

财 政 部 国 家 医 保 局 文件

财社〔2025〕1 号

财政部 国家医保局关于修订《城乡 医疗救助基金管理办法》的通知

各省、自治区、直辖市、计划单列市财政厅（局）、医疗保障局，
新疆生产建设兵团财政局、医疗保障局：

为进一步规范城乡医疗救助基金的管理和使用，提高资金使用效益，根据有关政策法规，我们修订了《城乡医疗救助基金管理办法》。现印发给你们，请遵照执行。



附件：城乡医疗救助基金管理办法（2025年1月修订）



附件：

城乡医疗救助基金管理办法

（2025年1月修订）

第一章 总则

第一条 为规范城乡医疗救助基金的管理和使用，提高资金使用效益，根据有关政策法规，制定本办法。

第二条 本办法所称城乡医疗救助基金，是指通过各级财政预算和社会各界捐助等渠道筹集，按规定用于城乡困难群众医疗救助的专项基金。

第三条 城乡医疗救助基金应按照公开、公平、公正、专款专用、收支平衡的原则进行管理和使用。

第四条 城乡医疗救助基金纳入社会保障基金财政专户（以下简称社保基金专户），实行分账核算，专项管理，专款专用。设立基金的县级以上（含县级，下同）统筹地区（以下简称统筹地区）财政部门在社保基金专户中建立“城乡医疗救助基金专账”，用于办理基金的筹集、核拨、支付等业务。

第五条 医疗保障行政部门、经办机构及财政部门按照各自职责分工，加强对城乡医疗救助基金的管理和监督。

第二章 基金筹集

第六条 县级以上人民政府建立城乡医疗救助基金，城乡医疗救助基金来源主要包括：

（一）各级财政部门按照预算管理相关规定，在财政预算中安排的城乡医疗救助资金。

（二）社会各界自愿捐赠的资金。

（三）城乡医疗救助基金形成的利息收入。

（四）按规定可用于城乡医疗救助的其他资金。

第七条 县级以上财政部门会同医疗保障部门根据城乡医疗救助对象需求、救助工作开展情况、基金结余情况等因素，科学合理安排城乡医疗救助补助资金。上级财政对经济困难的地区给予适当补助。

第三章 基金使用

第八条 城乡医疗救助基金的救助对象包括特困人员、最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭、刚性支出困难家庭中的大病患者和县级以上人民政府规定的其他特殊困

难人员等。

第九条 城乡医疗救助基金对特困人员、最低生活保障对象等参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分给予分类资助。其中，对特困人员等给予全额资助，对最低生活保障对象等其他符合资助参保条件的困难群众给予定额资助。

第十条 城乡医疗救助基金按照“先保险后救助”的原则，对救助对象经基本医保、大病保险等支付后，个人和家庭仍难以承担的符合规定的基本医疗自付费用给予直接救助。救助费用主要覆盖救助对象在医保定点医药机构发生的住院费用、因慢性病需长期服药或患重特大疾病需长期门诊治疗的费用。由城乡医疗救助基金支付的药品、医用耗材、医疗服务项目原则上应符合国家有关基本医保支付范围的规定。基本医保、大病保险起付线以下的政策范围内个人自付费用，按规定纳入救助保障。除国家另有明确规定外，各地不得自行制定或用变通的方法擅自扩大医疗救助费用保障范围。

第十一条 各地应结合当地经济社会发展水平、救助对象家庭困难情况、城乡医疗救助基金承受能力等，在国家明确的制度框架下科学制定救助方案，合理确定各类资助参保对象的资助标准，以及各类救助对象的门诊和住院救助起付线、年度救助限额、救助比例等，确保困难群众不因罹患重

特大疾病影响基本生活，同时避免过度保障。

第四章 基金支出

第十二条 城乡医疗救助基金资助参保，由医疗保障部门将各类符合资助条件的困难群众人数、分类资助标准及资助参保资金总量提供给同级财政部门，同级财政部门审核后，将相关资助资金从社保基金专户“城乡医疗救助基金专账”拨付至城乡居民基本医疗保险基金。

