

湛部规 2024-1

湛江市医疗保障局
湛江市民政局
湛江市财政局
湛江市卫生健康局文件
湛江市农业农村局
湛江市政务服务和数据管理局
湛江市残疾人联合会

湛医保〔2024〕50号

湛江市医疗保障局 湛江市民政局 湛江市财政局
湛江市卫生健康局 湛江市农业农村局 湛江市
政务服务和数据管理局 湛江市残疾人联合会
关于印发《湛江市医疗救助实施细则》
的通知

各县（市、区）人民政府（管委会），市政府各部门、各直属机

构：

《湛江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。



2024年8月28日

湛江市医疗救助实施细则

第一章 总 则

第一条 根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《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》《广东省人民政府办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》《广东省人民政府办公厅关于印发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的通知》《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》《广东省医疗救助办法》等法律法规和文件精神，结合我市实际，为进一步完善我市医疗救助制度，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 医疗救助坚持以人民为中心，坚持共同富裕方向，坚持应保尽保、保障基本，尽力而为、量力而行，推动民生改善更可持续。强化基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障，实事求是确定保障待遇标准同时避免过度保障。医疗救助实

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、医疗救助三重制度综合保障，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 医疗救助对象由资格认定地进行管理，由县（市、区）、乡镇人民政府（街道办事处）分级负责。

第五条 市医疗保障部门统筹推进全市医疗救助工作。市医疗保障事业管理中心做好本市医疗救助的资金预算、财务核算、待遇审核、发放等工作，实施医疗救助“一站式”结算和零星报销工作。指导各县（市、区）医疗保障经办机构做好医疗救助经办业务工作。

各县（市、区）医疗保障部门负责本辖区医疗救助具体实施

工作，对乡镇人民政府（街道办事处）的医疗救助工作进行指导、管理和监督。各县（市、区）医疗保障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。

财政部门按规定做好资金支持。

农业农村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。

政务服务和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共享。

残疾人联合会负责做好重度残疾人的核定及信息共享工作。

其他部门根据职责做好医疗救助工作。

第六条 各级人民政府应按照国家 and 省有关规定制定相关政策，鼓励、支持社会力量参与医疗救助。

第七条 医疗救助合规医疗费用为经医保报销后个人负担的合规医疗费用，包括：基本医疗保险起付标准、大病保险起付标准、乙类药品个人支付 10% 的费用、诊疗项目或医用材料中规

定需个人先行支付部分的费用、基本医疗和大病保险个人按比例自付部分的费用等。

非合规医疗费用包括：不属于医保支付范围的诊疗项目、医用耗材、药品，超出服务设施支付标准的费用，各种特需服务项目费用。

第八条 医疗救助按自然年度计算，每年的1月1日至12月31日为一个救助年度。医疗救助起付标准按自然年度累计计算，一年内只计算1次医疗救助起付标准。跨年度住院须分年度结算，每年12月31日前的医疗费用计入当年度，在当年度限额余额内报销；下一年度1月1日起的医疗费用计入下一年度，医疗救助重新计算起付标准和年度限额。

第二章 医疗救助对象

第九条 医疗救助对象包括以下人员：

（一）收入型医疗救助对象。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），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）。

（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）县级以上地方人民政府规定的其他特殊困难人员。

（四）法律、法规、规章规定的其他困难人员。

第十条 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。我市纳入监测范围的农村易返贫致贫人口参照最低生活保障对象救助标准执行。被认定拥有多地或多重医疗救助对象身份的，按待遇最高身份，给予相应的医疗救助。

第三章 救助方式与标准

第十一条 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、农村易返贫致贫人口、重度残疾人参加我市城乡居民医保的，其个人缴费部分给予全额资助，参加非本市城乡居民医保的不给予资助。

上述人员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（重度残疾人）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居民医保的，按规定资助参加下一年度的居民医保，当年已自行缴纳的参保费用不退还。

第十二条 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，由基本医保、大病保险和医疗救助分别按照相关规定支付。支出型医疗救助对象未参加基本医疗保险的，期间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。

第十三条 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、大病保险及各类补充保险等报销后，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相关规定执行。

第十四条 医疗救助标准：

（一）特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童：个人负担的合规医疗费用按100%的比例救助，不设年度救助起付标准，不设年度限额。

(二) 低保对象、农村易返贫致贫人口：个人负担的合规医疗费用按照 85%的比例予以救助，不设年度救助起付标准，年度累计救助限额为 16 万元。

(三) 低保边缘家庭成员：个人负担的合规医疗费用按照 80%的比例予以救助，年度救助起付标准为 2800 元（含门诊和住院费用），年度累计救助限额为 13 万元。

(四) 支出型医疗救助对象：个人负担的合规医疗费用按照 80%的比例予以救助，年度救助起付标准为 7200 元（含门诊和住院费用），年度累计救助限额为 13 万元。

第十五条 对规范转诊且在省域内就医的医疗救助对象，经基本医保、大病保险、医疗救助综合保障后个人负担的合规医疗费用仍然较重的，给予倾斜救助。

(一) 低保对象、农村易返贫致贫人口：个人负担的合规医疗费用按照 80%的比例予以倾斜救助，年度救助起付标准为 1 万元（含门诊和住院费用），年度累计救助限额为 2 万元。

(二) 低保边缘家庭成员、支出型救助对象：个人负担的合规医疗费用按照 60%的比例予以倾斜救助，年度救助起付标准为 1 万元（含门诊和住院费用），年度累计救助限额为 2 万元。

第十六条 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

第十七条 医疗救助资金来源主要包括:

(一) 地方各级财政部门每年根据本地区开展医疗救助工作实际需要,按照预算管理的相关规定,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,足额安排地方医疗救助补助金额,并及时转入财政专户。对地方安排医疗救助补助资金,县(市、区)没有转入或不足部分,市财政将其列入县(市、区)上解市财政事项。

第十九条 市医疗保障部门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。各县（市、区）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，再通过零星报销方式办结。实行“一站式”结算与倾斜救助有效衔接，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。收入型医疗救助对象在定点医疗机构住院，免交住院押金，个人负担的合规医疗费用，直接予以救助。

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、异地长期居住、临时外出和异地转诊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，执行我市救助标准。由我市认定的收入型医疗救助对象、特殊困难人员在异地参加基本医疗保险的，发生的合规医疗费用经参保地基本医疗保险、大病保险按规定支付后，由我市按对应类别给予救助。

未按规定转诊的医疗救助对象，所发生的医疗救助比例降低20个百分点。

第二十四条 医疗救助对象数据按照“谁主管、谁采集，谁提供、谁负责”的原则，由各有关部门及时维护、更新和共享，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，依照《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 有关行政部门、医疗保障经办机构及定点医药机构在医疗救助工作中有违法违规行为的，依照《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，依照《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 本实施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、市农业农村局、市政务服务和数据管理局和市残疾人联合会解释。

第三十二条 本细则自发文之日起施行，有效期五年。我市医疗救助其它原有规定与本细则不一致的，以本细则为准。

公开方式：主动公开

湛江市医疗保障局办公室

2024 年 8 月 28 日印发
