

太原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 根据《山西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》(晋政办发〔2022〕74号),结合我市实际,制定本实施细则。

第二条 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,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 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;发挥大病保险补充保障作用,对特困人员、低保对象和返贫致贫人口等困难群众实行倾斜支付政策;强化医疗救助托底保障功能,按照“先保险后救助”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,合力防范因病致贫返贫风险。完善医疗保障帮扶措施,实现巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接。

第二章 医疗救助对象范围

第四条 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,按照以下救助对象类别实施分类救助:

(一)特困人员(含孤儿和事实无人抚养儿童,下同);

(二)低保对象(重点优抚对象和享受40%救济对象按低保对象类别实施救助,下同);

(三)低保边缘家庭成员;

(四)因病致贫重病患者(不符合低保、特困人员救助供养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。认定条件按省民政、省医保等部门相关规定标准执行。)

(五)返贫致贫人口;

(六)纳入乡村振兴部门监测范围的监测对象(含脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口、突发严重困难人口,以下简称监测对象)。

县级人民政府规定的其他特殊困难群体,按上述救助对象类别给予相应救助。

第三章 救助范围和标准

第五条 明确救助费用保障范围。坚持保基本,妥善解决救

助对象政策范围内基本医疗需求。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。由医疗救助基金支付的药品、医用耗材、诊疗项目原则上符合国家有关基本医保支付范围的规定。基本医保、大病保险起付线以下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,各级政府及有关部门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。

第六条 参保资助。全面落实城乡居民基本医保参保财政补助政策,对个人缴费确有困难的群众给予分类资助。特困人员给予全额资助;低保对象按个人缴费标准 80%的比例给予定额资助(低于 280 元按 280 元资助);2022—2025 年,返贫致贫人口按个人缴费标准 90%的比例给予定额资助,监测对象中的脱贫不稳定人口和边缘易致贫人口按每人每年 280 元标准定额资助;低收入家庭(含低保边缘家庭)六十周岁以上的老年人和未成年人按个人缴费标准 50%的比例给予定额资助,上述人员资助参保所需资金由医疗救助基金负担。重度残疾人由财政资金按政策给予个人缴费全额资助;计划生育特殊困难家庭成员资助参保按各县(市、区)原政策和流程执行,个人缴费部分由县(市、区)财政全额补贴。困难群众具有多重特殊身份的按就高不就低的原则享受参保资助,不予重复资助。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,确保及时参保。

第七条 确保困难群众应保尽保。各级医保、民政、乡村振兴、退役军人、残联等部门积极落实本部门管理对象的参保动员主体责任,合力做好分类资助参保工作。县级医疗保障部门会同相关部门做好其所认定管理困难群众的参保台账,确保纳入资助参保范围且核准身份信息的困难群众动态纳入基本医保覆盖范围,同时重点做好稳定脱贫人口参保动员,实现应保尽保。对已实现稳定就业的脱贫人口,引导其依法依规参加职工基本医保。做好困难群众参保关系的转移接续工作,跨区域参保关系转移接续以及非因个人原因停保断保的,原则上不设待遇享受等待期,确保待遇接续享受。

第八条 住院医疗救助。救助对象在定点医疗机构发生的政策范围内住院费用,经基本医保、大病保险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,政策范围内个人负担医疗费在年度救助限额内按比例给予救助。

(一)特困人员。不设起付标准,特困人员由医疗救助基金给予保障,不设年度最高救助限额。

(二)低保对象。不设起付标准,由医疗救助基金按 70% 比例给予救助,年度最高救助限额 6 万元。

(三)低保边缘家庭成员。起付标准为全省上年居民人均可支配收入的 10%,由医疗救助基金按 60% 比例给予救助,年度最高救助限额 4 万元。

(四)因病致贫重病患者。起付标准为全省上年居民人均可支配收入的 25%,由医疗救助基金按 60%比例给予救助,年度最高救助限额 4 万元。

(五)返贫致贫人口。不设起付标准,由医疗救助基金按 70%比例给予救助,省内住院单次目录内费用综合支付比例达不到 90%的,救助到 90%,不设年度最高救助限额。

(六)监测对象。本年度经基本医保、大病保险支付后符合规定的个人自付住院医疗费用超过上年度全省居民人均可支配收入 10%的部分,由医疗救助基金按 70%比例给予救助,年度最高救助限额 6 万元。