第十三条 统筹地区医疗保障部门可以设立城乡医疗救助基金支出户（以下简称支出户）。支出户的主要用途是：接收社保基金专户拨入的基金，暂存医疗救助支付费用及该账户利息收入，支付门诊和住院救助支出款项，向社保基金专户缴入该账户利息收入。一个统筹地区最多开设一个支出户。支出户的利息收入纳入城乡医疗救助基金管理，定期缴入社保基金专户。年度终了，支出户余额原则上全部转入社保基金专户，余额清零。有条件的地区可以参照国库集中支付流程办理相关资金支付，对支出户实行日终零余额管理，或者不设立支出户，通过社保基金专户“城乡医疗救助基金专账”直接支付门诊和住院救助支出。

支出户除向医保定点医药机构结算医疗费用、向医疗救

助对象支付救助资金、向社保基金专户缴入利息和年末余额外，不得发生其他支出业务。支出户发生的业务原则上通过转账方式支付，减少现金支出。

第十四条 救助对象与医疗救助定点医药机构确认相关身份信息后，门诊和住院救助原则上实行“一站式”即时结算。医疗救助定点医药机构在结算时先扣除基本医保、大病保险等报销费用和医疗救助的费用，救助对象只需结清个人应承担部分。医疗救助定点医药机构所垫付的医疗救助资金，在规定时间内报医疗保障经办机构审核后，由医疗保障经办机构通过支出户直接支付给以上机构。有条件的地区，医疗保障经办机构可向医疗救助定点医疗机构预付一定资金，支持医疗救助定点医疗机构减免救助对象住院押金，方便其看病就医。

确需事后救助的，由医疗救助对象个人按规定出具医保定点医疗机构医疗收费票据、复式处方或医保定点零售药店购药发票等能够证明合规医疗费用的有效凭证，到身份认定地医疗保障经办机构申请医疗救助资金，由医疗保障经办机构通过支出户直接支付给医疗救助对象。

第十五条 统筹地区财政、医疗保障部门应定期开展社保基金专户和支出户的对账工作，不少于每季度一次，确保

账目核对一致。年度末，医疗保障部门应按要求向同级财政部门报送城乡医疗救助基金年度执行情况及相关说明。

第五章 基金管理

第十六条 城乡医疗救助基金年终结余资金结转下年度继续使用。各统筹地区应合理安排基金收入和基金支出，控制基金结余规模。

第十七条 城乡医疗救助基金必须全部用于救助对象的医疗救助费用，不得列支经办机构人员经费、公用经费、管理费用等超出基金支出范围的资金。任何单位和个人不得截留、挤占、挪用城乡医疗救助基金，不得向救助对象收取任何管理费用。

第十八条 各统筹地区医疗保障部门应按季度将城乡医疗救助基金的筹集和使用情况通过网站、公告等形式向社会公布，接受社会监督。

第十九条 医疗保障部门应会同相关部门定期和不定期核查定点医药机构履行服务协议情况，发现医疗服务行为违规的，医疗保障部门应当按照有关法律法规、医疗保障服务协议进行处理。对不按规定用药、诊疗以及不按规定提供医疗服务所发生的医疗费用，城乡医疗救助基金不予结算。

第二十条 地方各级医疗保障行政部门和财政部门等要定期对城乡医疗救助基金使用情况进行监督检查，并自觉接受审计、监察等部门的监督。国家医保局、财政部对各地医疗救助工作开展情况和基金使用情况进行抽查。

第二十一条 存在虚报冒领、挤占挪用、贪污浪费等违法违规行为的，按照有关法律法规严肃处理。对故意编造虚假信息，骗取上级补助的，除责令立即纠正、扣回上级补助资金外，还应按规定追究有关单位和人员的责任。

各级财政、医疗保障部门及其工作人员在城乡医疗救助财政补助资金的分配拨付、基金的使用管理工作中，存在违反本办法规定的行为，以及其他滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊等违法违规行为的，依法依规追究相应责任。涉嫌犯罪的，依法移送有关机关处理。

第六章 附则

第二十二条 各地财政、医疗保障部门可根据本地实际情况，制定城乡医疗救助基金管理的具体办法。

第二十三条 本办法自印发之日起执行，《财政部 民政部关于印发〈城乡医疗救助基金管理办法〉的通知》（财社

〔2013〕217号)、《财政部 民政部关于城乡医疗救助基金管理办法的补充通知》(财社〔2016〕200号)同时废止。

第二十四条 本办法由财政部、国家医保局负责解释。

信息公开选项：主动公开

抄送：财政部各地监管局。

财政部办公厅

2025年1月17日印发

