

渭南市健全重特大疾病医疗保险 和救助制度实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步健全完善重特大疾病医疗保险和救助制度，减轻困难群众和大病患者医疗费用负担，依据《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）、《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）等文件精神，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 健全重特大疾病医疗保险和救助制度应聚焦减轻困难群众重特大疾病医疗费用负担，建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制，强化基本医保、大病保险、医疗救助（以下统称三重制度）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。促进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。

第三条 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，根据救助对象类别实施分类救助。坚持应保尽保、保障基本，严格执行国家医疗保障待遇清单制度，妥善解决救助对

象政策范围内基本医疗需求。

第四条 医疗救助实行市级统筹、分级经办、属地管理，基金统收统支。医疗救助基金独立建账、独立核算、专款专用。全市医疗救助实行统一救助范围、统一待遇政策、统一基金管理、统一经办服务、统一保障目录。

第二章 医疗救助对象类别和保障范围

第五条 分类确定救助对象。

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：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（以下称因病致贫重病患者）。

第六条 救助费用保障范围。

（一）医疗救助的用药范围、医用耗材、诊疗项目等，按照基本医疗保险支付范围相关规定执行。

（二）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。

（三）由医疗救助基金支付的药品、医用耗材、诊疗项目与

基本医保、大病保险支付范围有效衔接，基本医保不予支付的，医疗救助也不予支付。

（四）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。未达到基本医保和大病保险起付标准的，医疗救助可以实施。

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。

第三章 医疗救助方式和标准

第七条 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。对已实现稳定就业的困难群众，引导其依法依规参加职工基本医疗保险。

第八条 分类资助救助对象参保。

一类救助对象参加城乡居民基本医保的个人缴费部分按照当年标准给予全额资助。二类救助对象中的低保对象和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）参加城乡居民基本医保的个人缴费部分给予定额资助。市县财政资助标准由财政部门研究后，报市人民政府确定，各级财政部门要按规定做好资金保障。

在城乡居民基本医保集中参保缴费期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资助参保对象纳入下年度参保缴费的资助范围。民政和乡村振兴部门应及时将新增人员信息或变更信息推送给医疗

保障部门。对特殊困难人群开通参保缴费“绿色通道”，确保应保尽保。

第九条 医疗费用救助采取门诊救助、住院救助相结合的方式进行。

第十条 医疗费用救助。救助对象在定点医药机构发生的政策范围内医药费用经基本医保、大病保险报销后剩余部分，按照以下标准给予救助：

（一）一类救助对象不设置起付线，救助比例为 100%，不设置年度最高救助限额。

（二）二类救助对象中的低保对象不设置救助起付线，救助比例为 70%；二类救助对象中的低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口年度救助起付线为我市上年度居民人均可支配收入的 10%，救助比例为 70%。二类救助对象年度最高救助限额为 8 万元。

（三）三类救助对象年度救助起付线为我市上年度居民人均可支配收入的 25%，救助比例为 60%，本年度最高救助限额为 5 万元。

门诊、住院医疗费用救助以及倾斜救助等各类救助支出共用一个年度救助限额。

低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口和因病致贫重病患者年度救助起付标准，由市医疗保障局根据统计部门发布的上年度居民人均可支配收入适时调整公布。

第十一条 具有多重身份的救助对象，按照就高不重复原则实行救助。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。

第十二条 年度救助限额内，医疗救助支付费用为政策范围内医疗费用扣除基本医保支付费用，扣除大病保险支付费用，减去医疗救助起付标准后，按照医疗救助支付比例结算。政策范围内费用标准按照国家统一术语规范执行。

第十三条 实施倾斜救助。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医疗费用（含申请之日前自然年度内的政策范围内费用，不含跨省、跨年度情况）超过10000元（城乡居民大病保险起付线）以上部分，按程序申请通过后，按照身份对应救助比例给予倾斜救助。

一类救助对象中的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（由当地人民政府根据财政状况确定的救助标准）以内予以支持，控费标准以外费用可通过临时救助、慈善救助等酌情予以解决。孤儿（含事实无人抚养儿童）按照三重制度规定支付后仍有不足的，按照有关规定执行。

卫健部门要通过明确诊疗方案、规范诊疗等措施降低医疗成本，合理控制救助对象政策范围外个人负担费用比例，配合医疗保障部门合理控制救助对象政策范围内自付费用。原则上一级及以下定点医疗机构不得产生目录外费用，二级定点医疗机构目录外费用比例不得超过5%，三级定点医疗机构目录外费用比例不得超过8%。

第四章 医疗救助基金筹集和管理

第十四条 医疗救助基金主要包括以下来源。

- (一) 中央、省拨付的医疗救助资金；
- (二) 市财政预算安排的医疗救助资金；
- (三) 县(市、区)财政预算安排的医疗救助资金；
- (四) 福利彩票公益金安排的资金；
- (五) 社会各界自愿捐赠的资金；
- (六) 城乡医疗救助基金形成的利息收入；
- (七) 按规定可用于城乡医疗救助的其他资金。