第九条 门诊医疗救助。

(一)大额门诊慢特病。门诊慢性病、特殊疾病救助保障和住院救助共用年度救助限额。符合享受门诊慢特病保障政策的特困人员和低保对象门诊政策范围内费用经基本医保、大病保险按规定报销后,剩余部分特困人员按 60%、低保对象按 30%的比例给予医疗救助,住院管理的按次实施医疗救助,限额管理的年底一次性救助。符合享受门诊特药保障政策的特困人员和低保对象特药保障范围内费用经基本医保、大病保险按规定报销后,剩余部分特困人员按 20%、低保对象按 10%的比例救助。

(二)罕见病患者。纳入特殊保障范围的戈谢病、庞贝氏病罕见病患者,门诊医疗费用支出巨大,按规定基本医保、大病保险、专

项救助等报销后,符合医疗救助条件的,政策范围内个人负担医疗费按 70% 比例给予医疗救助。苯丙酮尿症门诊治疗服用低(无)苯丙氨酸配方粉和低(无)苯丙氨酸蛋白粉以及政策范围内药品所产生的费用,经基本医保、大病保险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,按 70% 比例给予医疗救助。

第十条 大病保险倾斜支付政策。城乡居民大病保险对特困人员、低保对象、返贫致贫人口、丧失劳动能力的重度残疾人、低收入家庭六十周岁以上的老年人和未成年人等困难群众实施倾斜支付,起付线降低 50%;特困人员、低保对象、返贫致贫人口报销比例提高到 80%,取消封顶线;丧失劳动能力的重度残疾人、低收入家庭六十周岁以上的老年人和未成年人等困难群众报销比例提高到 78%,封顶线按大病保险现行规定执行。

第十一条 统筹完善托底保障措施。

(一)控制医保目录外费用和救助标准。执行定点医疗机构医保目录外控费比例规定,特困人员、低保对象、返贫致贫人口和监测对象在省内一类、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。2022—2025 年,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% 比例救助。

(二)建立托底保障措施。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,经三重制度综合保障后政策范围内个人负担医疗费用仍然较重的,给予倾斜救助;同时,对相关部门还未认定为医疗救助对象,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,经基本医保、大病保险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,政策范围内个人负担医疗费用仍然较重的,给予倾斜救助。具体救助标准由县级人民政府根据医疗救助基金结余情况科学确定,避免过度保障。上述人员确实困难的,按流程依申请给予倾斜救助。(申请流程见附件)

第十二条 实行属地管理。太原市户籍居民在户籍所在地居住的,在本地申请医疗救助。居住地与户籍所在地不一致的,居住地在本市行政区划范围内,且在居住地居住一年以上的困难群众,到居住地乡镇街办申请医疗救助。居住地在本市行政区划范围以外或居住地在本市行政区划范围内居住不满一年的困难群众,到本人户籍所在地申请医疗救助。

第四章 预警监测和综合兜底保障

第十三条 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。分类健全因病致贫和因病返贫双预警机制,

监测人群包括特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员、返贫致贫人口、监测对象和其他脱贫人口。县级医保部门对监测人群参加居民医保、医疗总费用、待遇享受、医疗费用个人负担等情况进行监测,监测人群个人年度累计负担医疗费用超过 0.6 万元的,纳入医保防范因病返贫监测范围;其他参保居民个人年度累计负担医疗费用超过 2 万元的,纳入医保防范因病致贫监测范围(监测标准省级部门有新规定的,按新规定执行)。县级医保部门每月 10 日前将监测信息及时推送同级民政、乡村振兴部门,相关部门按规定及时纳入保障范围,医保部门保障其及时享受相应医疗保障待遇,确保不发生因病返贫致贫。

第十四条 依申请落实综合保障政策。全面建立依申请救助机制,畅通低保边缘家庭成员和因病致贫重病患者医疗救助申请渠道,增强救助时效性。已认定为特困人员、低保对象、返贫致贫人口、监测对象的,可直接获得医疗救助。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。

第十五条 健全医疗救助对象信息共享机制。民政、乡村振兴、退役军人、残联等部门每年 8 月底前向同级医保部门提供医疗救助对象名单,确保下年度城乡居民参保缴费资助政策落实到位;每月 10 日前向医保部门提供上月动态新增救助对象名单,确保新增救助对象及时纳入基本医疗保障范围。医保经办机构及时在结算系统标识身份。动态调整后,已参加城乡居民基本医保的救助

对象,其参保个人缴费资金不退还,从各部门出具动态调整名单之日起按规定享受医疗救助政策;未参加城乡居民基本医保的救助对象,其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,财政补助部分由县级财政全额承担,从各部门出具动态调整名单之日起按规定享受城乡居民基本医保待遇和医疗救助政策。由财政或医疗救助基金资助参保、但动态调整后已退出救助对象范围的,自退出之日起不再享受医疗救助政策(退出之日未出院继续治疗的,仍按入院时救助对象身份及相关政策给予救助,救助最长时限到当年 12 月 31 日)。

