

平顺县人民政府办公室文件

平政办发〔2023〕1号

平顺县人民政府办公室 关于印发平顺县健全重特大疾病医疗保险 和救助制度的实施细则的通知

各乡镇人民政府,县直各有关单位:

《平顺县健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施细则》
已经县人民政府同意,现印发给你们,请结合实际认真贯彻落实。



(此件公开发布)

平顺县健全重特大疾病医疗保险 和救助制度的实施细则

第一章 总 则

第一条 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。根据长治市人民政府办公室《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》(长政办发〔2022〕61号)文件精神,结合我县实际,制定本细则。

第二条 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,强化基本医疗保险(以下简称“基本医保”)、大病保险、医疗救助(以下统称“三重制度”)综合保障,实事求是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。

第三条 县医保部门负责本级行政区域内的医疗救助工作,财政、民政、乡村振兴、卫体、税务、工会、残联、银保监等部门负责做好职责范围内的医疗救助工作。

第四条 本细则适用于本县行政区域内的城乡医疗救助

工作。

第二章 统筹三重制度保障

第五条 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。

第六条 增强城乡居民大病保险减负功能,对特困人员、低保对象和返贫致贫人口实行倾斜支付,起付标准降低50%、报销比例提高5个百分点、取消封顶线。

第七条 强化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。

第八条 对过渡期内乡村振兴部门认定的返贫致贫人口、防止返贫监测对象(脱贫不稳定户、边缘易致贫户和突发严重困难户),按照巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略有关政策规定给予救助,适时调整。

第三章 医疗救助对象和保障范围

第九条 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。坚持保障基本,严格执行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。

第十条 医疗救助对象包括以下类别:

(一)民政部门认定的特困人员(包括孤儿、事实无人抚养儿童、儿童福利机构收留抚养儿童,以下统一简称“特困人员”)、低保对象、低保边缘家庭成员,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(以下统称“因病致贫重病患者”)。

因病致贫重病患者认定办法按照我省有关规定执行。

(二)过渡期内乡村振兴部门认定的返贫致贫人口、易返贫致贫人口(包括脱贫不稳定户、边缘易致贫户)、突发严重困难人口。

第十一条 医疗救助保障范围:

(一)医疗救助主要覆盖救助对象在定点医药机构发生的住院费用、因患门诊慢特病需长期门诊治疗的费用;

(二)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;

(三)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,不得自行制定或用变通方法擅自扩大医疗救助费用范围。

第四章 医疗救助方式和标准

第十二条 困难群众依法参加基本医疗保险,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。

第十三条 资助参保。全面落实城乡居民基本医保参保财政补助政策,对参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分,按照当年个人缴费标准和资助对象类别实行分类资助。资助对象类别和标准如下:

(一)对特困人员全额资助;

(二)对低保对象按80%的比例给予定额资助(低于280元按280元资助);

(三)对返贫致贫人口按90%的比例给予定额资助;

(四)对脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口按280元的标准给予定额资助。

第十四条 住院救助。救助对象在定点医疗机构发生的年度内政策范围内住院医疗费用,经基本医疗保险、大病保险(包括城乡居民大病保险和城镇职工大额补充医疗保险,下同)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,对剩余个人自付部分超过医疗救助起付标准以上的部分实施分类救助。救助对象类别和标准如下:

(一)对特困人员给予全额保障,不设起付线;

(二)对低保对象按70%的比例给予救助,不设起付线,年度救助限额为6万元;

(三)对返贫致贫人口,按70%的比例给予救助,不设起付线,省内住院单次政策范围内费用综合支付比例达不到90%的,救助到90%;

(四)对脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口、突发严重困难人口,年度起付标准为全省上年居民人均可支配收入的10%,按70%的比例给予救助,年度救助限额为6万元;

(五)对低保边缘家庭成员,年度起付标准为全省上年居民人均可支配收入的10%,按60%的比例给予救助,年度救助限额为4万元;

(六)对因病致贫重病患者,年度起付标准为全省上年度居民人均可支配收入的25%,救助比例为60%,年度救助限额为4万元。

第十五条 门诊救助。救助对象因患基本医疗保险规定病种的门诊慢特病,在定点医疗机构发生的年度内政策范围内费用,经基本医疗保险、大病保险按规定报销后,对个人负担部分实施分类救助。救助对象类别和标准如下:

(一)对特困人员按60%的比例给予救助;

(二)对低保对象、返贫致贫人口按30%的比例给予救助。

对按项目支付管理的一类门诊慢特病实行按次救助,对按限额支付管理的二类和三类门诊慢特病实行年底一次性救助。

第十六条 特药救助。享受门诊特药保障政策的救助对象在定点医药机构发生的年度内政策范围内费用经基本医保、大病保险按规定报销后,对个人负担部分实施分类救助。救助对象类别和标准如下:

