

**达州市人民政府办公室
关于印发达州市健全重特大疾病医疗保险和
救助制度实施细则的通知**

达市府办规〔2022〕8号

各县（市、区）人民政府，达州高新区管委会，达州东部经开区管委会，市级有关部门（单位）：

《达州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，现印发你们，请认真遵照执行。

达州市人民政府办公室

2022年12月9日

达州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（以下简称医疗保险和救助）制度，切实减轻困难群众重特大疾病医疗费用负担，有效防范和化解因病致贫返贫风险，筑牢民生保障底线。根据《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）《四川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》（川办规〔2022〕6号）精神，结合我市实际，制定本细则。

第二条 医疗保险和救助制度应当坚持以人民为中心，尽力而为、量力而行，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，促进三重制度保障与慈善救助、商业健康保险等协同发展、有效衔接。

第三条 健全全市统一规范的医疗保险和救助制度，2023年全面实行医疗救助市级统筹。2030年全面建成以基本医保为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善救助、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系，扎实织密织牢多层次医疗保障网。

第四条 医疗保险和救助由市人民政府统筹协调，各县（市、

区，含达州高新区、达州东部经开区，下同）人民政府（管委会）具体负责。

医疗保障部门统筹推进医疗保险、医疗救助制度改革和管理工作，落实好医疗保障政策。

民政部门负责相关救助对象认定工作，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，支持慈善救助发展。

财政部门按规定做好资金支持。

卫生健康部门负责医疗机构行业管理，规范诊疗路径，促进分级诊疗。

税务部门负责做好基本医保保费征缴工作。

银保监部门负责对商业保险机构承办大病保险进行行业监管，规范商业健康保险发展。

乡村振兴部门负责做好防止返贫监测对象监测和信息共享。工会负责完善困难职工帮扶体系，做好职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶。

第五条 医疗救助实行市级统筹。救助基金独立建账、独立核算、专款专用，并实行救助范围统一、待遇保障统一、基金管理统一、经办流程统一、信息系统统一、医保目录统一。

第二章 医疗救助对象及认定

第六条 医疗救助实行属地管理，公平覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民，医疗救助对象包括以下城乡困难群

众：

（一）特困人员；

（二）孤儿；

（三）低保对象；

（四）低保边缘家庭成员；

（五）防止返贫监测对象；

（六）不符合特困人员救助供养、低保或低保边缘家庭条件，但因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者（以下称因病致贫重病患者）。

第七条 特困人员、孤儿、低保对象、低保边缘家庭成员和因病致贫重病患者由民政部门负责认定；防止返贫监测对象由乡村振兴部门负责认定。

第三章 医疗救助方式和标准

第一节 资助参保

第八条 困难群众应当依法参加基本医疗保险，按规定享有三重制度保障权益。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。

分类资助困难群众参加城乡居民基本医疗保险。特困人员、孤儿按我市当年个人最低缴费标准予以全额资助；低保对象、防止返贫监测对象按个人最低缴费标准的 75%予以定额资助；具备多重救助身份的人员，按照资助标准就高原则给予资助，不得重

复资助。

第九条 各县（市、区）人民政府（管委会）落实参保主体责任，做好参保登记，重点做好困难群众、新增救助对象等特殊人员的参保动员工作，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，确保其及时参保、应保尽保。每年集中缴费期前，民政、乡村振兴部门应当向当地医疗保障部门一次性提供资助参保人员个人信息。医疗救助对象动态调整的，调整信息应当及时函告医疗保障部门，医疗保障部门做好信息系统标识，确保及时享受医疗救助待遇。

第二节 医疗费用救助

第十条 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。医疗救助基金支付的药品、医用耗材、诊疗项目应符合基本医保支付范围规定。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 救助对象符合救助范围的医疗费用，经基本医保、大病保险或职工大额医疗费用补助等支付后的个人负担费用，超过医疗救助基金起付标准（以下简称起付标准）的部分按比例给予救助，一个自然年度不超过救助限额。