第十五条 市级财政部门将上级拨付的财政医疗救助资金拨付至本级社会保障基金财政专户，市本级配套资金、县(市、区)配套上解资金、弥补支出缺口的预算追加和其他渠道筹集的资金和利息收入等全部纳入市级财政专户管理。

第十六条 市级医疗保障经办机构设立医疗救助基金子账户，主要用于接受市级财政部门拨入的医疗救助基金，拨付定点医疗机构的医疗救助基金，拨付县(市、区)医疗保障经办机构的医疗救助基金，支出户产生的利息收入等。

第十七条 各县(市、区)医疗保障经办机构设立城乡医疗救助基金支出户，主要用于接收市医疗保障经办机构拨入的医疗救助资金，拨付定点医药机构的医疗救助资金，拨付医疗救助对象个人救助资金，支出户产生的利息收入等。

第十八条 市、县(市、区)医疗救助配套资金纳入财政预

算。综合考虑户籍人口、常住人口、参保人口、救助人次等因素。

市、县（市、区）财政配套补助资金应当于每年9月底前上缴到市医疗救助基金财政专户。

配套资金筹集标准，由市财政部门和市医疗保障部门根据资金运行情况每年公布。

第十九条 市、县（市、区）医疗保障、财政、乡村振兴、民政部门应建立健全医疗救助基金使用、管理绩效评价制度，制定绩效目标和相应的指标体系，并在基金运行期间按照绩效目标对基金使用情况开展跟踪监督、绩效评价。任何单位和个人不得截留、挤占、挪用医疗救助基金，不得向救助对象收取任何管理费用。

第五章 经办管理与服务

第二十条 加快推进一体化经办服务。市级医疗保障经办机构应细化完善救助服务事项清单，出台统一的医疗救助经办管理服务规程。各级医疗保障经办机构应共同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。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。对群众申请事项，一次性告知，一表单申请，全面实行基本医疗保险统筹区内“一站式”服务、“一窗口”办理。

第二十一条 简化申请、审核、救助金给付流程，一类、二类救助对象在我市定点医药机构实行“一站式”即时结算；无法实现“一站式”即时结算的救助对象，持相关证件和必要材料到

户籍地医疗保障经办机构线下办理救助。

第二十二条 二类救助对象申请倾斜救助和三类救助对象申请救助时，持相关证件和必要材料到户籍所在地乡镇（街道）提出书面申请，经审核并在救助对象居住地村（社区）公示后，报县级医疗保障部门审批。

个人申请。申请对象向户籍所在地的乡镇（街道）提出医疗救助申请，应如实填写《医疗救助申请卡》，并提供以下资料：医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；基本医保、大病保险报销后的结算单、定点医疗机构处方底方或定点药店购药发票；个人银行账户信息。

审核公示。申请资料由乡镇（街道）审核，应组织村（居）民委员会，通过信息核对、入户调查、邻里访问以及民主评议等方式，对申请人家庭成员（具有法定赡养、扶养、抚养义务人员）、收入及财产状况、所患病情及医疗费用等情况进行调查核实。审核工作应自受理申请之日起10个工作日内完成，并提出审核意见。调查核实结束后，应对个人申请和调查核实情况按规定进行5个工作日公示。公示期满无异议的，报县级医疗保障部门审批。对不符合医疗救助条件的，应书面通知申请人，并说明理由。县级医疗保障部门按照乡镇（街道）审核结果，委托同级民政核对机构对申请人家庭资产、收支等事项进行核对。

审批发放。县级医疗保障部门根据核对结果审批后，按照救助标准进行救助，于10个工作日内将救助金通过金融机构，支付

到救助对象个人银行账户。

原则上救助身份随参保地转移，由参保地落实各项救助待遇，提高结算服务便利性。省内救助身份随参保身份转移的，各统筹区互认，由参保地实施救助。非本地户籍参保对象申请医后救助的，须持户籍地民政部门相关认定材料，到居住地乡镇（街道）提出书面申请，经审核、公示后，报县级医疗保障经办机构审批办理。办理程序参照以上规定执行。

第二十三条 依申请救助自申请受理之日起至办结不得超过30个工作日。如遇突发性重特大疾病患者，应特事特办、及时审核。

第二十四条 救助对象在住院治疗期间丧失救助身份的，当次住院仍按原救助对象类别享受医疗费用补助政策；在住院治疗期间取得救助身份的，当次住院起即可按相应救助对象类别享受医疗费用补助政策；在住院治疗期间救助身份类型发生变化的，当次住院结算按照救助类型高的享受医疗费用补助政策；救助对象住院期间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。

第二十五条 统一基本医保与医疗救助协议管理，强化定点医药机构费用管控主体责任，做好费用监控、稽查审核，加强重点监控，保持打击欺诈骗保高压态势，确保基金安全高效、合理使用。服务协议应明确通过诊疗方案、规范诊疗等措施降低医疗成本，按规定合理控制困难群众政策范围内自付费用比例。

