

梅州市医疗保障局  
梅州市民政局  
梅州市财政局  
梅州市卫生健康局  
梅州市乡村振兴局  
梅州市政务服务数据管理局  
文件

梅市医保规〔2023〕2号

---

## 关于印发《梅州市医疗救助实施细则》的通知

各县（市、区）人民政府，市直各有关单位：

经市人民政府同意，现将《梅州市医疗救助实施细则》印发给你们，请认真贯彻执行。

(此页无正文)



梅州市医疗保障局



梅州市民政局



梅州市财政局



梅州市卫生健康局



梅州市乡村振兴局



梅州市政务服务数据管理局

2023年12月25日

# 梅州市医疗救助实施细则

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步完善我市医疗救助制度，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《社会救助暂行办法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《社会保险经办条例》《广东省医疗保障局 广东省财政厅关于建立广东省医疗保障待遇清单制度的实施方案》（粤医保规〔2022〕3号）、《广东省医疗保障局 广东省民政厅 广东省财政厅 广东省卫生健康委员会 广东省乡村振兴局 广东省政务服务数据管理局关于印发〈广东省医疗救助办法〉的通知》（粤医保规〔2023〕4号）等法律法规和文件精神，结合我市实际，制定本细则。

**第二条** 本细则所称医疗救助，是指对符合条件的医疗救助对象参加基本医疗保险给予资助，对医疗救助对象经基本医保、大病保险等支付后，个人负担的合规医疗费用予以支付，帮助其获得基本医疗服务。

**第三条** 医疗救助工作遵循以下原则：

（一）托住底线。根据经济社会发展水平、医疗救助对象医疗费用、家庭困难程度和负担能力等因素，科学合理制定救助方案，确保医疗救助对象获得必需的基本医疗服务。

(二) 统筹衔接。强化政府主导，鼓励多方参与，夯实基本医保、大病保险、医疗救助综合保障，促进慈善捐赠、商业健康保险等协同发展、有效衔接，实现政府救助与社会力量的高效联动和良性互动。

(三) 公开公正。公开救助政策、工作程序、医疗救助对象以及实施情况，主动接受群众和社会监督，确保过程公开透明、结果公平公正。

(四) 高效便捷。优化救助流程，简化结算程序，加强信息化建设，增强救助时效性，使医疗救助对象及时得到有效救助。

**第四条** 市医疗保障部门负责牵头组织实施全市医疗救助工作，指导各县（市、区）落实相关医疗救助政策。各县（市、区）医疗保障部门负责具体实施本辖区的医疗救助工作。医保经办机构负责按规定做好医疗救助经办工作。

民政部门负责做好特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障对象（以下简称低保对象）、最低生活保障边缘家庭成员（以下简称低保边缘家庭成员）、支出型困难家庭成员等对象的认定和信息共享工作，支持慈善救助发展。

财政部门负责医疗救助资金的筹集和拨付，并加强对资金管理和使用情况的监督检查。

乡村振兴部门负责做好纳入监测范围的农村易返贫致贫人口的认定及信息共享工作。

卫生健康部门负责强化对医疗机构的行业管理，规范诊疗路径，促进分级诊疗。

政务服务数据管理部门负责建立统一的数据共享申请机制、审批机制和反馈机制，依托省数据资源“一网共享”平台，为各数据来源部门的数据汇聚、用数部门的数据申请提供必要的技术支持。

其他部门根据职责做好医疗救助相关工作。

## 第二章 医疗救助对象

**第五条** 医疗救助对象包括以下人员：

（一）收入型医疗救助对象。具体包括特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、低保对象、低保边缘家庭成员。

（二）支出型医疗救助对象。即《广东省最低生活保障边缘家庭和支出型困难家庭救助办法》规定的支出型困难家庭中符合以下条件之一的重病患者：

1.支出型困难家庭资格认定之日前12个月在定点医药机构发生的普通门诊、门诊特定病种、住院医疗费用，经基本医保、大病保险等支付后，个人负担的合规医疗费用达到资格认定当年救助起付标准的家庭成员。

