



保山市人民政府办公室关于印发保山市医疗救助市级统筹实施办法的通知

保政办规〔2022〕2号

各县（市、区）人民政府，各园区管委会，市直各委、办、局：

《保山市医疗救助市级统筹实施办法》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。

保山市人民政府办公室

2022年12月14日

（此件公开发布）



保山市医疗救助市级统筹实施办法

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实《社会救助暂行办法》（国务院令第 649 号）、《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5 号）、《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）精神，根据《云南省人民政府办公厅关于印发云南省健全重特大疾病医疗保险和救助制度若干措施的通知》（云政办发〔2022〕40 号）要求，进一步做好医疗救助工作，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，提升医疗救助制度托底保障能力，结合实际，制定本办法。

第二条 在本市行政区域内，实施医疗救助制度及其相关活动的单位或者个人，应当遵守本办法。

第三条 市医保局负责本行政区域内的医疗救助资金统筹和管理工作。

第四条 医疗救助是指政府和社会对因特殊困难而无能力缴纳基本医疗保险费用实施专项资助参保，对经基本医疗保险、大病保险支付后个人自付费用仍然较大的给予一定比例医疗费用报销的制度。

第五条 提高医疗救助统筹层次，实现医疗救助市级统筹，建立全市统一救助政策、统一筹资水平、统一基金管理、统一待遇标准、统一经办流程的医疗救助管理制度。坚持政府主导、市级统筹、医保主管、分级管理、部门协同、社会参与的工作机制及保障体系。坚持以人为本、应保尽保、应资尽资、保障基本，尽力而为、量力而行，推动民生改善更可持续。

第二章 救助对象

第六条 确定医疗救助对象。医疗救助公平覆盖医疗费用负担较重的城乡居民和困难职工，根据现行困难人员认定标准，按照四类人员并分别实施医疗救助。

一类人员：特困人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）。

二类人员：最低生活保障对象（以下简称低保对象）、返贫致贫人口。



三类人员：低保边缘家庭成员（以下简称低保边缘对象）、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口、深度困难职工。

四类人员：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）、相对困难职工、县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员。

第三章 资助参保

第七条 困难群众依法参加基本医保，确保基本医保、大病保险、医疗救助三重保障制度（以下简称医保三重制度）对医疗救助对象全覆盖。新增医疗救助对象不受居民医保集中缴费期限制，做到医疗救助对象新增一人、标识一人、参保一人。

第八条 对参加居民医保个人缴费有困难的群众给予分类资助，由医疗救助基金支出。

（一）全额资助：一类人员。

（二）定额资助：二类人员及丧失劳动能力的一二级重度残疾人、低收入家庭中 60 周岁以上的贫困老年人和未成年人（含三级残疾中的智力和精神残疾人），腾冲市、龙陵县边境一线行政村的农村居民（含重点优抚对象）。



（三）资助参保标准，以缴费时所属医疗救助对象类别为准，按可享受最高资助档次给予资助，已缴纳参保费用的不退不补。定额资助标准按照省医保局、省财政厅等部门合理确定后执行并动态调整。

（四）城乡医疗救助资金用于资助参保部分，资助参保时限与各类人员对应的参保缴费期保持一致。资助参保资金由市级财政部门根据市级医疗保障部门审核认定的资助对象人数和金额，从“城乡医疗救助基金”统一核拨到“城乡居民基本医疗保险基金”。

第四章 待遇保障

第九条 统一支付范围。将医疗救助对象住院及门诊慢性病、门诊特殊病、门诊急诊抢救（含院前急诊抢救）、日间手术、协议期内国家医保谈判药品门诊保障产生医保目录内医疗费用，经基本医保、大病保险等报销后的个人自付医疗费用，纳入认定地医疗救助支付范围。除复诊和急诊抢救外，未按照规范转诊的医疗救助对象，所发生的医疗费用不纳入医疗救助支付范围。



第十条 统一起付标准。以统计部门公布的全省上一年度居民人均可支配收入为基数，确定医疗救助起付标准，对一类、二类人员取消起付标准，三类人员按照基数 10%确定，四类人员按照基数 25%确定，一个自然年度内医疗救助起付标准累计计算。

