附件3：

徽州区城乡医疗救助资金管理暂行办法

第一章 总则

 **第一条** 为进一步规范城乡医疗救助资金使用和管理，提高资金使用效益，切实减轻城乡困难家庭医疗费用负担，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资金，是指通过各级财政预算、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资金。

  **第三条** 城乡医疗救助资金按照公开、公平、公正、专款专用、收支平衡的原则进行管理和使用。

第二章 资金筹集、分配和补助范围

  **第四条** 区财政部门建立城乡医疗救助资金，资金来源主要包括：

 （一）各级财政预算安排的资金

 （二）彩票公益金安排的资金

 （三）社会各界捐赠收入

 （四）按规定可用于城乡医疗救助的其他资金

 **第五条** 区财政部门根据本区救助对象数量、救助标准、医药费用增长和上级财政补助资金情况科学测算资金需求，将城乡医疗救助资金纳入年初公共财政和彩票公益金预算，区级财政安排的城乡医疗救助资金不少上年度省以上财政补助资金总量的10%。实施过程中产生的缺口部分，由区级财政部门及时予以弥补。

  **第六条** 城乡医疗救助资金的使用范围

根据当年度城乡医疗救助实施办法的规定，对符合救助条件的低保对象、特困供养人员、贫困人口、低收入医疗救助对象及因病致贫家庭重病患者等城乡困难居民，按政策实施资助参保和住院、门诊救助。

**第七条** 区财政部门要将必要的工作经费纳入同级财政预算，确保城乡医疗救助工作顺利开展。

第三章 资金拨付与管理

 **第八条** 城乡医疗救助资金实行专款专用，资金拨付按照国库集中支付制度有关规定执行。

 资助医疗救助对象参保的资金，由医保部门审核符合条件的医疗救助人数、资助参保标准，将所需资金按非税收入征缴程序缴入国库。

 到开展“一站式”即时结算的定点医疗机构就医的，所发生的医疗费用，应由医疗救助基金支付的，由定点医疗机构或保险经办机构按协议先行垫付，救助对象只需支付自付部分。定点医疗机构或保险经办机构垫付部分由医保部门据实定期结算。对不按规定用药、诊疗和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。

救助对象在区外定点医疗机构住院就医的由患者或其家属向乡镇（社区办）申请医疗救助。乡镇（社区办）在接到申请后的5个工作日内，派人入户调查、审核；区医保部门接到齐全的申报材料后，在5个工作日内完成审批。

 **第九条** 城乡医疗救助资金应全部用于补助救助对象符合规定的参保及住院（门诊）医疗救助支出，不得从中提取管理费或列支其他任何费用。

 **第十条** 建立定期对帐制度，区财政、医保部门应按照省财政部门、医保部门统一要求，认真做好城乡医疗救助资金的清理和对帐工作， 逐级报送城乡医疗救助资金执行情况和相关说明。

 **第十一条**  城乡医疗救助资金年终结余资金可以结转下年度继续使用。确保资金均衡合理使用，确保救助对象最大程度受益。

 **第十二条** 城乡医疗救助资金必须全部用于救助对象的医疗救助，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。

 **第十三条** 城乡医疗救助资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月在定点医疗机构或村（居）委会张榜公示7天，接受社会监督。

 **第十四条** 医保部门应对定点医疗机构提供的医疗服务和收费情况开展监督检查工作，发现问题要责令其限期整改。

 **第十五条** 区医保和财政等部门要定期对城乡医疗救助资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，接受上级医保部门、上级财政部门对本区医疗救助工作开展情况和基金使用情况进行抽查。

 **第十六条** 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，骗取上级补助资金的，除责令立即纠正、扣回、停止上级补助资金外，还应按规定追究有关单位和人员的责任。

第四章 附则

**第十七条** 本办法由区医保局和区财政局负责解释和修订，自印发之日起实施。