

吕梁市人民政府办公室文件

吕政办发〔2022〕61号

吕梁市人民政府办公室 关于印发吕梁市健全重特大疾病医疗保险 和救助制度实施细则的通知

各县（市、区）人民政府、市直有关单位：

《吕梁市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则》已经市政府同意，现印发给你们，请结合实际抓好贯彻落实。

吕梁市人民政府办公室

2022年12月26日

（此件公开发布）

吕梁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）、《山西省人民政府办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》（晋政办发〔2022〕74号）精神，切实减轻困难群众重特大疾病医疗费用负担，强化基本医疗保险、大病保险、医疗救助（以下简称三重制度）综合保障，防范因病致贫返贫，筑牢民生保障底线，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 城乡困难群众重特大疾病医疗保险和救助工作以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，围绕全方位推动高质量发展的目标要求，坚持以人民为中心，坚持共同富裕方向，坚持应保尽保、保障基本，尽力而为、量力而行，推动民生改善更可持续。

第三条 统筹三重制度综合保障。发挥基本医保主体保障功能，严格执行基本医保支付范围和标准，实施公平适度保障；增强大病保险减负功能，对低保对象、特困人员和返贫致贫人口等困难群众实施倾斜支付政策，发挥补充保障作用；夯实医疗救助托底保障功能，按照“先保险后救助”的原则，对基本医疗保险、

大病保险支付后个人医疗费用负担仍然较重的救助对象实施救助，合力防范因病致贫返贫风险。

第四条 重特大疾病医疗保险和救助工作坚持突出重点、分类救助、公平公开、多方参与的原则，保持医疗救助水平与经济社会发展相适应。

第二章 救助对象和保障范围

第五条 分类确定救助对象。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。具体对象范围包括

- （一）城乡特困供养人员（含孤儿、事实无人抚养儿童）；
- （二）城乡最低生活保障对象（以下简称低保对象）
- （三）返贫致贫人口；
- （四）城乡低保边缘家庭成员
- （五）纳入乡村振兴部门监测范围人口（包含脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口和突发严重困难人口，以下简称监测对象）；
- （六）因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的重病患者（以下简称因病致贫重病患者）。

因病致贫重病患者认定条件由省级相关部门联合制定后遵照执行。

第六条 县级人民政府规定的其他特殊困难人员，参照上述救助对象类别给予相应救助。

第七条 救助费用保障范围。坚持保基本，妥善解决救助对象政策范围内基本医疗需求。救助费用主要覆盖救助对象在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。由医疗救助基金支付的药品、医用耗材、诊疗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、大病保险起付标准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，各县（市、区）不得自行制定或用变通方法擅自扩大医疗救助费用保障范围。

第三章 夯实医疗救助托底保障

第八条 参保资助。落实城乡居民基本医保参保财政补助政策，对个人缴费确有困难的，由困难群众身份认定地按规定给予分类参保资助，确保困难群众应保尽保。

- （一）特困供养人员给予全额资助。
- （二）低保对象按个人缴费标准 80%的比例给予定额资助。
- （三）返贫致贫人口按个人缴费标准 90%的比例给予定额资助。
- （四）监测对象（脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口）过渡

期内按每人每年 280 元的标准给予定额资助。

困难群众具有多重特殊身份属性的，按照就高不就低的原则享受参保资助，不得重复资助。

适应人口流动和参保需求变化，灵活调整救助对象参保缴费方式，确保及时参保、应保尽保。

第九条 住院救助。按救助对象家庭困难情况，分类设定年度救助起付标准（以下简称起付标准）和救助比例。救助对象在定点医疗机构发生的政策范围内住院费用，经基本医保、大病保险和各类补充医疗保险、商业保险报销后，扣除社会互助帮困等因素，政策范围内个人负担费用在年度救助限额内按比例给予救助。

