

青海省城乡医疗救助基金管理办法

第一章 总则

第一条 为规范城乡医疗救助基金的管理和使用，提高使用效益，根据有关政策法规，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助等渠道筹集，按规定用于城乡贫困家庭医疗救助的专项基金。

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（以下简称社保基金财政专户），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财政专户中分设的“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的实际需要，按照财政管理体制，在年初公共预算和彩票公益金中安排的城乡医疗救助资金；

（二）社会各界自愿捐赠的资金；

（三）城乡医疗救助基金形成的利息收入；

（四）按规定可用于城乡医疗救助的其他资金。

第六条 县级以上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，按照不低于本地区上年城乡医疗救助总支出的 20%安排城乡医疗救助补助资金。省级财政对经济困难的地区给予适当补助。

第三章 基金使用

第七条 城乡医疗救助基金的救助对象包括城乡低保对象、农村五保供养对象、孤儿、重点优抚对象、生活困难重度残疾人以及其他符合医疗救助条件的经济困难群众。

第八条 城乡医疗救助基金应分别结合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗制度（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，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。

第九条 省民政厅会同省级相关部门结合实际，制定救助方案，合理设置封顶线，稳步提高我省救助水平。救助方式以住院救助为主，同时兼顾门诊救助。

第十条 发生道路交通事故或符合疾病应急救助的救助对象，医疗费用先按照《青海省道路交通事故社会救助基金使用管理实施细则》和《关于建立青海省疾病应急救助制度的实施意见》规定办理，其次按照第八条规定程序给予相应补助。

第四章 基金支出

第十一条 城乡医疗救助基金原则上实行财政直接支付。民政部门向同级财政部门提交拨款申请，财政部门审核后，将城乡医疗救助基金由社保基金财政专户直接支付到定点医疗机构或医疗救助对象。

第十二条 资助医疗救助对象参保参合的，能够实现直接代缴的，由民政部门将与基本医疗保险经办机构确认后的符合救助标准的医疗救助人数、相关资料、参保参合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，从社保基金财政专户中的“城乡医疗救助基金专账”中将个人缴费核拨至统筹地区“城镇居民基本医疗保险专账”或“新型农村合作医疗专账”中。

无法实现代缴的，由救助对象自行参保参合后，同级民政部门将符合救助标准的医疗救助人数、相关资料、参保参合资助标准、资金总量及个人银行账户提供给同级财政部门 and 医保经办机构。经民政部门确认后，财政部门从社保基金财政专户中的“城乡医疗救助基金专账”中将自行缴纳部分核拨至救助对象个人银行账户，医保经办机构将自行缴纳部分作个人缴费收入与城乡医疗救助收入之间的账务调整。

第十三条 开展“一站式”即时结算的地区，由定点医疗机构在结算时先垫付基本医疗保险报销费用和医疗救助补助的费用，参保参合救助对象只需结清个人应承担部分。定点医疗机构将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。

未开展“一站式”即时结算的地区以及需要事后救助的，由医疗救助对象个人按规定出具基本医疗保险报销的补偿审核表或结算单、定点医疗机构复式处方等能够证明合规

医疗费用的有效凭证，在 规定时间内报同级民政部门核批，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。

统筹地区民政 部门可采取通过财政直接向定点医疗机构预付一定额度资金的方式，减免救助对象住院押金，方便其看病就医。

第十四条 暂不具备财政直接支付 条件的统筹地区民政部门可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）。一个统筹地区最多开设一个支出户。全部医疗救助补助支出实行直接支付的地区，不设支 出户。

支出户主要用 于：接收财政专户拨入的基金，支付基金支出款项，包括对医疗救助对象无法实现代缴参保参合的个人缴费支出，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在年底一次性缴入社保基金财政专户， 并入城乡医疗救助基金管理。

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

支出户年末清零，年末结余划转至统筹地区社保基金财政专户“城乡医疗救助基金专账”中。

第十五条 建立定期对账制度，地方各级财政、民政部门 and 医保经办机构应按照规定认真做好城乡医疗救助基金的清理和对账工作，每年不少于四次，确保部门间享受待遇人数、基金收支、基金滚存结余等帐表的一致性。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，会同财政部门完成年度社会保障基金决算编制工作。

第五章 基金管理

第十六条 城乡医疗救助基金年终结余资金可以结转下年度继续使用。基金累计结余一般应不超过当年筹集基金总额的15%。各地应进一步完善救助方案，确保基金均衡合理使用，确保救助对象最大程度受益。

第十七条 城乡医疗救助基金必须全部用于救助对象的医疗救助，对不执行诊疗规范和操作规程用药、诊疗和

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，不得向救助对象收取任何管理费用。

第十八条 城乡医疗救助基金的筹集和使用情况，应通过网站、公告等形式按季度向社会公布，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，接受社会监督。

第十九条 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，依照有关规定暂缓或停止拨付其垫付的资金，或取消其医疗救助定点医疗机构资格。

第二十条 地方各级民政和财政等部门要定期对城乡医疗救助基金使用情况进行监督检查，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基金使用情况进行抽查。

第二十一条 发现虚报冒领、挤占挪用、贪污浪费等违纪违法行为的单位和个人，按照有关法律法规严肃处理。对故意编造虚假信息，骗取上级补助的，除责令立即纠正、

扣回、停拨上级补助资金外，还应按规定追究有关单位和人员的责任。

第六章 附 则

第二十二条 各地财政、民政部门可根据本地实际情况，制定城乡医疗救助基金管理的具体办法。

第二十三条 本办法自 2014 年 6 月 1 日起执行，有效期为 5 年。其他与本办法规定不同的，按本办法执行。

第二十四条 本办法由省财政厅、省民政厅、省人力资源和社会保障厅、省卫生和计划生育委员会负责解释。