第二十六条 卫健部门要强化对医疗机构的行业管理，规范诊疗行为，促进分级诊疗。要加强对救助对象就医行为的引导，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）在统筹区内定点医疗机构住院，实行“先诊疗后付费”，全面免除其住院押金。

第二十七条 做好异地安置和异地转诊救助对象登记备案、就医结算，按规定转诊的救助对象，执行我市统筹区救助标准。未按规定转诊的救助对象，所发生的医疗费用原则上不纳入医疗救助范围。

第六章 健全长效机制

第二十八条 完善统一的基本医保制度，发挥基本医疗保障主体保障功能，严格执行基本医疗保障支付范围和标准，实施公平适度保障。增强大病保险减负功能，过渡期内对低保对象、特困人员和返贫致贫人口继续落实倾斜支付政策，大病保险起付标准降低 50%，支付比例提高 5 个百分点，并取消最高支付限额，发挥补充保障作用。

第二十九条 强化高额医疗费用支出预警监测，实施医疗救助对象信息动态管理。分类健全因病致贫和因病返贫双预警机制，结合实际合理确定监测标准。

对脱贫人口和纳入监测范围的农村易返贫致贫人口个人年度累计负担的医疗费用超过我省城乡居民大病保险起付线（1 万元）

的，纳入医疗保障部门因病返贫监测范围。对城乡居民中个人年度累计负担的医疗费用超过我省上年居民人均可支配收入线(2.6万元)的，纳入医疗保障部门因病致贫监测范围，做到及时预警。重点监测经基本医保、大病保险等支付后个人年度医疗费用负担仍然较重的低保边缘家庭成员和农村易返贫致贫人口。监测标准按照全省统一标准执行。

第三十条 加强部门间信息共享和核查比对，协同做好风险研判和处置。加强对监测人群的动态管理，对民政、乡村振兴部门核实核准身份的动态新增人员，医疗保障部门要将符合医疗救助条件的及时纳入救助范围。医疗保障部门要建立部门协同机制，做好与民政、乡村振兴等部门的信息共享工作。同步做好后续综合帮扶措施落实。

第三十一条 全面建立依申请救助机制。畅通低保边缘家庭成员和农村易返贫致贫人口、因病致贫重病患者医疗救助申请渠道，增强救助时效性。已认定为特困人员、孤儿(含事实无人抚养儿童)、低保对象、低保边缘家庭成员和农村易返贫致贫人口，按规定直接获得医疗救助。强化医疗救助、临时救助、慈善救助等综合性保障措施，精准实施分层分类帮扶。

第三十二条 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大病救助等相关救助项目，发挥补充救助和补缺救助的作用。民政部门要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。医疗保障部门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”表彰和“中华慈善奖”候选对象推荐中予以优先考虑。

第三十三条 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。各级工会组织要做好职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶。支持商业健康保险发展，满足基本医疗保障以外的需求，鼓励商业保险机构加强产品创新和供给，将更多医疗保障目录外合理医疗费用科学纳入健康保险保障范围，提高重特大疾病补充医疗保障水平，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。银保监部门要加强对商业保险机构承办大病保险的行业监督，逐步规范商业健康保险发展。

第七章 组织实施

第三十四条 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。加强政策宣传解读，及时回应社会关切，营造良好舆论氛围。

第三十五条 强化部门协同。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。

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。

民政部门要做好低保对象、特困人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）、低保边缘家庭成员等救助对象认定，会同医疗保障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。

财政部门要按规定做好资金支持。

卫生健康部门要强化对医疗机构的行业管理，规范诊疗行为，促进分级诊疗，防控不合理医疗行为和费用，协助医疗保障部门指导、督促各定点医疗机构做好结算系统改造。

税务部门要做好基本医疗保险保费征缴相关工作。

银保监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。

乡村振兴部门要做好纳入监测范围的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。

工会要做好职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶。

第三十六条 夯实基层基础。加强基层医疗保障队伍建设，统筹医疗保障公共服务需求和事业发展需要，充实经办、服务、监管等人员配置，做好相应保障。积极引入社会力量参与经办服务，鼓励商业保险机构、慈善组织、社会工作服务机构等参与医

疗救助经办服务。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、业务能力强的基层医疗保障队伍。

第八章 附 则

第三十七条 根据医疗救助基金支撑能力和基本医疗保险门诊慢性病、特殊疾病保障情况，市医疗保障部门会同市财政部门可对筹资标准、起付标准、救助比例、救助限额等适时进行调整。

第三十八条 本《实施细则》自印发之日起施行。2023年1月1日至印发文件之日发生的重特大疾病医疗保险和救助，参照本《实施细则》执行。之前我市医疗救助相关规定与本《实施细则》规定不一致的，按照本《实施细则》执行。实施期间，国家和省医疗救助政策有新规定的，按新政策执行。

抄送：市委各部门，市人大、政协办公室，渭南军分区。

市监委，市法院，市检察院，各人民团体，各新闻单位。

部省驻渭各单位。

渭南市人民政府办公室

2023年1月20日印发