第十一条 统一支付比例。对一类人员按照 100%支付比例救助，二类人员按照 70%支付比例救助，三类人员按照 60%支付比例救助，四类人员按照 50%支付比例救助。

第十二条 统一支付限额。原则上不低于全省上一年度居民人均可支配收入，根据省统计部门公布的数据动态调整。救助对象的医疗救助范围按照云南省基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施范围执行，其门诊和住院各救助项目年度最高救助限额相互独立，不合并计算。救助对象自然年度内可一次或多次享受救助，但个人累计年救助总额不得超过最高限额。

第十三条 统一分类救助。根据人员类别实施分类救助，脱贫人口（原建档立卡贫困户）及纳入保山市乡村振兴部门监测范围的脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户等农村低收入人口，按照保山市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执行。在认定地参保的，可通过“一站

式”结算直接享受救助待遇；未在认定地参保的，依照申请在认定地予以救助。

第十四条 统一就高原则。具有多重身份的医疗救助对象，按照就高不就低的原则给予救助待遇，不得重复享受。

第五章 基金管理

第十五条 基金统筹。医疗救助基金实行市级统收统支，强化基金预算管理，建立市、县（市、区）分级负责、各尽其职、风险共担的分担机制。

第十六条 基金筹集。医疗救助基金由各级财政补助和社会各界资助相结合的方式筹集。

- （一）中央、省级财政医疗救助补助资金。
- （二）市、县（市、区）财政医疗救助补助资金。
- （三）医疗救助基金形成的利息收入。
- （四）福利彩票公益金。
- （五）社会各界捐赠用于医疗救助的资金。
- （六）按规定可用于医疗救助的其他资金。



第十七条 基金预算。各级医疗保障部门会同财政部门，根据救助对象人数、资助参保标准、待遇水平、医药费用增长情况，以及基本医疗保险、大病保险报销水平和结余资金等有关数据，测算下年度医疗救助基金需求，列入年度预算。

第十八条 基金账户。医疗救助基金专户实行分账核算、专项管理、分别计息、专款专用，确保高效管理，严禁挤占挪用。财政部门对医疗救助基金专户会计核算参照《社保基金财政专户会计核算办法》规定执行，医疗保障部门医疗救助基金会计核算参照《社会保险基金会计制度》规定执行。

（一）市级医疗救助基金财政专户。主要用于接收中央、省下拨的医疗救助资金、市级配套资金、县（市、区）上解资金，季末县（市、区）医疗保障经办机构退回的结余资金和其他渠道筹集的资金、划转市级医疗救助基金支出户医疗救助资金及利息收入等。

（二）市级医疗救助基金支出户。主要用于接收市级医疗救助基金财政专户拨入资金、拨付县（市、区）医疗救助基金支出户资金及利息收入等。



（三）县（市、区）医疗救助基金财政专户。主要用于上解、接收本级财政配套资金及利息收入、其他可用于医疗救助的资金等。

（四）县（市、区）医疗救助基金支出户。主要用于接收市级拨入资金、拨（兑）付医疗救助资金、上解结余资金及利息收入等。

第十九条 资金下达。市级财政部门会同市级医疗保障部门及时分解下达上级财政安排的医疗救助补助资金。市级医疗保障部门在收到上级医疗救助补助资金指标文件后于10个工作日内向市级财政部门提供资金分配方案和绩效目标，市级财政部门在30日内根据医保部门提供的分配意见将资金下达到各县（市、区）。原则上上级切块到县（市、区）的资金下达到县（市、区），未切块到县（市、区）的资金和市级配套资金直接拨入市级专户。

第二十条 资金上解。各县（市、区）在收到下达医疗救助补助资金后15日内通过医疗救助基金专户上解至市级医疗救助基金财政专户。县（市、区）配套资金于当年9月30日前上解至市级医疗救助基金财政专户。



第二十一条 基金结余。各县（市、区）要严格按照基金收支预算控制基金支出。当年医疗救助基金年终结余的，可结转下一年度继续使用。当年发生基金超支时，按以下规定分担：

（一）基金超支 3%（含）以内的，市级动用历年滚存结余全额弥补。

（二）基金超支 3%—5%（含）的，市级动用历年滚存结余弥补 50%，县（市、区）承担 50%。

（三）基金超支 5%以上的全部由县（市、区）承担。

（四）若历年滚存结余不足以弥补超支时，超支部分由县（市、区）自行承担。

第二十二条 绩效评价。医疗保障部门要落实医疗救助基金管理主体责任，会同本级财政部门对医疗救助资金执行情况开展绩效评价，形成自评报告，也可委托专业机构或具有资质的社会中介机构，开展医疗救助资金绩效运行监控和评价工作。

