

# 市政府关于印发徐州市 重特大疾病医疗保险和救助实施办法的通知

徐政规〔2022〕7号 2022年10月28日

各县(市、区)人民政府,徐州经济技术开发区、徐州高新技术产业开发区、徐州淮海国际港务区管委会,市各委办局(公司),市各直属单位:

《徐州市重特大疾病医疗保险和救助实施办法》已经市政府第9次常务会议审议通过,现印发给你们,希认真贯彻落实。

## 徐州市重特大疾病医疗保险和救助实施办法

### 第一章 总则

**第一条** 为进一步完善我市医疗救助工作,筑牢民生保障底线,按照党中央、国务院关于深化医疗保障制度改革和完善社会救助制度的决策部署,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》《省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》以及其他政策规定,结合我市实际,制定本实施办法。

**第二条** 本市困难群众重特大疾病医疗保险和救助工作,适用本办法。

**第三条** 重特大疾病医疗保险和救助工作聚焦减轻困难群众重特大疾病医疗费用负担,实事求是确定困难群众医疗保障待遇标准,坚持应保尽保、保障基本,尽力而为、量力而行,同时避免过度保障,推动民生改善更可持续。

**第四条** 强化基本医保、大病保险、医疗救助综合保障,促进三重制度互补衔接,防范因病致贫返贫。加强三重制度综合保障与社会力量参与帮扶协同发展、有效衔接,构建政府主导、多方参与的多层次医疗保障体系。

**第五条** 推进医疗救助与基本医保统筹层次相衔接。全面实现医疗救助全市范围内统一救助范围、统一救助标准、统一经办管理、统一定点管理、统一信息系统建设,

切实增强政策制度的公平性,最大限度惠及救助对象。

## 第二章 救助对象范围

**第六条** 具有当地户籍,经相关部门认定,符合下列条件之一的,纳入医疗救助范围:

- (一)特困人员;
- (二)最低生活保障对象;
- (三)困境儿童;
- (四)符合条件的享受国家抚恤补助的优抚对象(不含1—6级残疾退役军人);
- (五)享受民政部门定期定量生活补助费的20世纪60年代精减退职职工;
- (六)市、县(市、区)总工会核定的特困职工;
- (七)低保边缘家庭成员;
- (八)支出型困难家庭中的大重病患者;
- (九)具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者;
- (十)县(市、区)人民政府规定的其他特殊困难人员;

原建档立卡低收入人口过渡期内继续纳入医疗救助范围,国家和省有新规定的,从其规定。

**第七条** 医疗救助对象数据“谁主管、谁采集,谁提供、谁负责”,各相关部门应及时维护、更新和共享本部门负责的医疗救助对象信息,保证数据的完整性、准确性、时效性和可用性。

县(市、区)民政部门负责特困人员、最低生活保障对象、困境儿童、享受民政部门定期定量生活补助费的20世纪60年代精减退职职工、低保边缘家庭成员、支出型困难家庭中的大重病患者、具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者相关信息维护、共享工作。上述两类大重病患者,是指符合江苏省支出型困难家庭认定办法和徐州市临时救助政策规定的支出型困难家庭中,主要因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现困难的家庭成员。

市、县(市、区)退役军人事务部门负责符合条件的享受国家抚恤补助的优抚对象(不含1—6级残疾退役军人)的认定和相关信息维护、更新和共享工作。

市、县(市、区)总工会负责特困职工的认定和相关信息维护、更新和共享工作。

市、县(市、区)乡村振兴局负责原建档立卡低收入人口相关信息维护、共享工作。

**第八条** 医疗救助对象丧失相应对象身份的,次月起不再享受医疗救助待遇。医疗救助对象住院治疗期间,丧失医疗救助对象身份的,当次住院仍按原医疗救助对象类别享受医疗费用补助待遇;在住院治疗期间取得医疗救助对象身份的,当次住院起即可按相应医疗救助对象类别享受医疗费用补助待遇。

具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者,自身份认定之日起,一年内享受相应身份的医疗救助待遇。

救助对象具有多重身份的,按就高原则享受医疗救助待遇,不得重复享受。医疗救助对象异地就学、就业等,由其身份相对应的生活保障(补助、待遇)领取(享受)地给予医疗救助。