（一）特困人员不设起付标准，给予全额救助。

（二）低保对象不设起付标准，按 70%的比例给予救助，年度最高救助限额 6 万元。

（三）返贫致贫人口不设起付标准，按 70%的比例给予救助，省内住院单次费用综合支付比例达不到 90%，救助到 90%。

（四）监测对象起付标准为全省上一年度城乡居民人均可支配收入的 10%，按 70%的比例给予救助，年度最高救助限额 6 万元。

（五）低保边缘家庭成员起付标准为全省上一年度城乡居民人均可支配收入的 10%，按 60%的比例给予救助，年度最高救助限额 4 万元。

(六)因病致贫重病患者起付标准为全省上一年度城乡居民人均可支配收入的 25%，按 60%的比例给予救助，年度最高救助限额 4 万元。

第十条 门诊救助。加强门诊慢性病、特殊疾病救助保障，门诊和住院救助共用年度救助限额。

(一)符合享受门诊慢特病保障政策的特困人员、低保对象和返贫致贫人口门诊政策范围内费用经基本医保、大病保险按规定报销后，剩余部分特困人员按 60%、低保对象和返贫致贫人口按 30%比例给予救助。住院管理的按次实施救助，限额管理的年底一次性救助。

(二)符合享受门诊特药保障政策的特困人员、低保对象和返贫致贫人口，特药保障范围内费用经基本医保、大病保险按规定报销后，剩余部分特困人员按 20%、低保对象和返贫致贫人口按 10%的比例救助。

第十一条 倾斜救助。取消大病关怀救助，对规范转诊且在省域内就医的重特大疾病住院患者、罕见病患者以及恶性肿瘤、器官移植抗排异治疗、血友病、尿毒症透析、重性精神疾病等可参照住院管理支付的门诊慢特病患者，经三重制度综合保障后政策范围内个人负担仍然较重的，给予倾斜救助。

(一)特困人员、低保对象、返贫致贫人口经三重制度保障后政策范围内个人自付费用超过 1 万元以上的部分按照 50%的比例再次救助，倾斜救助年度限额 3 万元。

(二)其他救助对象经三重制度保障后政策范围内个人自付费用超过 2 万元以上的部分按照 50%的比例再次救助，倾斜救助年度限额 2 万元。

第十二条 特殊情形处置。

(一)困难群众具有多重特殊身份属性的，按“就高不就低”的原则享受救助，不得重复救助。

(二)医疗救助对象因动态调整取得救助对象身份的，从民政部门和乡村振兴部门提供医保部门名单之日起享受医疗救助待遇；因动态调整丧失相应救助对象身份的，原则上从丧失身份次日起不再享受医疗救助待遇。

(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享受医疗费用救助待遇。

(四)动态调整前已参加居民医保的新增困难群体，集中参保期内由医疗救助按规定给予资助，集中参保期结束后个人参保缴费资金不退还。

(五)动态调整前未参加居民医保的新增困难群体，其个人缴费自负部分由个人补缴，个人缴费资助部分由医疗救助资金负担。

(六)因个人原因未参加基本医疗保险的人员原则上不纳入医疗救助范围。

第四章 建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制

第十三条 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，及时将符合条件的困难群众纳入救助范围。民政部门、乡村振兴部门认定的救助对象，统一交由民政部门完成重合身份核查、分类标识后，及时向医保部门推送。县级医保、民政、财政、卫生健康、乡村振兴、税务等部门要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工作。

第十四条 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。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监测对象，做到及时预警。监测人群个人年度累计负担医疗费用超过一定标准的，纳入医保因病返贫致贫监测范围，并及时推送同级民政、乡村振兴部门，相关部门按规定及时纳入保障范围后，医保部门要保障其及时享受相应医疗救助保障待遇，确保不发生因病返贫致贫。具体监测标准按照省级部门规定，结合我市实际及时调整。

第十五条 畅通依申请救助渠道。已认定为特困人员、低保对象、返贫致贫人口、监测对象的，可直接获得医疗救助。低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者依申请获得医疗救助。具体申请救助程序由县（市、区）人民政府作出规定。

