

潮州市医疗保障局

潮州市民政局

潮州市财政局

潮州市卫生健康局

潮州市乡村振兴局

潮州市政务服务数据管理局

潮州市残疾人联合会

文件

潮医保规〔2023〕1号

潮州市医疗保障局 潮州市民政局 潮州市财政局
潮州市卫生健康局 潮州市乡村振兴局
潮州市政务服务数据管理局 潮州市残疾人联合会
关于印发《潮州市医疗救助管理实施细则》
的通知

各县、区人民政府，市直各单位，市各开发区、潮州新区管委会：
《潮州市医疗救助管理实施细则》已经市人民政府同意，现

印发给你们，请认真贯彻落实。



潮州市医疗保障局



潮州市民政局



潮州市财政局



潮州市卫生健康局



潮州市乡村振兴局



潮州市政务服务数据管理局



潮州市残疾人联合会

2023年12月25日

潮州市医疗救助管理实施细则

第一章 总则

第一条 为进一步完善我市医疗救助制度，根据《社会救助暂行办法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《广东省社会救助条例》《广东省医疗救助办法》等法规和政策规定，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按规定予以支付，帮助其获得基本医疗服务。

所称个人负担的合规医疗费用，是指医疗救助对象在医保定点医药机构普通门诊、门诊特定病种、住院发生的符合基本医疗保险目录范围内的医疗费用，经基本医保、大病保险等支付（或核减基本医保、大病保险等报销金额）后，由其个人负担的费用（不包含门诊统筹超年度支付限额部分）。

第三条 医疗救助现阶段实行市级统筹，实行全市统一的救助范围、保障目录、保障待遇、基金管理、经办管理，并遵循以下原则：

（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制定医疗救助实施细则，做好全市的医疗救助工作。县（区）医疗保障部门负责本辖区医疗救助具体实施工作。市医保经办机构负责做好医疗救助资金划拨，推进医疗救助与基本医疗保险、大病保险等制度有效衔接，优化结算服务，并指导县（区）医保经办机构做好各类医疗救助对象的身份信息核定、参保登记、待遇核算、财务管理等工作。县（区）医保经办机构负责做好医疗救助对象的身份信息录入与维护、资助参保缴费、待遇核算、“一站式”结算和零星报销、医疗救助资金支出等具体经办工作。

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。

财政部门按规定做好资金支持。

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和信息共享工作。

卫生健康部门负责严重精神障碍患者的诊断和治疗，并将信息共享给属地医保经办机构，同时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，组织做好相关数据的依法依规共享。

残疾人联合会负责做好重度残疾人的认定和信息共享工作。

其他部门根据职责做好医疗救助相关工作。

第五条 医疗救助工作实行资格认定地管理，医疗救助对象的资助参保、零星救助等管理工作由资格认定的县（区）负责。

第六条 鼓励、支持社会力量按照国家、省、市有关规定参与医疗救助工作。

第二章 医疗救助对象

第七条 医疗救助对象包括我市认定的以下人员：

（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 个月在医保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医保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）具有本市户籍的严重精神障碍患者和重度残疾人。

（四）法律、法规、规章规定的其他困难人员。

第八条 市医疗保障部门根据国家、省和市有关文件要求适时调整和规范医疗救助对象范围。各级医疗保障部门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，对本市乡村振兴部门认定的纳入监测范围的农村易返贫致贫人口落实救助。国家、省有关待遇标准如有调整，按新的标准执行。

第九条 同时具备多地或多种医疗救助对象身份的，由资格认定的县（区）医保经办机构负责协调、审核，按保障待遇“就高不就低”的原则享受相应的医疗救助待遇。

第三章 救助方式与标准

第十条 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、严重精神障碍患者、重度残疾人参加潮州市城乡居民基本医疗保险（下称居民医保）的，其个人缴费部分给予全额资助。参加非潮州市居民医保的，个人缴费部分不给予资助。

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、严重精神障碍患者、重度残疾人在有关部门认定其医疗救助对象资格前已经参加当年度居民医保的，按规定资助其参加下一年度的居民医保，当年度已自行缴纳的参保费用不退还。

第十一条 收入型医疗救助对象、严重精神障碍患者和重度残疾人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，基本医保和大病保险不予支付相关费用，其就医所发生的合规医疗费用，参照已参加资格认定地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。县（区）人民政府可利用慈善资金等社会形式，对其对应基本医保和大病保险金额予以资助。

第十二条 医疗救助对象在我市参加基本医疗保险的，其在医保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我市医疗救助基金按规定支付。

医疗救助对象在异地参加基本医疗保险的，其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，经参保地基本医保、大病保险按规定支付后，个人负担的合规医疗费用由我市医疗救助基金按我市救助标准予以支付。

由医疗救助基金支付的药品、医用耗材、诊疗项目参照国家、省、市关于基本医保支付范围的相关规定执行。

第十三条 医疗救助对象享受普通门诊待遇的，待遇标准为：特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童医保基金支付比例为100%，单次支付限额为500元，年度累计支付限额为2000元，超限额部分纳入医疗救助；其他医疗救助对象医保基金支付比例为70%，单次支付限额为500元，年度累计支付限额为2000元。后续如需调整，由市医疗保障部门会同市财政部门确定。

医疗救助对象享受我市大病保险待遇的，大病保险起付标准下降80%（即统一降低至2000元），支付比例为居民医保80%、职工医保90%。

第十四条 医疗救助对象的救助标准如下：

（一）特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童按100%的比例予以救助，年度救助限额为40万元，不设年度救助起付标准。

