

医疗救助对象	纳入救助范围费用	起付标准	救助比例	年度限额	倾斜救助
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（含门诊、门诊特、住院）	不设	100%	每年15万元	不设起付线，按照50%的比例按次给予倾斜救助，不设最高救助限额。
最低生活保障对象		不设	80%	每次8万元 每年15万元	对规范转诊且在省域内就医（含门诊、门诊特、住院）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医疗费用（含政策范围外费用） 年度内累计超过1万元以上的部分，按照50%的比例按次给予倾斜救助，每次最高救助限额5000元。
纳入监测范围的农村易返贫致贫人口					
最低生活保障边缘家庭成员		门诊：不设 门诊特：不设 住院：年度内累计2500元			
支出型困难家庭成员		年度内累计6000元	70%		
重度残疾人（一、二级）、严重精神障碍患者					
0-14周岁儿童患白血病所有病种、先天性心脏病所有病种	诊治发生的医疗费用（含政策范围外费用）支付不设起付线，按医疗费用总额由城乡居民基本医疗保险基金按70%比例支付，纳入统筹基金年度最高支付限额计算，由医疗救助基金按20%比例支付，纳入医疗救助基金年度最高支付限额计算。个人支付部分按规定纳入居民大病保险范围。				

八、医疗救助基金不支付范围

下列情形产生的费用不纳入医疗救助基金支付范围：

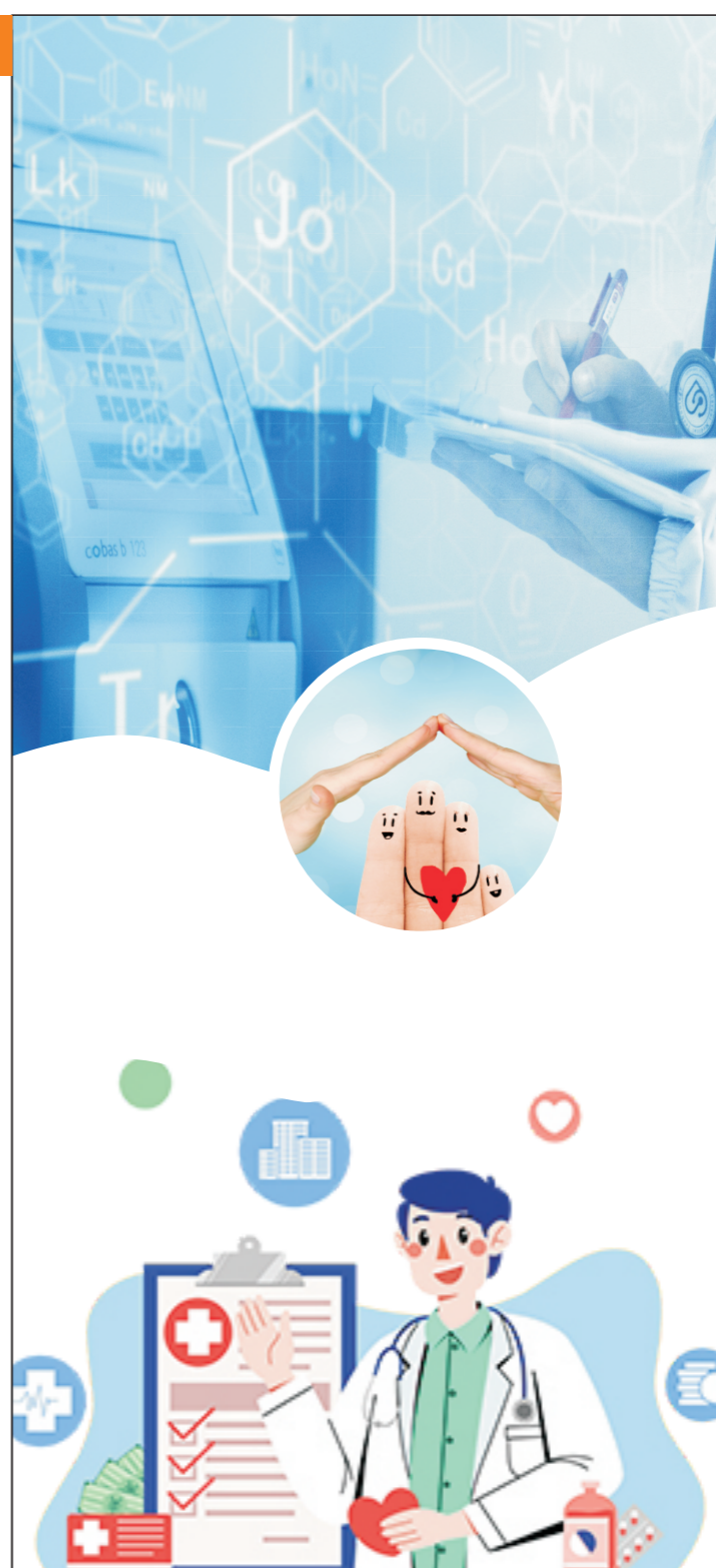
- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外就医的；
- （五）体育健身、养生保健消费、健康体检；
- （六）法律、法规、规章规定的其他情形。

