河源市医疗保障局 河源市民政局 河源市财政局 河源市卫生健康局 河源市政务服务数据管理局 河源市乡村振兴局关于印发《河源市医疗救助实施细则》的通知

各县（区）人民政府（管委会），市府直属各单位：

《河源市医疗救助实施细则》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。

河源市医疗保障局　　河源市民政局

河源市财政局　　河源市卫生健康局

河源市政务服务数据管理局　　河源市乡村振兴局

2024 年 1 月 8 日

河源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《广东省社会救助条例》《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》《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》等有关规定，结合我市实际，制定本实施细则。

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按规定予以支付，帮助其获得基本医疗服务。

第三条　医疗救助现阶段实行市级统筹，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、职工大额医疗费用补助、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

救助与社会力量参与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 市医疗保障部门牵头制定实施细则，做好全市的医疗救助工作；县（区）级医疗保障部门负责本辖区医疗救助具体实施工作。市、县（区）医保经办机构按照职能负责医疗救助具体经办工作。

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、最低生活保障边缘家庭成员、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。民政部门负责每月10日前，向政务服务数据管理部门推送上一个月以上人员认定数据。

财政部门按规定做好资金支持。

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，统筹协调各业务主管部门提出的数据需求申请，并组织完成相关数据的依法依规共享。

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。乡村振兴部门负责每月10日前，向政务服务数据管理部门推送上一个月监测对象认定数据。

各乡镇人民政府、街道办事处负责本辖区（除最低生活保障家庭成员、特困供养人员、孤儿外）医疗救助申请的受理、审核、上报等工作，及时发现帮助有申请困难的医疗救助对象办理医疗救助业务。

其他部门根据职责做好医疗救助工作。

第五条 市各级人民政府应按照国家有关规定制定相关政策，鼓励、支持社会力量参与医疗救助。

第二章 医疗救助对象

第六条 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、最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员。

（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。

第七条 我市医疗救助对象范围，根据国家和省有关文件要求适时调整和规范。以往县级人民政府规定的其他特殊困难人员符合本实施细则第六条医疗救助对象类别条件的，可给予相应救助。

第三章 救助方式与标准

第八条 特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障对象（含最低生活保障边缘家庭中单独纳入最低生活保障的成员，下同）、纳入监测范围农村易返贫致贫人口、最低生活保障边缘家庭成员（不含单独纳入最低生活保障的成员，下同）参加资格认定地城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）的，其个人缴费部分由医疗救助资金给予全额资助。

参加非资格认定地居民医保的，原则上不给予资助。

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自行参加当年度基本医保的，按规定资助其参加下一年度的居民医保。

收入型医疗救助对象在居民医保集中征缴期（9-12月份，不含延缴期）已自行参加资格认定地下一年度居民医保的，在待遇享受期前可办理居民医保退费，并按规定办理资助其参加居民医保。

第九条 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。

第十条 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关于基本医保支付范围相关规定执行。

第十一条 特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童按100%的比例予以救助，最低生活保障对象、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口按80%的比例予以救助，最低生活保障边缘家庭成员、支出型医疗救助对象按70%的比例予以救助。

特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障对象、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。最低生活保障边缘家庭成员年度救助起付标准按我市上上年度居民年人均可支配收入的10%确定。支出型医疗救助对象年度救助起付标准按我市上上年度居民年人均可支配收入的25%确定。

2024年，最低生活保障边缘家庭成员、支出型医疗救助对象年度救助起付标准，按照我市2022年度居民年人均可支配收入分别确定为2582.5元、6456.25元。今后医疗救助年度起付标准按全市统计数据由市医疗保障局公布。

支出型医疗救助对象资格认定之日前12个月，其医疗救助起付标准以申请当年的标准计算。

异地参保的收入型医疗救助对象发生的医疗费用，由资格认定地按照其对应类别的比例给予救助。

特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童不设年度救助限额，其他医疗救助对象年度救助限额为10万元（含倾斜救助）。支出型医疗救助对象跨年度救助限额为10万元（含倾斜救助）。