(一)对特困人员按20%的比例给予救助;

(二)对低保对象、返贫致贫人口按10%的比例给予救助。

第十七条 对特困人员、低保对象、返贫致贫人口、脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口、突发严重困难人口实行直接救助和市内“一站式”结算。对低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者实行依申请救助。

第十八条 门诊救助、特药救助、住院救助共用一个年度救助限额。未按规定转诊的救助对象,在统筹区外就医所发生的医疗费用原则上不纳入医疗救助范围。

第十九条 救助对象具有多重特殊身份属性的,按就高不就低原则实施救助,不得重复救助。救助对象在本县以外参加基本医疗保险且未享受资助参保或医疗费用救助待遇的,可持参保地税务部门出具的缴费凭证或医保经办机构出具的医保支付凭证等资料,到县医保经办服务大厅申请医疗救助,按规定享受有关待遇。

第五章 托底保障

第二十条 倾斜救助。取消大病关怀救助制度。对规范转诊且在省域内就医的救助对象,经三重制度保障后政策范围内个人自付住院和慢特病、特药费用仍超过全省上年居民人均可支配收入的50%的部分,给予倾斜救助。救助比例为70%,年度倾斜救助限额为3万元。

第二十一条 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、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。

过渡期内，返贫致贫人口省内住院目录外控制比例范围内的住院医疗费用由医疗救助基金按85%的比例救助。

第六章 医疗救助基金筹集和管理

第二十二条 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；
- (八)县财政弥补支出缺口的预算追加。

第二十三条 县医保局要按照脱贫攻坚期建档立卡贫困人口资助参保资金预算标准和补充医疗保险资金预算标准，将各级财政投入的资助原建档立卡贫困人口参保补助资金、补充医疗保险资金并入同级医疗救助基金。县财政局应进一步加大医疗救助资金投入，确保政策有效衔接、待遇平稳过渡、制度可持续。

第二十四条 县财政局要设立医疗救助基金财政专户，中

央、省、市下拨的医疗救助补助资金、县本级配套资金、弥补支出缺口的预算追加、其他渠道筹集的资金和利息收入等全部纳入专户管理。

第二十五条 县医保经办机构综合考虑救助对象总量、救助标准、上年实际支出、医疗费用增长等因素,科学测算年度医疗救助基金需求,并报县财政局审定后列入当年预算,足额拨付。

第二十六条 应由医疗救助基金支付的医疗费用,由县医保经办机构按月向县财政局提交拨付申请,财政部门审核后城乡医疗救助基金由医疗救助基金专户直接支付到定点医药机构或救助对象。

第二十七条 医疗救助基金应独立建账、独立核算、专款专用。当年如有结余,结转下年度继续使用,不得用于平衡财政预算。当期收不抵支出现赤字时,缺口部分动用历年滚存结余弥补。仍然不足的,由县财政补足。

第二十八条 财政、医保部门要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。

第七章 建立医保动态监测预警机制

第二十九条 医保部门要加强对救助对象和脱贫人口(以下

统称“重点监测对象”)参加医保、医疗总费用、待遇享受、医疗费用个人负担等情况的监测和信息共享,按规定及时纳入医保帮扶政策范围。

除上述人员之外的其他城乡居民基本医疗保险参保人员(以下简称“其他监测对象”)医疗费用个人负担情况同时纳入监测范围。

第三十条 县医保经办机构对重点监测对象个人年度累计负担医疗费用超过0.6万元、其他监测对象超过2万元的,纳入医保防范因病致贫监测预警范围,并于每月10日前推送同级民政、卫体、乡村振兴部门。

第三十一条 对县医保经办机构推送的监测人员信息,县民政、乡村振兴部门按照有关规定及时将符合条件的人员纳入相应保障范围,并于5个工作日内向县医保经办机构推送信息,按规定落实医保帮扶政策。

第八章 建立动态调整信息共享机制

第三十二条 县医保、民政、乡村振兴等部门要积极落实本部门管理对象的参保动员主体责任,协同乡镇人民政府、村、驻村干部等合力做好分类资助参保工作。

第三十三条 县民政、乡村振兴等部门应及时、准确、完整地向县医保中心提供救助对象动态管理人员名单。因姓名、身份证信息等基础信息错误无法办理参保登记和标识的,由相关部门负

责核实修正并重新提供。相关部门提供名单的实际日期应与名单载明日期相符；不符的，应由相关部门负责提供名单的工作人员手工注明。

（一）集中缴费期开始前，县民政、乡村振兴等部门负责于8月底前向县医保经办机构提供救助对象名单，县医保中心负责依据该名单对相关人员进行身份标识，并按规定落实资助参保。

