

鄂州市卫生健康委员会 鄂州市财政局 鄂州市民政局

鄂州卫发〔2023〕3号

关于印发《鄂州市医养结合服务补贴 实施细则》的通知

各区卫健局、财政局、民政局，葛店经开区城乡融合发展局、财金局，临空经济区社会事务局、财金局：

经市人民政府同意，现将《鄂州市医养结合服务补贴实施细则》印发你们，请结合实际，认真组织实施。



2023年1月28日

鄂州市医养结合服务补贴实施细则

为了贯彻落实《鄂州市人民政府关于推进养老服务发展的实施意见》（鄂州政发〔2021〕10号）精神，全面促进我市医养结合服务高质量发展，现制定鄂州市医养结合服务补贴实施细则如下：

一、补助对象、条件及标准

（一）养老机构内设医疗机构建设补贴

1. 补贴对象

鄂州市辖区内养老机构（含医养结合机构）内部设置、经合法审批或备案登记、正常运营1年以上、非政府投资及公建（办）民营的医疗机构。

2. 补贴条件

- （1）截止本年度12月31日正常运营1年以上的；
- （2）养老机构依法取得《企业法人营业执照》或《民办非企业单位登记证书》，并取得所在区民政部门出具的养老机构回执或《养老机构设立许可证》且仍在有效期的；
- （3）医疗机构经卫健部门依法审批或备案登记的；
- （4）养老及医疗机构运营以来无安全责任事故，无非法集资、欺诈老年人等违法违规行为，机构法人未纳入失信被执行人的。

3. 补贴标准

养老机构（含医养结合机构）内部设置诊所、医务室或护理

站的给予5万元一次性建设补贴；设置综合门诊部的给予10万元一次性建设补贴；设置一级综合医疗机构以及老年病医院、护理医院、康复医院的给予30万元一次性建设补贴；设置二级及以上综合医疗机构以及老年病医院、护理医院、康复医院的给予50万元一次性建设补贴。

（二）医疗机构运营补贴

1. 补贴对象

鄂州市辖区内养老机构（含医养结合机构）内部设置、经合法审批或备案登记、正常运营1年以上的医疗机构。

2. 补贴条件

- （1）截止本年度12月31日正常运营1年以上的；
- （2）养老机构依法取得《企业法人营业执照》或《民办非企业单位登记证书》，并取得所在区民政部门出具的养老机构回执或《养老机构设立许可证》且仍在有效期的；
- （3）医疗机构经卫健部门依法审批或备案登记的；
- （4）养老及医疗机构运营以来无安全责任事故，无非法集资、欺诈老年人等违法违规行为，机构法人未纳入失信被执行人的。

3. 补贴标准

以实际入住养老机构的老年人数，对诊所、医务室或护理站按照500元/人/年的标准给予运营补贴；对综合门诊按照700元/人/年的标准给予运营补贴；对一级综合医疗机构以及老年病医院、护理医院、康复医院的按照1000元/人/年的标准给予运营补

贴；对二级及以上综合医疗机构以及老年病医院、护理医院、康复医院的按照 1500 元/人/年的标准给予运营补贴。

运营补贴以老年人自上年度 11 月 1 至本年度 10 月 31 日在养老机构实际入住的月数据实结算，超过 15 天（含）的可享受当月补贴。老年人入住和离院时间以区级民政部门审核确认为准。

（三）医疗机构与养老机构签约服务补贴

1. 补贴对象

鄂州市辖区内按照相关规定与养老机构签定合作协议、开展医疗健康服务的一级及以上医疗机构。

2. 补贴条件

（1）医疗机构与养老机构按照《关于全面推进医疗机构与养老机构签约服务工作的通知》（鄂卫办发〔2020〕35 号）规定，签定了医疗健康服务合作协议，并报备所在区卫健和民政部门；

（2）截止本年度 12 月 31 日开展签约服务 6 个月以上的医疗机构；

（3）签约医疗机构必须具备合法资质，其医护人员也必须具备合法行医资质。

（4）医疗机构在开展签约服务活动中，切实落实了协议内容，充分履行了服务责任，无安全责任事故，无欺诈老年人等违法违规行为。

3. 补贴标准

以实际入住养老机构的老年人数，对签约医疗机构按照

1000元/人/年的标准给予服务补贴。

运营补贴以老年人自上年度11月1至本年度10月31日在养老机构实际入住的月数据实结算，超过15天（含）的可享受当月补贴。老年人入住和离院时间以区级民政部门审核确认为准。

二、申请审批程序

（一）自愿申报。凡符合补贴条件的医疗机构自愿进行申报，并将《鄂州市养老机构内设医疗机构建设补贴审批表》（附件1）、《鄂州市养老机构内设医疗机构运营补贴审批表》（附件2）、《鄂州市医疗机构与养老机构签约服务补贴审批表》（附件3）等申报材料于11月5日前上报所在区卫健部门。申报单位逾期不申报或申报材料不全的不予受理。

（二）审核审批。各区卫健部门联合民政部门组成专班进行申报资料审核、现场核实和审批，并于11月20日前将补贴审批表和补贴统计汇总表报市卫健委，市卫健委将会同市民政局、市财政局开展抽查评估，确定补助对象和金额。

（三）资金发放。补贴资金由市区两级按照5：5的比例承担，市卫健委会同市财政局于本年度12月15日前将补贴资金拨付到区级财政，由区级卫健部门及时做好发放工作。

三、工作要求

（一）加强组织领导。建立医养结合服务补贴制度是实施积极应对人口老龄化国家战略、高质量推进医养结合工作的重要举措，各区要高度重视，加强领导，周密部署，认真组织，及时将