九、异地就医

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，对按规定转诊的本市认定的医疗救助对象按照本市医疗救助标准执行。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。

十、零星报销

所有医疗救助零星报销，与基本医疗保险零星报销要求一致，医疗救助对象原则上于次年3月31日前到资格认定地镇级医保经办机构提交资料办理报销手续。



《云浮市医疗救助实施细则》 医疗救助待遇

《云浮市医疗救助实施细则》从2024年1月1日起施行，有效期至2028年12月31日，此前我市制定的有关医疗救助的相关文件，与本细则不一致的，按本细则执行。国家、省有新规定的，从其规定。



云浮市医疗保障局

一、医疗救助

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。

二、医疗救助遵循原则

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。

三、医疗救助对象

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《云浮市最低生活保障边缘家庭和支出型困难家庭救助实施细则》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）特殊困难人员。

即重度残疾人（一、二级）、严重精神障碍患者和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。

纳入监测范围的农村易返贫致贫人口救助水平，按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，参照收入型医疗救助对象中的最低生活保障对象救助标准执行。

四、资助参保

收入型医疗救助对象、特殊困难人员参加资格认定地居民医保的，其个人缴费部分给予全额资助。参加非资格认定地居民医保的不给予资助。

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、特殊困难人员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。

五、救助标准

（一）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相关规定执行。

（二）特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童：不设年度救助起付标准，个人负担的合规医疗费用按100%的比例救助，年度最高救助限额15万元。

（三）最低生活保障对象：不设年度救助起付标准，个人负担的合规医疗费用按80%的比例救助。每人每次最高救助限额8万元，年度最高救助限额15万元。

（四）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）：年度内累计个人负担的住院合规医疗费用超过2500元以上的部分按80%的比例救助；普通门诊、门诊特定病种合规医疗费用不设起付线，按80%的比例救助。每人每次最高救助限额8万元，年度最高救助限额15万元。

（五）特殊困难人员：年度内累计个人负担的合规医疗费用超过6000元以上的部分按70%的比例救助。每人每次最高救助限额8万元，年度最高救助限额15万元。

（六）支出型医疗救助对象：资格认定之日前12个月内累计个人负担的合规医疗费用超过6000元以上的部分按70%的比例救

助，采取依申请零星报销方式进行一次性救助，最高救助限额15万元；资格续存期间年度内累计个人负担的合规医疗费用超过6000元以上的部分按70%的比例救助，每人每次最高救助限额8万元，年度最高救助限额15万元。

六、倾斜救助

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医疗费用（含政策范围外费用），特困、孤儿、事实无人抚养儿童不设起付线，按照50%的比例按次给予倾斜救助，不设最高救助限额；其他医疗救助对象年度内累计超过1万元以上的部分，按照50%的比例按次给予倾斜救助，每次最高救助限额5000元。

七、儿童白血病、先天性心脏病

已参加我市居民医保的0-14周岁儿童患白血病所有病种、先天性心脏病所有病种诊治发生的医疗费用（含政策范围外费用）支付不设起付线，按医疗费用总额由城乡居民基本医疗保险基金按70%比例支付，纳入统筹基金年度最高支付限额计算，由医疗救助基金按20%比例支付，纳入医疗救助基金年度最高支付限额计算。个人支付部分按规定纳入居民大病保险范围。

治疗申请由患者监护人向县级医保经办机构提出，并由县级医保经办机构审批。必须选择省有关部门公布的定点医疗机构按临床路径、诊疗规范治疗，并按规定予以联网结算。因各种原因未能联网结算的，按零星报销手续办理。在非省指定机构治疗或未办理治疗申请的，按普通住院结算。