

梅州市医疗保障局文件

梅市医保〔2024〕10号

梅州市医疗保障局关于印发《梅州市 医疗救助经办规程》的通知

各县（市、区）医疗保障局：

为规范统一全市医疗救助经办管理，持续提升一体化服务水平，现将《梅州市医疗救助经办规程》印发给你们，请认真贯彻执行。执行过程中遇到的问题，请径向市医疗保障局反映。



梅州市医疗救助经办规程

第一章 总 则

第一条 为进一步规范我市医疗救助经办管理，持续提升一体化服务水平，切实保障医疗救助对象基本医疗保障待遇权益，根据《广东省医疗救助经办规程（试行）》（粤医保规〔2024〕6号）、《关于印发〈梅州市医疗救助实施细则〉的通知》（梅市医保规〔2023〕2号）和《梅州市财政局 梅州市医疗保障局关于联合印发〈梅州市医疗救助基金管理实施细则〉的通知》（梅市财社〔2024〕117号）等有关规定，结合我市实际，制定本规程。

第二条 全市各级医保中心办理医疗救助业务适用本规程。

第三条 市级医疗保障部门负责制定全市统一的医疗救助经办规程；市医保中心负责做好国家医疗保障信息平台经办应用功能完善优化工作，负责指导各县（市、区）医保中心开展医疗救助经办工作。各县（市、区）医保中心负责医疗救助具体经办工作，按照“谁办理、谁负责”原则，对在国家医疗保障信息系统（以下简称“国家医保信息平台”）办理业务的合法性、真实性、准确性、完整性负责。承保商业保险机构负责做好医疗救助对象资助参保资金的拨付，协助做好参保动态监测等工作。

第四条 本规程涉及需要医疗救助对象提供的证照材料，可通过政府部门内部核查和部门间信息共享等方式获取的，不再要求医疗救助对象提供。

第五条 市级医疗保障部门根据医疗救助服务需求，按照法定的招标程序选定全市统一的承保商业保险机构。市级医疗保障部门与商业保险机构签订承保协议书。

第二章 医疗救助对象参保管理

第六条 各县（市、区）医保中心收到民政部门推送的特困人员、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和农业农村部门推送的纳入监测范围的农村易返贫致贫人口等符合资助参保医疗救助对象范围的人员信息后，应当在2个工作日内做好参加城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）登记工作。

各县（市、区）医保中心为符合资助参保的医疗救助对象登记参保前，应当及时获取医疗救助对象的待遇享受开始时间，并按照下列情形办理参保登记手续和身份标识工作。

（一）未参加基本医疗保险的，应及时为其办理当年度的参保登记。

（二）已参加本市以外居民医保的，各县（市、区）医保中心在征得本人同意后，按规定资助其参加下一年度的居民医保。

（三）新增的医疗救助对象在相关部门认定其医疗救助资格前已经自行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。

（四）已参加职工基本医疗保险的，不予资助参加本市居民

医保。后续救助身份存续期间，如出现暂停职工医保关系的，各县（市、区）医保中心在征得本人同意后，按规定为其办理居民医保资助参保手续，并确保医疗保障待遇无空档期。

第七条 符合第六条规定的医疗救助对象实行“先登记参保、后补助缴费”。各县（市、区）医保中心办理参保登记后，应即时通过国家医保信息平台，为符合本市资助参保的医疗救助对象生成“免缴台账”，并以下按规定做好资助参保有关工作。

（一）各县（市、区）医保中心于每年居民医保集中缴费期启动前主动对接同级民政、农业农村等部门，按职责分工收集汇总属于全额资助参保人员名单，按身份类别进行分类造册，并按规定将资助参保人员名单报送给市医保中心，由市医保中心收集汇总全市资助参保名单后移交给承保商业保险机构做好资助参保资金拨付工作。

（二）各县（市、区）医保中心在居民医保集中缴费期结束后，应及时监测中途新增的医疗救助对象，符合资助参保条件的人员，应在相关部门认定其开始享受困难群众待遇的当月完成资助参保登记和身份标识。并于每月25日前将当月新增的中途参保人员名单报送给市医保中心，由市医保中心收集汇总名单后移交给承保商业保险机构做好资助参保资金拨付工作。

（三）医疗救助对象纳入医疗救助保障期后，因各种原因自行缴交本市当年或下一年度居民医保的，无需参保人员申请，各县（市、区）医保中心应主动通知参保人员前来办理退费手续，

