）住院医疗救助金支付：住院医疗救助对象的住院医疗救助金可以通过定点医疗机构即时结算的，由定点医疗机构先行垫付，县级人民政府民政部门按月或按季度与定点医疗机构结算。

住院医疗救助对象的住院医疗救助金不能通过定点医疗机构即时结算的，由县级人民政府民政部门提出方案送同级财政部门审核，并由同级财政部门通过金融机构打入其银行个人账户。

（四）医疗机构送医送药上门服务的医疗费用支付：定点医疗机构按照与县级人民政府民政部门签订的协议为患有常见病、慢性病、需要长期药物维持治疗的城乡低保对象、五保户提供送医送药上门服务所发生的符合相关基本医疗保险制度规定的医疗费用，先从其门诊统筹金（含门诊医疗救助金）中支付，超出部分由县级人民政府民政部门提出方案送同级财政部门审核，并由同级财政部门将医疗救助经费核拨给定点医疗机构。

（五）住院医疗救助预付费支付：住院医疗救助预付费，由县级人民政府民政部门每半年或每季度提出一次方案送同级财政部门审核，并由同级财政部门核拨给定点医疗机构。

第二十一条 医疗救助资金按以下办法管理：

（一）县级人民政府财政部门应在社会保障基金财政专户中设立城市医疗救助基金专账和农村医疗救助基金专账，办理医疗救助资金的筹集、拨付，并加强对医疗救助资金管理和使用情况的监督检查，保障医疗救助资金的合理使用。

（二）县级人民政府财政部门应根据本地各项医疗救助需要及时拨付住院医疗救助资金和资助救助对象参保参合的个人缴费补助金以及门诊医疗救助金等医疗救助资金。

（三）县级人民政府民政部门应做好医疗救助资金使用方案和资金发放工作，并应加强对医疗救助基金的管理，在确保基金安全的前提下，做到基金收支基本平衡，略有结余。各县（市、区）每年累计结余的医疗救助资金不得超过当年筹集基金总额的 15%。结余的资金要按规定及时结转下年使用，并全部用于住院医疗救助，不得挪作他用。对于结余资金过多的市、县（市、区），自治区将根据情况减拨或停拨补助资金。

（四）县级人民政府民政部门应及时与定点医疗机构结算医疗救助预付费。对每年在定点医疗机构结余的医疗救助经费应全部转为下一年度的预付资金使用，不得挪作他用。

第六章 服务与监督

第二十二条 县级以上人民政府民政部门应建立城乡医疗救助经费即时结算服务管理系统，加强医疗救助与相关基本医疗保险在经办管理方面的衔接，实现不同医疗保障制度之间人员信息、就医信息和医疗费用信息的共享，提高管理服务效率，方便困难群众就医。

第二十三条 市、县（市）人民政府民政部门应会同同级卫生等有关部门，建立医疗救助定点医疗机构的准入和退出机制，实行动态管理。原则上，相关基本医疗保险定点医疗机构即为医疗救助定点医疗机构。

第二十四条 县级人民政府民政部门应协调相关基本医疗保险经办机构帮助城乡低保对象、五保户办理好参保参合手续，确保其享受到基本医疗保障。

第二十五条 市、县（市）人民政府民政部门应与定点医疗机构签订协议，明确医疗救助经费结算办法和双方责任、权利与义务，并严格履行。对不按规定目录用药、诊疗以及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。

第二十六条 市、县（市）人民政府民政部门应建立健全医疗救助工作的民主监督机制，按季度将住院医疗救助对象姓名、救助标准、救助金额等，通过当地媒体和村（居）务公开栏及其他形式向社会公布，接受群众和社会监督，做到政策公开、资金公开、救助对象公开。

第二十七条 市、县（市）人民政府卫生部门应加强对医疗机构的监管，规范医疗机构的医疗服务行为和基本药物目录、诊疗目录的使用，鼓励并引导医疗机构优先、合理使用国家及自治区基本药物和适宜诊疗技术，控制医疗费用的不合理增长。

第二十八条 医疗机构应建立健全医疗救助服务规章制度，在办理住院和出院手续窗口处张贴需要医疗救助对象提供有关证件和证明材料的告知书，安装医疗救助经费即时结算服务管理软件，积极开展慈善医疗活动，对住院治疗医疗费用巨大的重病患者采取优惠政策，并提供优质服务。

第二十九条 医疗机构在为医疗救助对象办理住院和出院手续时，应当查验其身份证、户口本、医保证等证件和有关证明材料。

第三十条 医疗机构向医疗救助对象提供相关基本医疗保险制度规定的基本药物目录、诊疗目录以外的药品和服务的，必须经其本人或其亲属（委托人）、服务机构管理人员签字，并注明自费药品或服务；未经其本人或其亲属（委托人）、服务机构管理人员签字的，其本人和城乡医疗救助基金可以拒付有关医疗费用。

第三十一条 医疗机构按照协议为患有常见病、慢性病、需要长期药物维持治疗的城乡低保对象、五保户提供送医送药上门服务的，应当按照医疗机构出诊有关制度规定办理相关手续，并经城乡低保对象、五保户本人或其亲属（委托人）、服务机构管理人员签字确认；未经城乡低保对象、五保户本人或其亲属（委托人）、服务机构管理人员签字确认的，其本人和城乡医疗救助基金可以拒付有关医疗费用。

第三十二条 城乡困难居民应主动缴费参加相关基本医疗保险，以增强自我医疗保障能力。

第三十三条 申请医疗救助的城乡困难居民应当如实提供相关证件和证明材料，配合调查。对弄虚作假、骗取医疗救助金的，县级人民政府民政部门应责令其如数退回医疗救助金；对不如数退回所骗取的住院医疗救助金的，县级人民

政府民政部门可以在核准其下一次住院医疗救助金时予以相应扣减；所骗取的住院医疗救助金数额巨大、且情节严重的，县级人民政府民政部门可以通过法律手段予以强制追回。

第三十四条 申请医疗救助的城乡困难居民提供的相关证明材料不真实的，视为自动放弃医疗救助申请。

第七章 附则

第三十五条 本办法所称重病，是指恶性肿瘤或再生障碍性贫血、急性脑中风、急性胰腺炎、肾功能衰竭（尿毒症）、严重心脏病、重型肝炎及并发症、重症艾滋病、晚期血吸虫病、重症精神病、重症慢性病，以及相关基本医疗保险可补偿（报销）医疗费用的其他特殊病种重症。

第三十六条 本办法所称自付医疗费用，是指救助对象因病住院治疗所发生的符合相关基本医疗保险制度规定的基本药物目录、诊疗目录、并经相关基本医疗保险补偿（报销）后的医疗费用部分。

第三十七条 本办法所称城市低保对象中的“三无人员”，是指无劳动能力、无生活来源又无法定赡养、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、扶养能力的城市低保对象。

第三十八条 住院医疗救助方案和参保参合补助方案另行制定。

第三十九条 医疗救助城乡低收入家庭认定办法由自治区民政厅会同自治区财政厅制定。

第四十条 本办法自 2012 年 4 月 1 日起施行。