第十二条 特困人员、孤儿在定点医疗机构发生的基本医保政策范围内个人负担的普通门诊医疗费用，给予全额救助，1个自然年度救助限额为 360 元。

第十三条 根据救助对象家庭困难情况，分类设定门诊特殊疾病和住院医疗费用年度救助起付标准，其中特困人员、孤儿、低保对象不设起付标准，防止返贫监测对象起付标准为达州市上年居民人均可支配收入的 5%，低保边缘家庭成员为 10%，因病致贫重病患者为 25%。

统筹门诊特殊疾病和住院救助保障，门诊特殊疾病和住院医疗费用合并计算起付标准，共用年度救助限额。救助对象个人负担的政策范围内医疗费用起付标准以上的部分，在年度救助限额内按比例进行救助。其中，特困人员、孤儿给予全额救助；低保对象救助比例为 70%；防止返贫监测对象救助比例为 65%；低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者救助比例为 50%。

特困人员、孤儿、低保对象、防止返贫监测对象一个自然年度内救助限额为 20000 元，低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者一个自然年度内救助限额为 10000 元。

救助对象按规定使用的单行支付药品和部分高值药品费用，救助标准参照门诊特殊疾病和住院救助标准执行，共用年度救助限额。

第十四条 对规范转诊且在省域内就医的救助对象，经基本医保、大病保险、医疗救助三重制度保障后，政策范围内个人年

度累计自付费用仍超过全市防止返贫监测收入标准的部分，给予倾斜救助，救助比例为 50%，年度救助限额为 10000 元。

第十五条 困难群众具有多重特殊身份的，按照就高不就低原则纳入救助范围，不得重复享受救助。

第十六条 市医疗保障和财政部门可根据社会经济发展情况及医疗救助基金运行情况对医疗救助标准实时调整，报市人民政府同意后执行。

第四章 三重制度综合保障

第十七条 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。巩固大病保险减负功能，对特困人员、孤儿、低保对象统一执行起付标准降低 50%、报销比例提高 5 个百分点的倾斜支付政策。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，促进三重制度互补衔接，合力防范因病致贫返贫风险。

第十八条 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。积极引导社会力量参与救助保障，不断壮大慈善救助，鼓励医疗互助和商业健康保险发展。鼓励慈善组织和其他社会组织设立大病救助项目，培育实施品牌救助项目，发挥补充救助作用。指导慈善组织依法开展大病救助募捐活动，推动供需精准对接。

第十九条 医疗救助对象信息动态管理，依托四川省医疗保障信息平台、农村低收入人口监测平台和民政社会救助信息平台，加强信息共享，做好因病致贫和因病返贫双预警风险监测，对基本医保参保对象实施动态监测。医疗保障部门将基本医保参保对象中，个人年度累计自付医疗费用超过当地上年居民人均可支配收入 50% 的人员信息，定期推送至同级民政、乡村振兴部门。各地民政、乡村振兴部门做好监测工作，将符合条件的人员按规定确定为相应救助对象，并及时反馈至同级医疗保障部门，按规定落实医疗保障待遇。

第二十条 建立依申请救助机制，畅通低保边缘家庭成员、防止返贫监测对象和因病致贫重病患者等医疗救助申请渠道，民政、乡村振兴部门及时进行认定，动态调整认定信息。已认定为特困人员、孤儿、低保对象的，直接获得医疗救助。

第五章 医疗救助业务经办

第二十一条 加强对救助对象就医行为引导，推行基层首诊，规范转诊，促进合理就医。经基层首诊转诊至市域内定点医疗机构住院的特困人员、孤儿、低保对象，实行“先诊疗后付费”，免除其住院押金。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，执行达州市救助标准。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。

第二十二条 简化申请、审核、救助金给付流程，对已经认定的 6 类对象，全市范围内基本医保、大病保险、医疗救助“一站式”服务、“一窗口”办理、“一单制”结算。对因特殊原因无法实现“一单制”联网结算的符合条件的救助对象，可向医保经办窗口申请救助，救助资金通过惠民惠农财政补贴资金“一卡通”形式发放。