（二）最低生活保障对象、严重精神障碍患者和重度残疾人在本市就医的按100%的比例予以救助，在市外就医的按85%的比例予以救助，年度救助限额为20万元，不设年度救助起付标

准。

（三）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）在本市就医的按 100%的比例予以救助，在市外就医的按 85%的比例予以救助，年度救助限额为 20 万元，住院年度救助起付标准为我市上上年度居民年人均可支配收入的 10%。具体由市医疗保障部门根据统计部门每年公布的数据另行通知。

（四）支出型医疗救助对象在本市就医的按 100%的比例予以救助，在市外就医的按 85%的比例予以救助，年度救助限额为 20 万元，住院年度救助起付标准为我市上上年度居民年人均可支配收入的 25%。具体由市医疗保障部门根据统计部门每年公布的数据另行通知。

第十五条 对纳入监测范围的农村易返贫致贫人口参加潮州市居民医保的，其个人缴费部分给予资助，资助标准参照收入型医疗救助对象执行。救助标准参照最低生活保障对象的标准执行。

第十六条 对参加我市居民医保的 0—14 周岁（含 14 周岁）儿童治疗急性白血病和先天性心脏病的医疗费用，由基本医保和大病保险按规定支付后，医疗救助基金按医疗总费用的 20%进行救助，基本医保、大病保险和医疗救助基金支付的总额不超过医疗总费用。

第十七条 我市医疗救助年度救助起付标准、救助比例和年度救助限额等待遇标准，由市医疗保障部门会同市财政部门根据

我市经济社会发展水平、医疗救助基金支撑能力等，按《广东省医疗救助办法》规定的范围合理设定，报市人民政府同意后按程序适时调整。

第十八条 对规范转诊且在广东省内就医的医疗救助对象，经基本医保、大病保险和医疗救助综合保障后政策范围内个人负担仍然过重影响基本生活的，对其在医保定点医药机构发生的门诊特定病种、住院医疗费用由个人负担（含个人自付和个人自费）的费用在当年度累计超过1万元以上部分，按80%的比例给予倾斜救助（即二次救助），年度倾斜救助限额为15万元。在广东省外就医的不给予倾斜救助。

第十九条 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。

第二十条 根据国家和省的统一安排，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

第二十一条 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。

第二十二条 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。

第二十三条 医疗救助基金纳入各级财政专户管理，实行分账核算、专款专用、强化管理。各县（区）按规定筹集的医疗救助资金应及时划入县（区）医疗救助基金财政专户，中央、省、市医疗救助财政补助资金，由市财政部门直接划入市级医疗救助基金财政专户。

第二十四条 医保经办机构设立医疗救助基金支出户（下称支出户），支出户的主要用途是：接受医疗救助基金拨入；暂存医疗救助费用及该账户利息收入；支付基金支出款项；向财政专户缴入该账户利息收入；上解上级经办机构基金或下拨下级经办机构基金等；支出户除接受财政专户拨入的基金、上级经办机构

拨入基金、暂存该账户利息收入、原渠道退回支付资金外，不得发生其他收入业务。

第二十五条 医疗救助对象在市外联网结算医疗机构就医的，其医疗救助费用由市医保经办机构统一负责结算并按规定在市级支出户支付后，与其参保地医保经办机构进行结算。

第二十六条 各县（区）医保经办机构于每月 18 日前根据次月本级医疗救助基金的支出等资金需求，向市医保经办机构提出预拨医疗救助基金申请。市医保经办机构负责汇总市级和各县（区）次月医疗救助基金的请款金额，经市医疗保障部门审核后向市财政部门申请划拨。市财政部门原则上在收到申请 5 个工作日内将医疗救助资金从市级医疗救助基金财政专户划拨至市级支出户。市医保经办机构应及时将医疗救助资助参保和待遇支出等款项划拨至各县（区）支出户。各县（区）医保经办机构应及时将资助参保款项从县（区）支出户上划至市居民医保基金财政专户，以及拨付定点医药机构医疗救助待遇款项等。

市财政部门根据市医保经办机构医疗救助基金划拨申请，按规定从市级医疗救助基金财政专户拨付资金。城乡医疗救助市级统筹基金当期收不抵支出现缺口的，超支部分由市医疗保障部门会同市财政部门根据各县（区）当年度医疗救助资金收支情况，核定各县（区）应上划超支金额后由各县（区）财政部门在规定时限内划入市级医疗救助基金财政专户。

第二十七条 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。

第二十八条 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

第二十九条 医疗救助对象在医保定点医药机构就医，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。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。

第三十条 收入型医疗救助对象在医保定点医疗机构住院的，医保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。

第三十一条 民政、卫生健康、残疾人联合会等部门和组织要及时向符合条件的医疗救助对象发放有关证件或证明材料。

第三十二条 医疗救助对象应当按基本医疗保险有关规定就医，主动向医保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。

第三十三条 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不纳入医疗救助范围。

第三十四条 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。

第三十五条 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

第三十六条 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。

第三十七条 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和机构，以及在医疗救助工作中有违法违规行为的有关行政部门、医保经办机构及医保定点医药机构，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。

第三十八条 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，超额救助部分由资格认定的县（区）人民政府责成相关部门追回。

第七章 附则

第三十九条 市医保经办机构根据省医疗救助经办管理服务规程和本细则，制定我市医疗救助经办管理服务流程。

第四十条 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、市政务服务数据管理局和市残疾人联合会解释。

第四十一条 本细则自 2024 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2028 年 12 月 31 日。《关于进一步完善医疗救助制度全面开展二次救助工作的实施方案》（潮医保规〔2019〕2 号）同步废止。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。实施过程国家、省有新规定的，从其规定。

公开方式：主动公开