并按照资助参保流程在医保信息系统中完成免缴台账数据的核定，并同时报送给市医保中心，由市医保中心收集汇总名单后移交给承办商业保险机构做好资助参保资金拨付工作。

第八条 医保中心应当强化数智建设，持续优化“符合资助条件的救助对象参加居民医保个人缴费补贴”免申即享服务，不断提升适残化、适老化经办服务水平。

第九条 医保中心应当免费向医疗救助对象提供查询核对医疗保险参保和享受医疗救助待遇记录、医疗救助咨询等相关服务。

第三章 待遇支付管理

第十条 医保中心应当及时核发医疗救助对象的医疗救助待遇，其医疗救助待遇享受期按照以下规定执行：

（一）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、农村易返贫致贫人口等困难群众的医疗救助待遇享受起始时间为身份认定当日（相关部门确定的待遇发放开始时间）至身份终止之日（含当日）。

（二）支出型医疗救助对象医疗救助待遇享受起始时间为支出型困难家庭资格认定之日前 12 个月的同日，如无相同日期则以前 1 日为准，终止时间为其身份终止之日（含当日）。

第十一条 医疗救助对象享受待遇的时间原则上以出院或门诊就诊时间为准。在住院治疗期间获得、终止或变更医疗救助身份的并符合以下情形的，按照就高不就低原则享受医疗救助待遇。

（一）入院时为医疗救助身份，出院时终止医疗救助身份的，出院时按照原医疗救助身份享受待遇。

（二）入院时为非医疗救助对象，出院时为医疗救助对象的，出院时按照医疗救助身份享受待遇。

（三）住院期间变更医疗救助身份的，当次住院按照就高不就低原则享受医疗救助待遇。

第十二条 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，经基本医疗保险、大病保险等支付后，个人负担的符合医疗救助基金支付范围的费用，可享受医疗救助“一站式”结算或手工（零星）报销服务。

（一）市内联网定点医药机构直接结算。医疗救助对象在定点医药机构就医时，应出示社会保障卡（医保电子凭证）或身份证等证件，在定点医药机构发生的符合医疗救助基金支付范围的医疗费用，由定点医药机构实现基本医疗保险、大病保险、医疗救助（含倾斜救助）直接结算。

医疗费用中应当由医疗救助基金支付的部分，由市医保中心按月向承办商业保险机构提供定点医药机构上传的“一站式”结算数据，每月 15 号前由承办商业保险机构核对无误后，在 25 个工作日内将“一站式”结算费用拨付至市医保中心，市医保中心于 5 个工作日内再支付至市内各定点医药机构。应当由医疗救助对象负担的医疗费用，由医疗救助对象支付给定点医药机构。

（二）异地联网定点医疗机构直接结算。医疗救助对象在异地联网结算的定点医疗机构就医发生的医疗费用，符合医疗救助基金支付范围的费用，可实行直接结算。医疗救助对象已办理异地长期居住等备案手续的，在省域内就医发生的符合倾斜救助支付范围的费用，可在省域内异地联网定点医疗机构实现直接结算。

医疗费用中应当由医疗救助基金支付的部分，由市医保中心按照国家 and 省规定执行。应当由医疗救助对象负担的医疗费用，由医疗救助对象支付给定点医药机构。

（三）手工（零星）报销。医疗救助对象未实行“一站式”即时结算的，可向所属县级医保部门或镇政府（街道办）申请办理医疗救助手工（零星）报销手续。

各县（市、区）医保中心应当按照《全省医疗保障经办政务服务事项清单》要求收取办理材料，在规定时效内通过周转金先行支付给医疗救助对象，并在每月7日前根据上月的医疗救助待遇等实际支付额及相关支付凭证向市医保中心请拨，市医保中心汇总报市医疗保障局审核后，每月15日前将需支付的医疗救助待遇总额向承办商业保险机构请拨，承办商业保险机构核准后在10个工作日内将资金拨入市级医疗救助支出户，再由市级支出户7个工作日内拨付至各县（市、区）支出户。

支出型医疗救助对象的医疗救助符合追溯认定资格前12个月费用的，按照以下规定进行核算：

1.支出型医疗救助对象未参保的，需核减应由居民医保基金

支付的基本医疗保险、大病保险费用，剩余部分按规定纳入医疗救助支付范围。

2.追溯费用涉及跨年度（两个年度均有医疗费用），追溯期间的医疗费用应合并设置一个起付金、最高支付限额，待遇标准按照最后一次出院的医保年度待遇执行。

3.追溯费用不涉及跨年度（仅追溯认定当年费用），支出型困难家庭资格认定之日前 12 个月的费用和身份存续期当年度的费用合并设置一个起付金和最高支付限额。

（四）“两病”儿童救助结算。0 至 14 周岁（含 14 周岁）患白血病、先天性心脏病的参保儿童，无需申请备案，在市内定点医疗机构住院发生的治疗白血病、先天性心脏病对应病种的医疗费用，实行基本医疗保险、大病保险、医疗救助（含倾斜救助）“一站式”结算。