2.支出型困难家庭资格存续期间在定点医药机构发生的普通门诊、门诊特定病种、住院医疗费用，经基本医保、大病保险等支付后，个人负担的合规医疗费用达到年度救助起付标准

的家庭成员。

(三) 纳入监测范围的农村易返贫致贫人口。

(四) 法律、法规、规章规定的其他困难人员。

### 第三章 救助方式与标准

**第六条** 医疗救助包括资助参保、普通门诊、门诊特定病种、住院医疗救助和倾斜救助。

**第七条** 收入型医疗救助对象和纳入监测范围的农村易返贫致贫人口参加梅州市城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）的，其个人缴费部分给予全额资助。参加非梅州市居民医保的，不给予资助。

收入型医疗救助对象和支出型医疗救助对象在资格认定后均可中途参加居民医保。新增的收入型医疗救助对象在有关部门认定其医疗救助对象资格前已经参加当年度基本医疗保险的，不再资助参加当年度居民医保，按规定资助参加下一年度的居民医保。

**第八条** 收入型医疗救助对象未参加基本医疗保险的，自有关部门认定其医疗救助资格之日起至完成参保登记期间就医所发生的合规医疗费用，分别按照基本医保、大病保险和医疗救助相关规定支付。支出型医疗救助对象未参加基本医疗保险的，就医所发生的合规医疗费用，参照已参加本市居民医保核

减基本医保和大病保险等报销金额后，由医疗救助基金按规定支付。

**第九条** 医疗救助对象在定点医药机构发生的符合基本医疗保险规定的普通门诊、门诊特定病种、住院医疗费用，经基本医保、大病保险等支付后，个人负担的合规医疗费用由医疗救助基金按规定支付。由医疗救助基金支付的药品、医用耗材、诊疗项目参照国家和省有关基本医保支付范围的相关规定执行。

**第十条** 医疗救助享受待遇年度与基本医保年度保持一致。

**第十一条** 收入型医疗救助对象按以下标准予以救助：

（一）特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童按 100%的比例予以救助，不设年度救助起付标准，不设年度最高救助限额。

（二）低保对象、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口不设年度救助起付标准，普通门诊按 80%的比例予以救助；门诊特定病种、住院按 85%比例予以救助。门诊和住院共用年度救助限额 100000 元。

（三）低保边缘家庭成员普通门诊、门诊特定病种不设年度起付标准，按 80%的比例予以救助；住院起付标准 2000 元，按 85%比例予以救助。门诊和住院共用年度救助限额 100000 元。

**第十二条** 支出型医疗救助对象年度救助起付标准 7000 元（含门诊和住院），按 80%的比例予以救助，门诊和住院共用年度最高救助限额 80000 元。

**第十三条** 对规范转诊且在省域内就医的医疗救助对象在

定点医药机构发生的普通门诊、门诊特定病种、住院医疗费用，经基本医保、大病保险、医疗救助综合保障后，个人负担医疗费用仍然较重的，按下列标准予以倾斜救助：

（一）特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童按 80%的比例予以救助，不设年度救助标准，年度最高救助限额 40000 元。

（二）低保对象、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口、低保边缘家庭救助对象年度救助起付标准 3000 元，救助比例为：3000 至 10000 元的部分，按 50%予以救助；10000 至 30000 元的部分，按 60%予以救助；30000 元以上部分，按 70%予以救助。年度最高救助限额 30000 元。

（三）支出型医疗救助对象年度救助起付标准 10000 元，救助比例为：10000 至 30000 元的部分，按 50%予以救助；30000 元以上部分，按 60%予以救助，年度最高救助限额 20000 元。

**第十四条** 法律、法规、规章规定的其他困难人员，按规定给予相应医疗救助。对 0 至 14 周岁（含 14 周岁）患白血病和先天性心脏病两类重大疾病的参保儿童，按原有救助方式与标准执行。

**第十五条** 下列情形产生的费用不纳入医疗救助基金支付范围：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；



- (四) 在境外就医的;
- (五) 体育健身、养生保健消费、健康体检;
- (六) 法律、法规、规章规定的其他情形。

## **第四章 资金筹集和管理**

**第十六条** 医疗救助资金来源主要包括:

(一) 各级财政部门在公共预算(含用于社会福利的彩票公益金本级留成部分按20%比例调入公共预算部分)中安排的医疗救助资金;