第二十三条 加强监管。相关人员在资金使用、拨付、上解等管理工作中，存在滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊、挤占挪用、上解资金不足不及时导致拖欠医疗机构、个人医疗救助资金等违法违纪行为的，依照《中华人民共和国预算法》《中华人民共和国公务员法》《中华人民共和国监察法》《财政违法行为处罚处

分条例》等国家有关规定追究相应责任；涉嫌犯罪的，依法移送司法机关处理。

第六章 经办服务

第二十四条 规范医疗救助经办程序。优化申请、审核、救助给付程序，实行医疗救助对象医保三重制度“一站式”服务、“一窗口”办理，提高结算服务便利性。

第二十五条 市医疗保险中心为医疗救助市级统筹经办机构，对接市级相关部门、县（市、区）医保部门做好费用审核、资金款项往来、清算等工作。各县（市、区）民政、乡村振兴、工会等部门负责推送医疗救助对象信息，同级医疗保障部门及时在医保系统中做好精准标识，确保待遇兑现。各县（市、区）医疗保障部门做好定点医疗机构及零星救助对象的医疗救助费用结算并与社会救助经办协同对接，按照职责分工做好医疗救助的申请受理、分办转办及结果反馈。

第二十六条 提高综合服务管理水平。有序推进分级诊疗制度建设，推行基层首诊，规范转诊。做好异地安置和异地转诊医疗救助对象登记备案、就医结算，按照规定转诊的医疗救助对象，

执行认定地所在统筹地救助标准。经基层首诊转诊的一、二类人员在保山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。完善定点医疗机构医疗救助服务内容，提高服务质量，按照规定做好基本医保、大病保险和医疗救助费用结算。引导医疗救助对象和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。对申请大病医疗救助，以及个人医疗费用负担超过当地监测标准的农村参保人员，县（市、区）医保经办机构要主动将其信息推送至县（市、区）乡村振兴、民政等部门进行认定，经认定存在因病返贫致贫风险的，对其符合规定的个人自付费用予以救助。

第二十七条 统一费用结算。保山市域内定点医疗机构按月进行系统申报，经办机构按月结算，各县（市、区）经办机构结算辖区内发生的医疗救助费用。

第二十八条 建立信息共享和动态调整机制。各县（市、区）民政、乡村振兴、工会等部门应当在每年居民参保集中缴费期开始前15天，将医疗救助对象详细信息推送给同级医疗保障经办机构进行标识。对实施动态管理的医疗救助对象，应当在次月10日前将变动名册推送给同级医疗保障经办机构，实现信息及时共享。



第七章 组织保障

第二十九条 加强组织领导。各县（市、区）人民政府，各园区管委会，各有关部门要进一步提高认识，统一思想，切实加强组织领导，有序推进医疗救助市级统筹工作，确保医疗救助政策落地落实。

第三十条 加强部门协同。建立健全部门协同机制，加强医疗保障、社会救助、乡村振兴、医疗卫生制度政策及经办服务统筹协调，健全信息共享机制。医疗保障部门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。民政部门要做好特困人员、孤儿、低保对象、低保边缘对象认定并会同相关部门做好因病致贫重病患者等救助对象认定工作及信息共享，支持慈善救助发展。财政部门要按照规定做好资金支持。卫生健康部门要强化医疗机构的行业管理，规范诊疗路径，促进分级诊疗。税务部门要做好基本医保保费征缴有关工作。乡村振兴部门要做好返贫致贫人口监测和信息共享。工会组织要做好困难职工认定和信息共享，组织实施职工医疗互助和罹患大病困难职工帮

扶。银保监部门要加强对商业保险机构承办大病保险的行业监管，规范商业健康保险发展。

第八章 附 则

第三十一条 本办法由市医保局负责解释。

第三十二条 本办法自 2023 年 1 月 1 日起施行。