第十三条 医保中心应当加强定点医疗机构协议管理，完善协议文本，明确要求定点医疗机构落实“先诊疗后付费”，强化其费用管控主体责任。

第四章 基金财务管理

第十四条 医疗救助基金纳入市级社会保障基金财政专户（以下简称“财政专户”）管理，各级经办机构单独设立医疗救助基金支出户，实行专账核算、专项管理、专款专用、统收统支。各级经办机构应做好医疗救助基金建账和记账工作。

第十五条 医疗救助基金会计核算采用收付实现制，会计记账采用借贷记账法，会计期间采用公历制起讫日期。

第十六条 资助参保资金请款及拨付流程。

（一）居民医保集中缴费期资助参保。市医保中心于每年9月份，收集汇总各县（市、区）医保中心核准的医疗救助资助参保资金总额，并按资助参保资金总额的90%向市财政部门请拨资助参保资金，资金到账后5个工作日内划拨至承办商业保险机构指定账户。承办商业保险机构应于缴费期结束前将资助参保资金足额划拨至市级城乡居民基本医疗保险基金财政专户。

（二）中途新增资助参保。对居民医保集中缴费期外中途新增的资助参保对象，承办商业保险机构应在收到名单的10个工作日内将资助参保资金划拨至市级城乡居民基本医疗保险基金财政专户，并配合做好资金到账确认工作。

第十七条 市医保中心于每年8月底前完成上一年度资助参保资金的清算工作，清算时按实际支出结算。清算后，如预拨资金小于清算资金的，应于清算后1个月内完成差额资金的划拨工作；如预拨资金大于清算资金的，超出部分用于抵减下一年度的预拨保费。

第十八条 市医保中心按照上年度医疗救助实际报销总额确定医疗费用救助保费预算总额，并按照预算总额的一定比例划拨保费。于每年4月划拨50%、7月划拨40%，次年6月底前进行保费清算，清算时按实结算，确保收支平衡，清算完毕后1个月

完成剩余保费的划拨。

第十九条 建立医疗救助周转金制度。承保商业保险机构应按规定拨付异地就医联网结算和手工报销周转金至市医保中心。市医保中心按规定将手工报销周转金拨付至各县（市、区）医保中心，将异地就医联网结算周转金拨付至广东省医疗保障局异地就医结算账户。

第五章 核查管理

第二十条 各县（市、区）医保中心应当定期核查医疗救助对象资助参保情况，发现以下情形之一的，应当及时改正，并按规定做好参保工作。

- （一）身份信息、生存状态错误的；
- （二）重复参保的；
- （三）未按规定享受医疗救助资助参保待遇的；
- （四）违反统筹区参保规定的其他情形。

第二十一条 各级医保中心应当定期核查医疗救助对象的待遇享受情况，发现有下列情形之一的，应当及时改正；对涉嫌违法违规、拒不改正或需要给予行政处罚的，移交医疗保障行政部门处理：

- （一）未及时足额支付医疗救助待遇的；
- （二）违规向已退出、死亡的医疗救助对象支付医疗救助待遇的；

(三) 以欺诈、伪造证明材料等手段骗取医疗救助金的;

(四) 其他造成医疗救助基金损失的违规行为。

第二十二条 各级医保中心应当定期对定点医疗机构开展核查,发现有下列情形之一的,应当及时责令改正,并按照协议约定处理;对涉嫌违法违规并需要给予行政处罚的,移交医疗保障行政部门处理:

(一) 未核验医疗救助对象医疗保障凭证;

(二) 未按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务的;

(三) 未严格落实“先诊疗后付费”的;

(四) 伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料,或者虚构医药服务项目等方式,骗取医疗救助基金的;

(五) 侵占或者挪用医疗救助基金的;

(六) 其他违反协议的行为。

第二十三条 医保中心应当定期开展内控风险评估和监督检查工作,发现有下列情形之一的,应当查明情况并及时改正;对涉嫌违法违规的,依法移交有关行政部门处理:

(一) 未建立健全和落实业务、财务、安全和风险管理制度;

(二) 未履行服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等职责;

(三) 未按规定向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况;

(四) 其他不符合规定的情形。

第六章 附 则

第二十四条 本规程自 2025 年 1 月 1 日起施行,有效期 3 年。

第二十五条 本规程由市医疗保障部门负责解释。所涉及相关规程如有变更,或国家和省出台新规定的,从其规定。

公开方式：主动公开

抄送：市医疗保障事业管理中心。

梅州市医疗保障局办公室

2024年12月31日印发