

鄂州市卫生健康委员会 鄂州市财政局 鄂州市民政局

文件

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日至本年度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。

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日至本年度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) | |
| <h3>承 诺 书</h3> | | | |
| 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 | | | |

| | |
|----------------------|--|
| <p>签约养老机构意见</p> | <p>签约医疗机构履行医养服务协议情况：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> |
| <p>区民政局 审核意见</p> | <p style="text-align: right;">年 月 日</p> |
| <p>区卫健局 审批意见</p> | <p style="text-align: right;">年 月 日</p> |
| <p>报附资料 清单</p> | <p>1、《医疗机构执业许可证》或《医疗机构备案登记回执》复印件； 2、老年人实际入住的佐证资料； 3、医养签约协议复印件。</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 | 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 | 入住养老老人数 | 发放金额(元) | 入住养老老人数 | 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

附件 5:

鄂州市 2023 年医养结合服务补贴发放管理统计表

统计单位(盖章):

统计人:

统计时间: 月 日

| 单位 | 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(元) | | 备注 |
|-------|-------------------------------|---------------------|---------------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------------|-------------|----|
| | | 市级财政 承担资金 (元) | 区级财政 承担资金 (元) | 机构 数 | 发放金额 (元) | 机构 数 | 发放金额 (元) | 机构数 | 发放金额 (元) | |
| 鄂城区 | | | | | | | | | | |
| 华容区 | | | | | | | | | | |
| 梁子湖区 | | | | | | | | | | |
| 葛店经开区 | | | | | | | | | | |
| 临空经济区 | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | |

