

榆林市健全重特大疾病医疗保险 和救助制度实施方案

为深入贯彻落实《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》（国办发〔2021〕42号）和《陕西省人民政府办公厅关于印发健全重特大疾病医疗保险和救助制度若干措施的通知》（陕政办发〔2022〕24号）精神，全面推进我市相关工作落地落实，减轻困难群众和大病患者医疗费用负担，特制定本实施方案。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大精神，深入学习贯彻习近平总书记来陕考察重要讲话重要指示，坚持以人民为中心，坚持共同富裕方向，坚持尽力而为、量力而行，持续改善和提升民生保障水平。促进基本医保、大病保险、医疗救助（以下统称三重制度）综合保障与慈善救助、商业健康保险等协同发展、有效衔接，构建政府主导、多方参与的多层次医疗保障体系。

二、工作目标

健全统一规范的医疗救助制度，全面落实医疗救助市级统筹。按照“以支定收”原则，聚焦减轻困难群众重特大疾病医疗费用

负担，强化基本医保、大病保险、医疗救助综合保障，合理确定困难群众医疗保障待遇标准，确保困难群众基本医疗有保障，不因罹患重特大疾病影响基本生活，同时避免过度保障。夯实医疗救助托底保障功能，按照“先保险后救助”的原则，对基本医保、大病保险等支付后个人医疗费用负担仍然较重的救助对象按规定实施救助，合力防范因病致贫返贫风险。

三、医疗救助对象范围

医疗救助公平覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民，主要包括以下三类救助对象：

一类救助对象：特困人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）。

二类救助对象：低保对象、低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口（脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户）。

三类救助对象：因病致贫重病患者（指发生高额医疗费用，家庭年收入扣除政策范围内个人自付医疗费用后，人均不超过当地 1.5 倍最低生活保障标准，且家庭财产符合当地最低生活保障财产条件的重病患者）。

县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员属于上述救助对象的，按相应类别实行救助。

四、医疗救助对象身份管理

（一）具有多重身份的救助对象，按照就高不重复的原则实行救助。

（二）参保群众住院治疗期间取得救助对象身份的，当次住院即可按相应救助对象类别实行救助。

（三）救助对象住院治疗期间丧失救助对象身份的，当次住院仍按原救助对象类别实行救助；救助身份类型发生变化的，当次住院按救助类型高的对象类别实行救助；因病医治无效死亡的，由其家庭成员（法定继承人）按照医疗救助规定的程序办理申请。

（四）自然年度内认定的因病致贫重病患者，其救助身份当次救助当次有效。

（五）救助身份原则上随参保地转移，由参保地落实各项医疗救助待遇。

五、医疗救助费用保障范围

医疗救助的用药范围、医用耗材、诊疗项目等，严格按照基本医疗保险支付范围相关规定执行。救助费用主要覆盖救助对象在定点医药机构住院发生的政策范围内费用、因慢性病需长期服药或患重特大疾病需长期门诊治疗的政策范围内费用。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。严格执行待遇清单制度，除国家另有明确规定外，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。

六、医疗救助标准

困难群众依法参加基本医保，按规定享有三重制度保障权益。医疗救助采取资助参保、门诊救助、住院救助等相结合的方式进行。救助标准根据医疗救助基金筹集及运行情况、经济社会运行

发展等因素，由市级医疗保障部门会同财政部门适时调整。

（一）资助参保。

一类救助对象参加城乡居民医保的个人缴费部分给予全额资助；二类救助对象中低保对象和纳入监测范围的农村易返贫致贫人口参加城乡居民医保的个人缴费部分给予定额资助。年度资助标准按照相关文件确定的资助标准执行。

（二）门诊及住院救助。

救助对象在定点医药机构发生的住院、因慢性病需长期服药或患重特大疾病需长期门诊治疗的政策范围内费用，经基本医保、大病保险及各类补充医疗保险报销后，按照以下标准给予救助：

一类救助对象不设起付标准，按照 100%比例给予救助，取消年度最高支付限额。其中特困人员按照三重制度规定支付后仍有不足的，由救助供养经费在控费标准以内予以支持。

二类救助对象中的低保对象不设起付标准，按照 80%的比例给予救助；除低保对象以外的其他二类救助对象起付标准为 2800 元，超出部分按照 75%的比例救助。年度最高支付限额 10 万元。

三类救助对象起付标准为 7000 元，超出部分按照 70%的比例救助。年度最高支付限额 10 万元。

（三）依申请救助。

1. 二次救助。对规范转诊且在省域内就医的救助对象，经三重制度综合保障后政策范围内个人负担（含申请之日前自然年度内的政策范围内费用）超过我市城乡居民基本医保大病保险起付

标准的，可申请二次救助，超出部分按照 70%比例报销。年度最高支付限额连同其他医疗救助待遇累计为 10 万元。

2. 罕见病救助。参加我市基本医疗保险且连续参保缴费满 3 年，或者参加我市基本医疗保险年龄不满 3 周岁，其父母一方参加我市基本医疗保险且连续参保缴费满 3 年，经医院确诊为相关部门公布的罕见病病种目录范围内患者，且个人负担的政策范围内医药费用和家庭财产符合第三类救助对象认定条件，其罕见病相关政策范围内医药费用（含治疗性食品费用）经基本医保、大病保险报销及各类补充医疗保险报销后超过我市城乡居民基本医保大病保险起付线的，可申请罕见病救助，超出部分按照 50%的比例报销。年度最高支付限额连同其他医疗救助待遇累计为 10 万元。

七、医疗救助程序

（一）资助参保程序。

城乡居民医保集中参保缴费期内对医疗救助对象实行同缴同补，个人只需按规定缴纳个人应缴部分资金；自然年度内动态新增的各类困难人员纳入下年度参保缴费的资助范围。对特殊困难人群开通参保缴费“绿色通道”，确保应保尽保。

（二）门诊及住院救助、依申请救助程序。

1. “一站式”救助。

一类、二类救助对象按规定实行“一站式”救助，即：上述救助对象持本人身份证、医保电子凭证或社保卡等到定点医药机构就诊购药，定点医药机构按相关规定为救助对象提供医疗救助

费用“一站式”即时结算服务，救助对象只需支付个人自付部分。定点医药机构垫付的应由医疗救助基金支付的医疗费用，与医保经办机构结算。

2. 医后救助。

(1) 由于各种原因“一站式”即时结算未覆盖的及符合二次救助条件的救助对象，持本人有效身份证件、医药费用结算单、疾病诊断证明等相关材料到参保地医保部门（或医保经办机构）提出书面申请，经核实后按规定办理医疗救助零星结算。

(2) 罕见病救助对象及符合第三类救助对象申请条件的参保群众，持本人有效身份证件、医药费用结算单、疾病诊断证明等相关材料到参保地村级医保经办服务室提出书面申请，经村医保经办服务室调查及公示、乡镇医保经办服务站核准后，报县市区医疗保障部门审核。符合条件的，按规定给予医疗救助；不符合条件的，写明原因并逐级退回，由村医保经办服务室通知申请人。

(3) 医后救助由县级医疗保障部门组织实施，“一站式”即时结算未覆盖的救助对象，原则上可随时申请；第三类救助对象、依申请救助原则上集中开展，每年不少于一次。医后救助具体开展时间由县市区医疗保障部门确定并及时向社会公布。对突发性重特大疾病患者，应特事特办，及时受理、及时审核、及时救助。

八、医疗救助基金筹集和管理

(一) 医疗救助基金来源。中央、省级补助资金；市、县两级财政预算安排资金，按照有关文件精神确定市、县承担资金；

慈善和社会捐助资金；其他医疗保障资金。

（二）医疗救助基金账户管理。医疗救助基金纳入社会保障基金财政专户（以下称市级财政专户），实行分账核算、专项管理、专款专用；市级医保经办机构设立医疗救助基金支出户，用于管理市级财政专户拨入的医疗救助基金，包括每年拨入的医疗救助待遇周转金、每月拨入的医疗救助待遇款项；支付各县市区医保经办机构及市管两定机构医疗救助待遇款项；按季度划拨该账户的利息收入到市级财政专户。各县市区医保经办机构设立医疗救助基金支出户，用于管理市医疗救助基金支出户每月拨入的医疗救助基金，支付医疗救助待遇款项；按季度划拨该账户的利息收入到市级财政专户。

（三）医疗救助基金归集。各级财政预算安排的医疗救助资金及其他来源用于医疗救助的资金，按规定纳入市级财政专户统一管理。县市区应承担的财政补助资金由县市区级财政部门负责划入。享受参保资助人员参加城乡居民医保的补助资金，待各县市区医疗保障部门与市级医疗保障部门确定当年资助参保人数后，市医疗保障部门会同市财政部门按照有关规定，由市财政部门直接从医疗救助基金市级财政专户核拨至城乡居民市级财政专户。

（四）医疗救助基金拨付。医疗救助资金由市医疗保障部门每月（或根据实际需要）向市财政部门提交资金申请，财政部门审核后，将医疗救助资金拨付至市级医保经办机构支出户，市级医保经办机构根据支出情况拨付至各县市区及市管两定机构。医

疗救助基金按自然年度结算，县市区分账核算，于次年3月底前对上年度医疗救助基金实际发生额进行决算。

（五）医疗救助基金监管。各级财政部门应当会同同级医疗保障部门按照“以支定收”的原则，根据医疗救助对象人数、救助水平等因素科学合理编制医疗救助基金收支预算，纳入同级人民政府财政预算管理，确保专款专用。各级医疗保障部门会同同级财政部门加强对本地区医疗救助资金的绩效运行监管，建立健全绩效评价机制，提高资金使用效率。医疗救助基金的管理和使用必须接受财政、审计、监察等部门的监督检查。

九、定点医药机构管理

全市基本医保定点医疗机构及门诊慢特病定点零售药店均为医疗救助定点医药机构。定点医药机构要严格执行医保协议，合理诊疗、合理收费，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，优先配备使用医保目录内药品，遵守医药价格政策，合理控制救助对象自费比例。定点医药机构应加强与全国医疗保障信息平台有效衔接，为医疗救助对象提供医疗费用“一站式”即时结算服务。定点医药机构垫付的医疗救助资金根据协议管理，由签订协议的医保经办机构负责结算。医保经办机构可根据实际情况向定点医药机构预付部分救助资金，缓解其资金运行压力。

十、引导社会力量参与救助保障

（一）发展壮大慈善救助。鼓励慈善组织和业务领域涉及医疗救助的社会组织设立相关救助项目。指导慈善组织严格按照规

范要求，使用合法规范的公开募捐平台开展救助工作，提高慈善资源共享水平。支持医疗救助领域社会工作服务和志愿服务发展，丰富救助服务内容。根据经济社会发展水平和各方承受能力，不断完善罕见病用药保障机制，整合医疗保障、社会救助、慈善帮扶等资源，实施综合保障。对参与慈善救助并有突出贡献的组织和个人，在“三秦慈善奖”表彰等方面予以优先考虑。

（二）鼓励医疗互助和商业健康保险发展。支持开展职工医疗互助，规范互联网平台互助，加强风险管控，引导医疗互助健康发展。支持商业健康保险发展，鼓励商业保险机构加强产品创新和供给，拓展商业健康保险服务领域，在产品定价、赔付条件、保障范围等方面对困难群众适当倾斜。

十一、组织实施

医疗救助工作应建立健全部门协同机制，加强医疗保障、社会救助、医疗卫生制度政策及经办服务统筹协调。

（一）医疗保障部门要统筹推进医疗保险、医疗救助制度改革和管理工作，落实好医疗保障政策。推动基本医保和医疗救助服务融合，依托全国统一的医疗保障信息平台依法依规加强数据归口管理。统一基金监管，做好费用监控、稽查审核，保持打击欺诈骗保高压态势。医保经办机构要细化完善救助服务事项清单，出台医疗救助经办管理服务规程，做好救助对象信息共享互认、资助参保、待遇给付等经办服务，全面实行市域内“一站式”服务、“一窗口”办理，提高结算服务便利性。

(二) 民政部门要做好低保对象、特困人员、孤儿、低保边缘家庭成员等救助对象认定，会同相关部门做好因病致贫重病患者认定，做好与省级部门的工作衔接，做好相关信息核实核准和共享工作，支持慈善救助发展。

(三) 财政部门要按规定做好资金支持。

(四) 卫生健康部门要强化对医疗机构的行业管理，规范诊疗路径，促进分级诊疗，推动落实基层首诊，规范转诊，促进合理就医。经基层首诊转诊的低保对象、特困人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）在市域内定点医疗机构住院，实行“先诊疗后付费”，免除其住院押金。

(五) 税务部门要做好基本医保保费征缴相关工作。

(六) 银保监会部门要加强对商业保险机构承办大病保险的行业监管，规范商业健康保险发展。

(七) 乡村振兴部门要做好农村易返贫致贫人口的识别认定和信息共享，做好与省级部门的工作衔接。

(八) 工会要做好职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶。

十二、工作要求

(一) 加强组织领导。强化党委领导、政府主导、部门协同、社会参与的重特大疾病保障工作机制。将困难群众重特大疾病医疗救助托底保障政策落实情况作为加强和改善民生的重要指标，纳入医疗救助工作绩效评价。各县市区要落实主体责任，强化监督检查，确保政策落地落实。要加强政策宣传解读，及时回应社

会关切，营造良好舆论氛围。

（二）加强基金管理。在确保医疗救助基金安全运行基础上，统筹协调基金预算和政策制定，结合本地区财力加大医疗救助资金投入，同时动员社会力量，通过慈善和社会捐助等多渠道筹集资金。建立并完善科学规范的医疗救助补助资金分配办法，合理分配各级财政安排的医疗救助资金。全面做实医疗救助市级统筹，加强资金绩效评价和监督管理，提高救助资金使用效率。

（三）加强能力建设。加强基层医疗保障经办服务体系建设，统筹医疗保障公共服务需求和服务能力配置，做好相应保障。积极引入社会力量参与经办服务，大力推动医疗救助经办服务下沉，重点提升信息化和经办服务水平。加强医疗救助政策和业务能力培训，努力打造综合素质高、工作作风好、业务能力强的基层经办队伍。

本方案自 2023 年 2 月 15 日起施行，有效期从 2023 年 2 月 15 日起至 2028 年 2 月 14 日止。符合本方案“依申请救助”条件的参保患者，2022 年度医疗救助费用可追溯报销。