(二) 上级财政补助资金;

(三) 社会各界捐赠用于医疗救助的资金;

(四) 医疗救助基金形成的利息收入;

(五) 按规定可用于医疗救助的其他资金。

**第十七条** 财政部门应当会同医疗保障部门根据医疗救助对象需求、工作开展情况等因素,按照财政管理体制,科学合理地安排医疗救助补助资金。

**第十八条** 医疗保障部门应当按照财政预算编制要求,根据医疗救助对象数量、患病率、救助标准、医药费用增长情况,以及基本医保、大病保险支付水平等,测算下年度医疗救助资金需求,及时报同级财政部门,经同级财政部门审核后,列入年度预算草案报本级人民代表大会批准。医疗保障、财政部门

应当严格执行医疗救助基金管理制度，加强基金使用管理，提高医疗救助基金的使用效率。

**第十九条** 鼓励单位和个人等社会力量通过捐赠、设立帮扶项目、创办服务机构、提供志愿服务等方式，参与医疗救助。

## 第五章 服务管理

**第二十条** 医疗救助对象在定点医药机构就医，实行基本医保、大病保险、医疗救助“一站式”结算服务；因非主观原因未能享受“一站式”结算服务的，可由个人先行支付，再通过手工报销方式办结。支持“一站式”结算与倾斜救助等有效衔接，拓展“一站式”结算服务效能。

**第二十一条** 收入型医疗救助对象在定点医疗机构住院的，定点医疗机构应当核实其医疗救助对象的资格，实行“先诊疗后付费”，不得以任何理由拒收紧急危重困难病人入院就医。

**第二十二条** 医疗救助对象应当按基本医疗保险有关规定就医，主动向定点医药机构或有关部门提供符合医疗救助条件的证件及有关材料。

**第二十三条** 做好异地安置和异地转诊等医疗救助对象的登记备案、就医结算，按规定转诊的医疗救助对象，按本细则的救助标准予以救助。未按规定转诊的医疗救助对象，救助比例下调 50%。

**第二十四条** 各有关部门按照“谁主管、谁采集，谁提供、谁负责”的原则，及时维护、更新和共享本部门负责的医疗救助对象信息，保证数据的完整性、准确性、时效性和可用性。

**第二十五条** 各有关部门应实现医疗救助对象资格和救助结果等信息共享，健全救助信息双向反馈机制，做好医疗救助信息的综合分析和运用，实现医疗救助信息共享。对通过信息共享交换可以获取的有关材料，原则上不再要求申请人提供。

## 第六章 法律责任

**第二十六条** 医疗救助基金专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。

**第二十七条** 对造成医疗救助基金损失或以欺诈、伪造证明材料等手段骗取医疗救助金的个人，以及在医疗救助工作中有违法违规行为的有关行政部门、医疗保障经办机构及定点医药机构，按照《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律、法规、规章的规定处理。

**第二十八条** 因医疗救助对象认定、医保信息系统医疗救助待遇设置、经办机构数据核定等原因，造成超额救助的，医疗救助对象应当将超额部分予以退回，拒不退还的，可暂停其医疗救助待遇。

## 第七章 附 则

**第二十九条** 医疗救助经办管理服务规程另行制定。

**第三十条** 本细则由市医保局会同市民政局、市财政局、市卫生健康局、市乡村振兴局和市政务服务数据管理局解释。

**第三十一条** 本细则自 2024 年 1 月 1 日起施行，有效期五年。此前我市医疗救助相关规定与本细则不一致的，以本细则为准。国家和省对医疗救助另有规定的，从其规定。

《关于印发〈梅州市困难群众医疗救助实施细则〉的通知》（梅市医保规〔2020〕6号）有效期届满后至本细则实施前，继续执行原医疗救助相关规定。

公开方式：主动公开

---

抄送：广东省医疗保障局，市委办公室，市人大常委会办公室，市政府办公室，市政协办公室。

---

梅州市医疗保障局办公室

2023年12月28日印发