### 第三章 救助方式和标准

**第九条** 医疗救助对象参加本市城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分,由医疗救助基金按照救助对象类别分类资助,应资尽资。

(一)对特困人员、最低生活保障对象、困境儿童、符合条件的享受国家抚恤补助的优抚对象、享受民政部门定期定量生活补助费的20世纪60年代精减退职职工、特困职工家庭成员全额资助参保。

(二)对低保边缘家庭成员、支出型困难家庭中的大重病患者、具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者、县(市、区)人民政府规定的其他特殊困难人员、过渡期内原建档立卡低收入人口,按照不低于我市个人缴费标准的80%给予定额资助参保。

(三)对未参保的新增救助对象,按照类别及时资助参保,并免除待遇等待期。新增救助对象身份认定之前已经参保的,不再资助当年参保费用。

**第十条** 医疗救助对象在定点医药机构发生的政策范围内(药品、医用耗材、诊疗项目和医疗服务设施需符合国家和省有关基本医保支付范围的规定)门诊、住院费用(含生育的医疗费用),按照“先保险后救助”原则,对经基本医保、大病保险报销后的个人自付部分,由医疗救助基金按照以下标准给予直接救助,应救尽救。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,纳入救助保障。

(一)对特困人员、困境儿童中的孤儿和事实无人抚养儿童,不设年度救助起付标准,救助比例为100%。

(二)对最低生活保障对象、困境儿童中的其他儿童、符合条件的享受国家抚恤补助的优抚对象、享受民政部门定期定量生活补助费的20世纪60年代精减退职职工、特困职工,不设年度救助起付标准,救助比例为80%。

(三)对低保边缘家庭成员、支出型困难家庭中的大重病患者、具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者、县(市、区)人民政府规定的其他特殊困难人员,年度救助起付标准按照不高于我市上年居民人均可支配收入的10%设置,救助比例为70%。

以上救助对象,政策范围内医疗费用的年度最高救助限额为12万元,其中普通门诊救助限额1万元,门诊慢特病可以和住院共用年度救助限额。

(四)对脱贫过渡期内原建档立卡低收入人口,年度救助起付标准按照不高于我市上年居民人均可支配收入的10%设置,政策范围内医疗费用的年度最高救助限额为12万元,救助比例为70%。普通门诊费用不予救助。门诊慢特病予以救助并可以和住院共用年度救助限额。

**第十一条** 对异地安置和按规定转诊的救助对象,按照第十条规定的比例进行救助;未按规定转诊的救助对象,所发生的医疗费用,在规定救助比例的基础上,下降20个百分点。

**第十二条** 救助定点医疗机构要严格控制基本医保目录外医药费用。经基本医保、大病保险、医疗救助等结报后,救助对象在县域内定点医疗机构住院个人自付费用控制在政策范围内住院总费用10%以内。

**第十三条** 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(已达到政策范围内医疗费用的年度最高救助限额)综合保障后,对政策范围内个人自付费用超过城乡居民大病保险起付线的部分,按以下标准给予倾斜救助:

(一)对特困人员、困境儿童、最低生活保障对象、符合条件的享受国家抚恤补助的优抚对象、享受民政部门定期定量生活补助费的20世纪60年代精减退职职工、特困职工,救助比例80%,政策范围内医疗费用的年度再救助限额为5万元。

(二)对低保边缘家庭成员、支出型困难家庭中的大重病患者、具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者、县(市、区)人民政府规定的其他特殊困难人员、脱贫过

渡期内原建档立卡低收入人口,救助比例70%,政策范围内医疗费用的年度再救助限额为5万元。

#### 第四章 社会力量参与救助保障

**第十四条** 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,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,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。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。

**第十五条** 鼓励商业补充医疗保险和医疗互助发展。支持商业补充医疗保险发展,满足基本医疗保障以外的保障需求。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。支持开展职工医疗互助,推行乡村公益医疗互助,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。

#### 第五章 救助经办管理服务

**第十六条** 执行国家医疗救助服务事项清单和经办管理服务规程,做好救助对象信息实时共享互认、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 and “江苏医保云”等渠道,依法依规加强数据归口管理。

**第十七条** 市内具备住院服务资质的基本医疗保险定点医疗机构和市爱心医院,作为我市医疗救助定点机构,并按照“属地管理、大市互认”的原则开展管理服务工作。统一协议管理,强化定点医疗机构费用管控主体责任。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,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。

