

营口市重特大疾病医疗保险和 医疗救助管理办法

(营政办发〔2022〕23号 2022年9月23日公布)

第一条 为进一步减轻困难群众和大病患者医疗费用负担，防范因病致贫返贫，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）和《辽宁省人民政府办公厅关于健全全省重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》（辽政办发〔2022〕36号），结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于我市行政区域内重特大疾病医疗保险和医疗救助管理工作。

第三条 建立健全部门协同机制，明确工作职责，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，共同做好我市重特大疾病医疗保险和救助工作。

（一）医疗保障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，落实好医疗保障政策；

（二）民政部门负责做好特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、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、其他特殊困难人员的认定工作，做好认定救助对象的信息共享，支持慈善救助发展；

(三) 财政部门负责按规定做好资金支持；

(四) 卫生健康部门负责强化对医疗机构的行业管理，规范诊疗路径和诊疗行为，促进分级诊疗；

(五) 税务部门负责做好基本医保保费征缴相关工作；

(六) 银保监会部门负责加强对保险机构承办商业大病保险的行业监管，规范商业健康保险发展；

(七) 乡村振兴部门负责做好农村易返贫致贫人口监测和信息共享；

(八) 工会负责做好职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶工作。

第四条 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，聚焦减轻困难群众重特大疾病医疗费用负担，健全统一规范的医疗救助制度，强化基本医疗保险、补充医疗保险、医疗救助（以下简称三重制度）综合保障。

第五条 医疗救助制度公平覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民。救助对象为参加基本医疗保险的以下人员：

(一) 特困人员；

(二) 孤儿（含事实无人抚养儿童，下同）；

(三) 低保对象；

(四) 低保边缘家庭成员；

(五) 返贫致贫人口；

(六) 纳入监测范围的农村易返贫致贫人口；

(七) 不符合特困人员救助供养、低保、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（以下简称因病致贫重病患者）；

(八) 其他特殊困难人员，包括生活困难的重度残疾人（1、2级）、省部级患病劳模、在乡老复员军人、7—10级残疾军人等。

第六条 民政、乡村振兴部门按照各自职责做好医疗救助对象的认定，医疗保障部门及时将符合条件的困难人员纳入救助范围。

(一) 特困人员、孤儿、低保对象和低保边缘家庭成员由民政部门认定；

(二) 返贫致贫人口、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口由乡村振兴部门确定；

(三) 因病致贫重病患者、其他特殊困难人员，综合考虑家庭经济状况、医疗费用支出、医疗保险支付等情况，由民政部门会同相关部门制定认定标准和办法。

第七条 困难群众参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费实行分类资助。

(一) 特困人员、孤儿实行全额资助；

(二) 低保对象、返贫致贫人口、纳入监测范围的农村

易返贫致贫人口中的监测帮扶对象暂实行全额资助，巩固脱贫攻坚成果过渡期内根据省文件由全额资助适时调整为定额资助；

（三）低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口中的其他监测范围内人口按其参加城乡居民基本医疗保险个人缴费的 60%给予定额资助；

（四）其他特殊困难人员，参照低保对象给予参保资助。

具有多种身份的人员按照就高不重复的原则享受参保资助待遇。

第八条 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。

第九条 按照“先保险后救助”的原则，健全三重保障制度，促进三重制度互补衔接，梯次减轻困难群众医疗费用负担。

（一）坚持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，对所有参保人员实施公平适度保障；

（二）增强大病保险减负功能，持续提高职工大额医疗费用补助的保障能力，完善大病保险对特困人员、孤儿、低保对象和返贫致贫人口的倾斜支付政策。2023 年 1 月 1 日起，特困人员、孤儿、低保对象和返贫致贫人口的大病保险支付比例由 70%提高至 75%；

（三）夯实医疗救助托底保障功能，及时对基本医保、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，合力防范因病返贫致贫风险。

第十条 救助对象在定点医药机构发生的基本医疗保险政策范围内的住院费用、因慢性病长期服药或患重特大疾病需长期门诊治疗的费用，经基本医保、大病保险等补充医疗保险报销后个人负担部分（含基本医保、大病保险起付标准以下的政策范围内个人自付费用）按规定给予医疗救助。

第十一条 医疗救助包括基本救助和倾斜救助，统一实行按费用救助模式。

（一）基本救助。年度救助限额、起付标准和救助比例等待遇标准执行全省统一规定。2023年1月1日起，基本救助待遇标准为：

1.年度救助限额：2万元。

2.起付标准：特困人员、孤儿、低保对象不设起付标准，低保边缘家庭成员起付标准为2000元，因病致贫重病患者起付标准为5000元。

3.救助比例：特困人员、孤儿、低保对象救助比例为70%，低保边缘家庭成员救助比例为60%，因病致贫重病患者救助比例为50%。

（二）倾斜救助。对规范转诊且在省域内就医的救助对象，经基本医保、大病保险等补充医疗保险、基本救助综合保障后个人负担仍然较重的，给予倾斜救助。根据我市医疗救助基金筹资水平和运行情况，合理确定和适时调整不同类

别救助对象倾斜救助待遇标准，与基本救助政策有效衔接。

2023年1月1日起，倾斜救助待遇标准为：

1.年度救助限额：特困人员、孤儿、低保对象为2万元，低保边缘家庭成员为1.8万元，因病致贫重病患者为1.5万元。

2.起付标准：特困人员、孤儿不设起付标准，低保对象起付标准为3000元，低保边缘家庭成员起付标准为5000元，因病致贫重病患者起付标准为10000元。

3.救助比例：特困人员、孤儿、低保对象救助比例为70%，低保边缘家庭成员救助比例为60%，因病致贫重病患者救助比例为50%。

4.特困人员、孤儿、低保对象等生活困难的严重精神障碍患者因精神疾病在定点医疗机构住院治疗，发生的合规医疗费用，经基本医疗保险、补充医疗保险报销后，医疗救助实行按床日定额救助。