第十六条 乡镇（街道）、村（社区）等基层组织要依托基层医疗卫生机构，做好政策宣传和救助申请委托代办，及时主动帮助困难群众。

第五章 医疗救助基金筹集和管理

第十七条 医疗救助资金来源。国家、省、市、县财政划拨医疗救助基金。各县（市、区）脱贫攻坚期内自行出台的其他医疗保障扶贫措施安排资金，统一并入医疗救助基金。

第十八条 医疗救助基金纳入社会保障基金财政专户，实行分账核算，专项管理，专款专用。

第十九条 市县两级财政部门设立医疗救助基金财政专户，中央、省下拨的医疗救助补助资金、市级配套资金、县（市、区）配套资金、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财政专户管理。

第二十条 各县（市、区）医疗保障经办机构设立城乡医疗救助资金支出户，主要用于接收国家、省、市、县医疗救助财政专户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。

第二十一条 市级建立医疗救助调剂金制度，各县（市、区）每年按照上一年度医疗救助筹资总额的30%上解到市级医疗救助基金财政专户，用于各县（市、区）救助对象跨区域就医时的“一站式”结算医疗救助费用支出。市、县（市、区）医保经办机构之间实行一年一清算制度，每年第一季度完成上年度医疗救助清算工作。

第二十二条 各县（市、区）医疗救助基金当期收不抵支出现赤字时，缺口部分由县（市、区）财政补足。

第六章 拓宽社会综合救助渠道

第二十三条 发展壮大慈善救助。鼓励慈善组织和其他社会组织依法依规设立大病救助项目，优先设立医疗费用高、社会影响大、诊疗路径明确的大病救助项目，发挥补充救助作用。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。规范互联网个人大病救助平台信息发布，推行阳光救助。根据经济社会发展水平和各方承受能力，探索建立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。建立慈善参与激励机制，落实相应税收优惠、费用减免等政策。

第二十四条 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。支持商业健康保险发展，推进城市定制型商业医疗保险业务发展，促进商业保险与基本医疗保险有效衔接，满足基本医疗保险以外的保障需求。鼓励商业保险机构加强产品创新，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。

第七章 医疗救助经办管理和服

第二十五条 加快推进一体化经办。细化完善救助服务事项清单和经办管理服务规程，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。依托全国统一的医疗保障信息平台，推动基本医保和医疗救助服务融合，依法依规加强数据归口管理。鼓励商业保险公司参与医疗救助经办服务。

第二十六条 市级医疗保障经办机构统一全市医疗救助协议管理和经办服务规程，县级医保部门与定点医疗机构签订医疗救助服务协议，严格履行双方的责任和义务，实现市域范围内基本医疗保险、大病（补充）保险、医疗救助“一站式”结算服务、“一窗口”办理工作，提高结算服务便利性。

第二十七条 加强对救助对象就医行为的引导，推行基层首诊，规范转诊，促进合理就医，严控不合理费用支出。经基层首诊转诊至市域内定点医疗机构住院的特困人员、低保对象、返贫致贫人口、监测对象，实行“先诊疗后付费”，全面免除其住院押金。

第二十八条 优化救助申请审核程序，简化申请、审核、救助金给付流程，低保对象、特困人员、返贫致贫人口、监测对象直接纳入“一站式”结算。救助对象在定点医药机构未实现“一站式”结算的，救助申请人或申请代理人应在出院之日起到参保

地医疗保险经办机构申请办理，原则上不得超过出院次年3月底。

第二十九条 定点医疗机构和医保经办机构要加强医疗救助档案数据管理，建立健全医疗救助电子档案。救助定点医疗机构应当定期对医疗救助“一站式”即时结算的票据进行整理和归档。

县级医保经办机构应当对医后救助的申报、审批材料及时整理并做好信息录入工作，纸质档案要及时归档并与电子档案对应。

县级医保经办机构应当及时准确上传医疗救助数据和医疗救助统计信息。

第三十条 医疗保障部门会同卫生健康部门定期对救助定点医疗机构医疗服务行为进行监督检查，防控不合理医疗行为、费用的发生。统一基金监管，做好费用监控、稽核审核，保持打击欺诈骗保高压态势，确保基金安全高效、合理使用。对救助定点医疗机构出现违反协议的行为，按照协议约定要求改正或者追回、停拨医疗救助资金，符合解除协议情形的解除协议。救助定点医疗机构和救助对象存在违法行为的，依法予以处罚；构成犯罪的，移交司法机关处理。