（二）集中缴费期开始后至结束前，县民政、乡村振兴、残联负责按月提供救助对象动态管理人员名单，医保经办机构负责对新增人员按规定落实资助参保；已缴费的，应当按照当年资助标准退还其个人缴费。

（三）集中缴费期结束后，县民政、乡村振兴、残联负责继续按月提供救助对象动态管理人员名单，县医保经办机构负责对新增的未参保困难人员按规定落实资助参保，其中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，财政补助部分由县财政全额承担；已缴费的，不再退还。

县卫体部门参照上述规定做好肇事肇祸等严重精神障碍患者的信息共享工作。

第三十四条 救助对象于缴费期结束后参加居民医保的，按规定补缴个人缴费自负部分后，自民政、乡村振兴部门提供名单之日起按规定享受医保帮扶政策，不设待遇等待期。

第三十五条 参保人员住院期间经相关部门认定纳入困难人口范围的，以出院时身份为准落实相关待遇；住院期间退出困

难人口范围的,以入院时身份为准落实相关待遇。

第九章 医疗救助经办管理服务

第三十六条 基本医保和医疗救助实行一体化经办管理服务,统一信息化建设、统一协议管理、统一基金监管,市域内基本医保、大病保险、医疗救助实行“一站式”结算服务、“一窗口”办理。

第三十七条 县医保经办机构要完善落实医疗救助服务事项清单和经办管理服务规程。按照优化营商环境有关要求,简化申请、审核、救助金给付流程,为困难群众提供方便快捷的服务。

第三十八条 县医保经办机构按规定做好本县区医疗救助基金的筹集、管理和使用,负责参保缴费、费用监控、待遇支付、结算管理、稽查审核、政策宣传等经办管理服务,落实监测预警和信息共享相关要求。

第三十九条 救助对象因跨统筹区就医等原因在定点医药机构未实现医疗救助“一站式”结算的,以出院日期为准,救助对象或其委托代理人原则上应在180日内到身份认定地医疗保险经办机构申请办理手工报销并享受相关待遇。年度内多次住院一并申报的,按最后一次出院日期计算申报时限。跨年度申报的,执行医疗费用发生年度待遇标准。

第四十条 县医保经办机构要按照管辖范围将医疗救助纳入医疗保险定点协议管理范围,明确双方的权利义务。强化医保

定点医疗机构费用管控主体责任,做好费用监控、稽查审核,保持打击欺诈骗保高压态势,确保基金安全高效、合理使用。

第四十一条 定点医疗机构要按照安全有效、经济适宜、救助基本的原则和协议约定,加强医疗救助服务,提高服务质量,按规定落实“先诊疗后付费”和目录外费用控制要求,促进合理施诊、合理用药,严控不合理费用支出。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。

第四十二条 加强基层能力建设。加强基层医疗保障经办队伍建设,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。县医保经办机构要设立专门机构负责医疗救助经办管理。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。

第十章 拓宽保障渠道

第四十三条 发展壮大慈善救助。鼓励慈善组织和其他社会组织设立大病救助项目,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。促进互联网公开募捐信息平台发展和平台间慈善资源共享,规范互联网个人大病求助平台信息发布,推行阳光救助。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,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。

第四十四条 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,切实提高参保人保障水平,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。

第十一章 组织实施

第四十五条 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医疗保险和救助工作机制。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。

第四十六条 组建县政府分管领导牵头,县医保、民政、乡村振兴、财政、卫体、税务、银保监、工会、残联等部门参加的健全重特大疾病医疗保险和救助制度联席会议,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,及时研究解决工作推进过程中遇到的问题。

县医保局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。根据我县巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略过渡期部署要求和医疗救助基金筹

集使用情况,会同相关部门适时调整完善医疗救助政策,报县政府同意后实施。

县民政局要做好特困人员(包括孤儿、事实无人抚养儿童、儿童福利机构收留抚养儿童)、低保对象、低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者等救助对象的认定、信息共享和参保动员,支持慈善救助发展。

县财政局要按规定做好资金支持,将医疗救助资金纳入年度财政预算,确保足额、及时拨付资金。

县卫体局要强化对医疗机构的管理,规范诊疗行为,促进分级诊疗,督促医疗机构落实“先诊疗后付费”相关要求。

县税务局要做好基本医保保费征缴相关工作。

县乡村振兴局要做好防止返贫监测对象监测、信息共享和参保动员。

县银保监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。

县工会要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。

第十二章 附 则

第四十七条 全省上年居民人均可支配收入以省统计局官网公布数据为准,四舍五入取整后计算确定起付标准,自公布次月1日起执行,之前按上年标准执行。

第四十八条 本实施细则由县医疗保障局负责解释,自发布之日起施行,有效期五年。本实施细则施行之前的医疗救助相关规定与本细则不一致的,按本细则执行。