乡村振兴部门确定的返贫致贫人口、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口，参照低保对象、低保边缘家庭成员给予基本救助和倾斜救助。

民政部门认定的其他特殊困难人员，参照低保边缘家庭成员给予基本救助和倾斜救助。

具有多种身份的困难群众按照就高不重复的原则享受救助待遇。

第十二条 我市认定的医疗救助对象在市域外参加城乡居民基本医疗保险的，凭参保缴费凭证按照参保地个人缴费标准享受资助参保政策，并享受我市医疗救助报销待遇。

第十三条 特困人员、孤儿、低保对象、低保边缘家庭成员、返贫致贫人口、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口、其他特殊困难人员直接获得医疗救助，医疗救助待遇享受时间从救助对象身份认定之日起开始享受。因病致贫重病患者实行依申请救助，自申请救助之日前 12 个月内发生的个人负担的合规医疗费用，按规定给予一次性救助。

第十四条 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。分类健全因病返贫和因病致贫双预警机制，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。

第十五条 因病返贫风险监测范围为全部医疗救助对象（不包括因病致贫重病患者）和未纳入防止返贫动态监测范围的脱贫人口。因病致贫风险监测范围为因病返贫风险监测范围以外的职工医保和居民医保参保人员。

第十六条 对因病返贫和因病致贫风险监测对象年度内个人累计负担的住院、门诊慢特病及高值药品费用进行动态监测并按下列标准预警。

（一）因病返贫风险监测对象的预警标准为 5000 元；

(二) 参加居民医保的因病致贫风险监测对象的预警标准为 2 万元；

(三) 参加职工医保的因病致贫风险监测对象的预警标准为 5 万元。

第十七条 预警信息由医保部门定期推送给民政、乡村振兴部门，预警信息中应包括监测对象基本信息和个人负担医疗费用构成等情况。民政、乡村振兴部门根据预警信息和工作中掌握的其他情况，按规定确定或调整监测对象身份类别，并及时采取相应的救助、帮扶措施；医疗保障部门按照民政、乡村振兴部门确定的监测对象身份类别及时给予医疗救助，并按规定落实医保扶贫倾斜政策。

第十八条 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，完善信息共享和业务协作机制，实现部门间数据定期交换和同步更新，加强部门协作，共同做好医疗救助对象参保登记和身份标识维护，实现救助对象信息共享互认、参保资助、待遇给付等一体化经办服务。

第十九条 医疗救助实行定点医疗机构管理。统一基本医保、医疗救助服务协议，完善定点医疗机构医疗救助协议管理和考核，推动定点医疗机构提高服务质量和落实费用管控主体责任。

第二十条 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。经基层首诊转诊的特困人

员、孤儿、低保对象、低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口在市域内定点医疗机构住院实行“先诊疗后付费”，全面免除住院押金。

第二十一条 按照安全有效、经济适宜、救助基本的原则，引导医疗救助对象和定点医疗机构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。

第二十二条 按规定办理了异地转诊、异地安置和符合急诊标准的救助对象，执行我市救助标准；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。

第二十三条 定点医疗机构“一单制”即时结算垫付的医疗救助资金由经办机构按月拨付。市域外异地就医联网直接结算的医疗救助资金按照全省统一规定进行结算。

第二十四条 医疗救助基金来源主要包括：

- （一）中央和省财政补助资金；
- （二）彩票公益金中安排的城乡医疗救助资金；
- （三）市、县财政配套资金；
- （四）社会捐助资金；
- （五）医疗救助基金产生的利息收入；
- （六）按规定可用于医疗救助的其他资金。

第二十五条 加大财政资金投入力度，增强医疗救助托底保障能力。中央、省财政补助以外资金由市、县两级财政

按照 3:7 的比例给予配套。医疗救助基金累计结余不超过当年筹集基金总额的 15%，结余基金结转下年使用。

第二十六条 医疗救助基金纳入市级财政专户统一管理，分账核算，专款专用。任何单位和个人不得截留、挤占、挪用医疗救助基金。

第二十七条 加强预算管理，统筹协调基金预算和政策制定，落实医疗救助投入保障责任，确保救助对象待遇及时支付、定点医疗机构费用及时结算。加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理，提高救助资金使用效率。

第二十八条 加强对医疗救助基金使用情况的监督检查力度，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。

第二十九条 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，引导各类慈善组织和其他公益类社会组织设立重特大疾病救助项目，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信息共享，规范互联网个人大病求助平台信息发布，推行阳光救助。整合医疗保障、社会救助、慈善帮扶等资源，探索建立罕见病用药保障机制，提升综合保障水平。

第三十条 鼓励医疗互助发展，扶持引导开展职工医疗互助，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，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，积极开发推广与基本医疗保险相衔接的普惠型商业健康保险产品，将基本医保目录内个人负担较高的费用和目录外合理医疗费用纳入保障范围，并在产品定价、赔付条件、保障范围等方面对困难群众适当倾斜。

第三十一条 与本办法不一致的政策，以本办法为准。国家、省政策作出调整时，按调整后的政策执行。

第三十二条 本办法由营口市医疗保障局负责解释。

第三十三条 本办法自 2023 年 1 月 1 日起施行。