收入型医疗救助年度的起止时间与救助对象参加医疗保险年度保持一致。

第十二条 市医疗保障局根据经济社会发展水平、医疗救助基金支撑能力，合理设定年度救助起付标准、救助比例和年度救助限额，避免泛福利化倾向。纳入监测范围的农村易返贫致贫人口救助水平，按照巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村

振兴战略有关政策规定执行。

第十三条 对规范转诊且在省域内就医（含普通门诊、门诊特定病种、住院医疗费用）的医疗救助对象，经基本医保、大病保险、职工大额医疗费用补助、医疗救助综合保障后政策范围内个人负担仍然较重的（可累计多次就医支出，下同），给予倾斜救助。

1.特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童不设年度救助起付标准，救助比例为100%；

2.最低生活保障对象、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口，倾斜救助起付标准累计 3000 元，累计起付标准（含 3000 元）以上至 1 万元以下的医疗费用，救助比例为 50%；1 万元（含 1 万元）以上至 3 万元以下的医疗费用，救助比例为 60%；3 万元（含 3 万）以上的医疗费用，救助比例为 70%。

3.最低生活保障边缘家庭成员，倾斜救助起付标准累计5000元，累计起付标准（含 5000 元）以上至 1 万元以下的医疗费用，救助比例为 50%；1 万元（含 1 万元）以上至 2 万元以下的医疗费用，救助比例为 55%；2 万元（含 2 万）以上的医疗费用，救助比例为 60%。

4.支出型救助对象，倾斜救助起付标准累计 10000 元，累计起付标准（含 10000 元）以上至 2 万元以下的医疗费用，救助比例为 50%；2 万元（含 2 万元）以上至 3 万元以下的医疗费用，救助比例为 55%；3 万元（含 3 万元）以上的医疗费用，救助比

例为60%。

第十四条 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。

第十五条 根据国家、省统一安排，结合我市经济社会发展水平和各方承受能力，探索建立罕见病用药保障机制，合理确定保障水平。

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）各县（区）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，市级财政部门视情况安排补助资金；

（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 建立医疗救助基金专账，各级财政预算安排的医疗救助资金及其它来源用于医疗救助的资金，按规定纳入市级医疗救助财政专户统一管理。

第十八条 各级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，科学合理安排医疗救助补助资金。各县（区）政府（管委会）应当落实主体责任，加强本县（区）医疗救助管理，严格落实医疗救助管理规定，规范审批救助对象，县（区）核算医疗救助基金出现收支缺口的，缺口资金由所在县（区）负担。

第十九条 各级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，测算下一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。各级医疗保障、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。

医疗保障经办机构应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，做好定点医药服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等工作，并于每年3月份前向社会公开上一年度医疗救助基金的收入、支出、结余等情况，接受社会监督。

第二十条 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

第二十一条 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，再通过零星报销方式办结。推进“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。

第二十二条 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。

医疗保障经办机构负责完善定点医药机构服务协议，将医疗救助服务内容纳入定点协议管理，引导定点医药机构为医疗救助对象合理使用基本医保支付范围的药品、医用耗材和诊疗项目，严禁不合理费用支出。

第二十三条 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。

第二十四条 做好异地安置和异地转诊医疗救助对象的登记备案、就医结算，对按规定转诊的医疗救助对象按照其资格认

定地救助标准执行。未按规定转诊的医疗救助对象所发生的医疗费用原则上不纳入医疗救助范围。

第二十五条 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。

第二十六条 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

第二十七条 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。

第二十八条 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。

第二十九条 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，并由造成超额救助的责任部门负责追缴超额救助的资金，确实无法追缴的超额救助资金，由造成超额救助的责任部门所在县（区）负责归垫。

第七章　附　则

第三十条　医疗救助经办管理服务规程另行制定。

第三十一条　本细则由市医疗保障局会同市民政局、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。

第三十二条　本细则自2024年1月1日起施行，2028年12月31日失效。《河源市困难群众医疗救助实施办法》（河民〔2017〕109号）、《河源市困难群众二次医疗救助实施方案》（河民〔2018〕92号）、《关于统一全市医疗救助年度最高救助限额的通知（试行）》（河医保发〔2019〕49号）、《关于进一步完善困难群众医疗救助工作的通知》（河医保发〔2020〕61号）同时废止。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。