第二十三条 医疗救助对象到医疗机构就医应主动出示电子医保凭证或社保卡，在医疗机构联网结算的医疗费，属医疗救助基金支付的，由医疗保障经办机构定期与所辖医疗机构结算；属个人自付的，医疗救助对象与医疗机构直接结算。

第二十四条 各级医疗机构应当规范医疗行为，提高服务质量，按规定做好基本医保和医疗救助费用结算。按照安全有效、经济适宜、救助基本的原则，优先选择纳入基本医保支付范围的药品、医用耗材和诊疗项目，严控不合理费用支出，减轻医疗救助对象个人医疗费用负担。

第二十五条 将医疗救助纳入定点医疗机构医保服务协议管理，明确医疗救助的服务内容、服务质量、费用结算以及双方的责任义务等医疗救助相关事项，并加大督促检查力度。

第六章 救助基金筹集与管理

第二十六条 医疗救助基金来源：

（一）中央、省拨付的医疗救助资金；

- （二）市、县（市、区）财政预算安排的医疗救助资金；
- （三）社会各界捐赠用于医疗救助的资金；
- （四）医疗救助基金形成的利息收入；
- （五）按规定可用于医疗救助的其他资金。

第二十七条 鼓励和引导社会力量提供捐赠和资助，多渠道筹集医疗救助基金。

第二十八条 医疗救助基金实行市级统筹，基金统收统支。市财政局设立医疗救助基金财政专户，用于归集各级财政安排的医疗救助补助资金、其他渠道筹集的资金、利息收入等，向各地医疗救助基金支出户划拨基金。各级医疗保障经办机构设立医疗救助基金支出户。

各级财政安排的医疗救助补助资金全部划转到医疗救助基金市级财政专户。各县（市、区）救助基金市级统筹前的缺口，由当地人民政府（管委会）解决。

第二十九条 医疗救助实行预算绩效管理，市、县（市、区）编制财政预算时应足额安排医疗救助资金，市级财政每年定额安排医疗救助补助资金。每年 10 月末，市财政部门会同市医疗保障部门编制下一年全市医疗救助基金收支预算，确定下一年县（市、区）财政应配套安排的医疗救助资金总额。

下一年县（市、区）财政配套资金总额包含资助参保资金和医疗费用救助资金。资助参保资金按照资助对象人数和资助标准确定。医疗费用救助资金由市财政部门会同市医疗保障部门根据

医疗救助基金预算，按照各地各类救助对象人数所占比重确定。基金预算不得随意调整，执行中因特殊事由需要调整的，市财政部门会同市医疗保障部门在当年 10 月末编制预算调整方案。

第七章 监督与责任追究

第三十条 市县两级医疗保障、民政、乡村振兴等部门和乡镇人民政府（街道办事处）应当公开医疗救助监督咨询电话，主动接受社会 and 群众的监督、投诉和举报。

县级医疗保障部门应当会同财政等部门，对医疗救助定期开展专项检查，市级医疗保障部门应当会同财政等部门适时组织抽查。

市县两级民政、乡村振兴等部门重点对救助对象经济状况等情况进行核查和监督。

市县两级审计机关依法加强对医疗救助基金筹集、使用、管理情况的监督。

市县两级卫生健康、医疗保障部门要对开展医疗救助服务的定点医疗机构实行重点监控，确保基金安全高效、合理使用。

第三十一条 医疗救助工作人员在开展医疗救助工作中，滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊、泄露救助对象公示范围以外信息的，将依法依规追究其责任。

第三十二条 任何单位和个人不得改变医疗救助基金性质和用途，不得挪用、截留或挤占。对采取虚报、隐瞒、伪造等手

段，骗取医疗救助基金的，按照《医疗保障基金使用监督管理条例》（国令第 735 号）等有关规定予以查处；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第八章 附 则

第三十三条 本细则由市人民政府负责解释；具体解释工作由市医疗保障局负责。

第三十四条 本细则自 2023 年 2 月 1 日起施行，有效期 5 年。此前规定与本细则不一致的，以本细则为准。