第三十一条 提高综合服务管理水平。完善定点医疗机构医疗救助服务内容，提高服务质量，按照安全有效、经济适宜、救助基本的原则，引导救助对象和定点医疗机构优先选择纳入基本

医疗保险支付范围的药品、医用耗材、诊疗项目，严控不合理费用支出。通过明确诊疗方案、规范诊疗等措施降低医疗成本，合理控制困难群众政策范围内自付费用。执行定点医疗机构目录外控费比例的规定，特困人员、低保对象和返贫致贫人口，在省内一类、省市级二类、县级二类及三类收费标准定点医疗机构住院目录外费用分别不得超过总费用的 30%、20%、15%，凡超过控制比例的费用均由医疗机构承担。

第三十二条 做好异地安置和异地转诊救助对象登记备案、就医结算等服务，按规定转诊的救助对象，执行户籍地所在统筹地区救助标准。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。

第三十三条 强化结算管理。市级医保经办机构开设医疗救助资金专户，市域内跨县“一站式”医疗救助费用由市医保经办机构与县级医保经办机构进行结算，县域内定点医疗机构按照救助对象应享受的救助金额与县级医保经办机构进行结算。

第三十四条 救助对象当年发生的医疗费用计入当年度救助范围。救助对象跨年度住院的，医疗费用连续累计计算，享受出院日期当年度救助待遇。

第三十五条 救助对象转市外医院住院治疗等需要医后救助的，由参保地县（市、区）医保经办机构负责开展救助。

第八章 组织实施

第三十六条 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。各县（市、区）要结合实际进一步细化和完善倾斜救助政策措施，结合落实医疗保障待遇清单制度，切实规范医疗救助保障范围，坚持基本保障标准，确保制度可持续发展。加强政策宣传解读，及时回应社会关切，营造良好舆论氛围。

第三十七条 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。医保部门负责统筹推进医疗保险、医疗救助制度改革和管理工作，落实各项医疗保障政策。民政部门负责加强特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员等救助对象认定工作，会同相关部门做好因病致贫重病患者认定和相关信息共享工作，支持慈善救助发展。财政部门负责按规定做好资金支持工作。卫生健康部门负责强化对医疗机构的行业管理，规范诊疗路径，促进分级诊疗，指导医疗机构落实“先诊疗、后付费”，医疗费用控制等规定，进一步规范医疗服务行为。税务部门负责做好基本医疗保险费征缴相关工作。银保监部门负责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。乡村振兴部门负责做好返贫致贫人口、监测对象、脱贫人口信息共享和相关工作。工会负责做好职工医疗互助、罹患大病困难职工帮扶工作。

第三十八条 严格基金预算管理。落实医疗救助投入市县保障责任，统筹协调基金预算和政策制定，确保医疗救助基金安全

运行。各县（市、区）应根据救助对象数量、救助标准、医药费用动态变化情况，以及基本医疗保险、大病保险及其他补充医疗保险报销水平等，科学测算医疗救助资金需求，合理安排本级财政医疗救助资金。拓宽筹资渠道，动员社会力量，通过慈善和社会捐助等多渠道筹集资金，统筹医疗救助基金使用。加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理。

第三十九条 加强基层能力建设。统筹医疗保障公共服务需求和服务能力配置，加强基层医疗保障经办队伍建设。市县两级医保经办机构要设立专门机构负责医疗救助经办服务管理，乡镇（街道）要配备专人具体负责。

第四十条 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。

第九章 附 则

第四十一条 本细则中的资助参保政策和医疗救助标准，根据国家及省有关政策变化适时调整。

第四十二条 本细则从发布之日起施行，有效期 5 年，原有救助规定与本细则不一致的以本细则为准。

本文件由市医保局负责解释。

抄送：市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室。

吕梁市人民政府办公室

2022年12月28日印发