补贴经费纳入年度财政预算，采取积极措施，切实将此项工作抓实抓好。

（二）加强发放管理。各地卫健、财政和民政部门要切实加强合作，履行职责，严格按照补贴发放的规定和程序，认真把好申报审核、实地审查、资金审批、发放管理等重要关口，确保补贴专款专用，确保补贴发放管理工作科学、规范、高效运行。

（三）加强纪律建设。在补贴申报和发放工作中，各地要严格遵守政治纪律、工作纪律和廉政纪律，市卫健、财政和民政部门每年联合组织进行专项检查，凡发现弄虚作假、恶意骗补的，一经查实将按照有关规定追究相关责任人的责任，并取消该机构2年内申请相关补贴的资格。

本实施细则从2023年1月开始实施。

- 附件：1. 《鄂州市养老机构内设医疗机构建设补贴审批表》（附件1）
2. 《鄂州市养老机构内设医疗机构运营补贴审批表》（附件2）
3. 《鄂州市医疗机构与养老机构签约服务补贴审批表》（附件3）
4. 《医养结合服务补贴发放明细表》（附件4）
5. 《鄂州市医养结合服务补贴发放管理统计表》（附件5）

附件 1：

鄂州市养老机构内设医疗机构建设补贴审批表

填报单位(盖章): 填报日期: 年 月 日

养老机构名称			
养老机构地址		内设医疗机构类型	卫生室、护理站 <input type="checkbox"/> 综合门诊部 <input type="checkbox"/> 一级医院 <input type="checkbox"/> 二级及以上医院 <input type="checkbox"/>
产权单位		法定代表人	
经营单位		法定代表人	
登记类型	<input type="checkbox"/> 企业法人 <input type="checkbox"/> 民办企业	登记时间	
统一社会信用代码			
银行名称及账号			
养老机构设立许可证编号		养老机构备案回执编号	
内设医疗机构许可证编号		医疗机构备案回执编号	
建设补贴金额			
补贴类型	补贴标准(元)		补贴金额(元)
设置诊所、医务室或护理站	5 万元		
设置综合门诊部	10 万元		
设置一级综合医疗机构	30 万元		
二级及以上医疗机构	50 万元		
核定补贴总额(元)			

承 诺 书

本机构承诺以上所填数据及所附资料真实有效,如有不实或违反有关规定,愿承担相关法律责任。

法定代表人(主要负责人签字):

单位盖章:

年 月 日

区民政局
审核意见

年 月 日

区卫健局
审批意见

年 月 日

报附资料
清单

- 1、《企业法人营业执照》或《民办非企业单位登记证书》复印件;
- 2、《养老机构设立许可证》或《养老机构备案登记回执》复印件;
- 3、养老机构内设医疗机构的《医疗机构执业许可证》或《医疗机构备案登记回执》复印件。

附件 2:

鄂州市养老机构内设医疗机构运营补贴审批表

填报单位(盖章):

填报日期: 年 月 日

养老机构名称			
养老机构地址		法定代表人	
登记类型	<input type="checkbox"/> 企业法人 <input type="checkbox"/> 民办企业	登记时间	
运营方式	<input type="checkbox"/> 非政府投资 <input type="checkbox"/> 公办(建)民营		
统一社会信用代码			
银行名称及账号			
养老机构设立许可证编号		养老机构备案回执编号	
内设医疗机构许可证编号		医疗机构备案回执编号	
机构床位数		入住老年人数	
运营补贴金额			
补贴类型	补贴标准	补贴金额(元)	
诊所、医务室或护理站	500 元/人/年		
综合门诊部	700 元/人/年		
一级综合医疗机构	1000 元/人/年		
二级及以上医疗机构	1500 元/人/年		
核定补贴总额(元)			

承 诺 书

本机构承诺以上所填数据及所附资料真实有效,如有不实或违反有关规定,愿承担相关法律责任。

法定代表人(主要负责人签字):

单位盖章:

年 月 日

区民政局 审核意见	年 月 日
区卫健局 审批意见	年 月 日
报附资料 清单	1、《企业法人营业执照》或《民办非企业单位登记证书》复印件; 2、《养老机构设立许可证》或《养老机构备案登记回执》复印件; 3、养老机构内设医疗机构的《医疗机构执业许可证》或《医疗机构备案登记回执》复印件; 4、老年人实际入住情况的佐证资料。

附件3：

鄂州市医疗机构与养老机构签约服务补贴审批表

填报单位(盖章): 填报日期: 年 月 日

医疗机构名称		负责人	
医疗机构 许可证编号			
银行名称及账号			
签约养老机构名称		负责人	
统一社会信用代码		养老床位数	
医养签约服务时间	年 月 日至 年 月 日		
服务补贴金额			
入住老年人数		补贴标准	1000元/人/年
申报补贴金额 (元)		核定补贴金额 (元)	
<div>承 诺 书</div> <p>本机构承诺以上所填数据及所附资料真实有效,如有不实或违反有关规定,愿承担相关法律责任。</p> <p>法定代表人(主要负责人签字):</p> <p>单位盖章:</p> <p>年 月 日</p>			

附件 4:

2023 年医养结合服务补贴发放明细表

填报单位(盖章):

补贴机构名称	发放 总额 (元)	资金来源		内设医疗机构 建设补贴		内设医疗机构运营补贴			医疗与养老机构 签约服务补贴		备注
		市级财 政承担 资金 (元)	区级财 政承担 资金 (元)	医疗机 构级别	发放金 额(元)	医疗机 构级别	入住养 老人数	发放金 额(元)	入住养 老人数	发放金 额(元)	
合 计											
说 明	补贴资金按照市级财政 50%、区级财政 50%的比例承担。										

填报人(签字):

审核人(签字):

填报时间: 月 日