**第十八条** 优化救助申请审核程序,已认定为相关救助对象的,直接享受医疗救助。简化申请、审核、救助金给付流程,加快实现救助对象省域范围内基本医保、大病保险、医疗救助“一站式”结算全覆盖。救助对象市外参保或其他原因不能实现“一站

式”结算的,经办机构向相关部门核实救助对象身份信息后凭有关费用票据手工结算。推动实行“一站式”服务、“一窗口”办理,提高结算服务便利性。

**第十九条** 加强部门工作协同,全面对接社会救助经办服务,按照职责分工做好困难群众医疗救助申请受理、分办转办及结果反馈。动员基层干部,依托“15分钟医保服务圈”、社会救助工作网络和基层医疗卫生机构,做好政策宣传和救助申请委托代办等,及时主动帮助困难群众。

**第二十条** 开展医疗救助服务的定点医疗机构要完善服务内容,提高服务质量。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。经基层首诊转诊的救助人员在市域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。按照安全有效、经济适宜、救助基本的原则,优先选择使用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。按规定做好基本医保和医疗救助费用结算。

**第二十一条** 进一步加强低收入人口动态监测,强化高额医疗费用支出预警机制建设。建立“线上+线下”的动态监测机制,村(社区)组织以及镇(街道)、县级、市级社会救助职能部门分工协作,强化信息共享和核查比对,及时向民政部门推送达到监测标准的人员信息,符合条件的及时纳入救助范围。

## 第六章 救助基金预算管理

**第二十二条** 各县(市)、铜山区、贾汪区应当建立独立的医疗救助基金。要根据测算的资金需求和上级财政补助资金情况,合理安排本级财政医疗救助资金,落实医疗救助投入保障主体责任。加强基金预算管理,参照上年度医疗救助支出情况,合理安排当年预算资金。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。加强预算执行监督,全面实施预算绩效管理。

**第二十三条** 各区(不含铜山区、贾汪区)应建立医疗救助专项资金,通过多渠道筹集,按上年度医疗救助支出资金数汇集市社保基金财政专户统筹管理。医疗救助财政补助资金筹集主要由市、区两级财政按照市与区共同财政事权和支出责任比例承担。

市级医疗救助基金来源主要包括:

(一)各级财政补助资金;

- (二)市福利彩票公益金200万元;
- (三)市经常性社会捐赠“一日捐”捐款100万元;
- (四)市总工会工会经费30万元;
- (五)市慈善总会善款230万元;
- (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。

**第二十四条** 各医保经办机构应对医疗救助资金单独建账核算,依法设置会计账簿,规范专项资金管理,保障资金安全。

## 第七章 组织保障

**第二十五条** 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。

**第二十六条** 加强部门协同。依托社会救助联席会议机制,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。各级医疗救助相关部门按照职责分工,密切协作,确保协调高效运转。

(一)医疗保障部门具体负责医疗救助的组织实施和综合管理,统筹促进基本医保、大病保险和医疗救助三重制度衔接互补。配合有关部门做好因病支出型困难家庭认定和因病返贫致贫风险监测预警工作。建立完善医疗救助保障信息化手段。

(二)民政部门要做好相关救助对象身份认定及信息维护、共享工作,会同医疗保障等部门做好支出型困难家庭及具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者认定和相关信息维护、共享,支持慈善救助发展。

(三)财政部门负责医疗救助基金的筹集和拨付,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,督促医疗机构实施“一站式”即时结算和落实救助对象住院先诊疗后付费政策。

(五)退役军人事务部门要做好符合条件的享受国家抚恤补助的优抚对象认定工作。

(六)税务部门要做好基本医保保费征缴相关工作。

(七)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,规范商业补充医疗保险发展。

(八)乡村振兴部门要继续做好原建档立卡低收入人口信息维护、共享和乡村公益医疗互助推广工作。

(九)总工会要做好特困职工认定、职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶。

(十)审计部门负责加强对医疗救助资金的筹集、管理、使用和救助情况的审计监督,杜绝挤占挪用等现象的发生。

**第二十七条** 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。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。

**第二十八条** 加强监督管理。医保经办机构、定点救助医疗机构和救助对象在医疗救助基金使用和服务管理过程中发生违法违规行为的,严格按照《医疗保障基金使用监督管理条例》《定点医疗机构服务协议》和其他相关法律、法规、政策处理。

## 第八章 附则

**第二十九条** 本办法自2023年1月1日起施行,有效期至2027年12月31日。《徐州市市区困难群众医疗救助实施办法》(徐政规〔2017〕1号)同时废止。其他原有规定与本办法不一致的,以本办法为准。