第十六条 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。

第十七条 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。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。

第十八条 加快推进一体化经办。细化完善救助服务事项清单,出台医疗救助经办管理服务规程,做好救助对象信息共享互认、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,依法依规加强数据归口管理。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。巩固市域内基本医保、大病保险、医疗救助“一站式”结算服务、“一窗口”办理,提高结算服务便利性。

第十九条 优化救助申请审核程序。简化申请、审核、救助金给付流程,特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员、返贫致贫人口及监测对象住院、门诊慢特病、特药等费用直接纳入“一站式”结算,探索完善其他救助对象费用直接结算方式。加强部门工作协同,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。发挥乡镇(街道)、村(社区)等基层组织作用,依托基层医疗卫生机构,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 提高综合服务管理水平。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。完善定点医疗机构医疗救助服务内容,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,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。经基层首诊转诊的特困人员、低保对象、返贫致贫人口、监测对象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。做好异地安置和异地转诊救助对象登记备案、就医结算,按规定转诊的救助对象,执行户籍地所在统筹地区救助标准。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。

第五章 基金筹集与管理

第二十一条 医疗救助基金由中央、省、市、县级财政通过一般公共预算或政府性基金预算(彩票公益金)安排,并列入财政预算。医疗救助基金通过财政预算、彩票公益金、社会捐赠等多渠道筹集,医疗救助基金形成的利息收入也是医疗救助基金组成部分。

第二十二条 市级财政部门合理安排本级医疗救助基金,会同医疗保障部门依据中央和省有关规定分配下达医疗救助基金。

第二十三条 加强基金预算管理。强化医疗救助基金预算管理,落实医疗救助市、县投入保障责任,统筹协调基金预算和政策

制定,确保医疗救助基金安全运行。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基金,统筹医疗救助基金使用。加强预算执行监督,全面实施预算绩效管理。促进医疗救助统筹层次与基本医保统筹层次相协调,提高救助基金使用效率。医疗救助基金实行专户管理,专款专用。各县(市、区)要建立医疗救助基金专户,用于办理医疗救助基金的筹集、核拨和支付等业务。各县(市、区)医疗救助基金年度结余不得超过当年筹集资金总额的 15%。

第二十四条 资助救助对象参加城乡居民医保的补助资金,在集中参保缴费期结束后 1 个月内,医疗保障部门提出申请,经财政部门审核后由相关职能部门核拨至基本医保基金账户。“一站式”结算需要的医疗救助资金,医保经办机构提出申请,县级医保部门报送同级财政部门审核后由财政部门按规定定期核拨至市级“一站式”结算基金专户,市医保经办机构按规定及时拨付至协议医疗机构资金账户。其余医疗救助基金按规定程序审核,并按规定及时汇入救助对象银行账户。

第六章 保障措施

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。县级人民政府要加强医疗救助工作的管理,为医疗救助工作开展提供必要的组织条件和物资保证,按照医疗救助对象的数量、人员结构等因素健全完善医疗救助工作机制,落实工作经费,保障医疗救助工作顺利开展。各县(市、区)要落实主体责任,进一步细化经办流程并按规定时限组织实施,确保政策落地、待遇落实、群众得实惠。加强政策宣传解读,及时回应社会关切,营造良好舆论氛围。各县(市、区)政策实施情况及时报送市医保局。

第二十六条 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、医疗卫生制度政策及经办服务统筹协调。各级各部门职责如下:

(一)县(市、区)人民政府负责实施本地区基本医保和医疗救助工作。

(二)乡镇街办负责辖区内医疗救助申请受理、调查核实和基础资料审核等工作。乡镇街办、村社区居委会及时发现核实辖区居民罹患重病等特殊情况,帮助有困难的家庭或个人提出医疗救助申请。

(三)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。各级医保经办机构负责医疗救助的具体经办工作。

(四)民政部门负责特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员等救助对象的认定和信息共享工作,会同相关部门做好因病致贫重病患者认定和信息共享,支持慈善救助发展。

(五)财政部门按规定做好资金支持和保障工作。

(六)卫生健康部门强化对医疗机构的行业管理,规范诊疗路径,完善分级诊疗。

(七)税务部门做好基本医保保费征缴相关工作。

(八)乡村振兴部门做好返贫致贫人口、监测对象监测,以及相关信息共享。

(九)退役军人事务部门负责退役军人和其他优抚对象基础信息确认,以及相关信息共享。

(十)残疾人联合会负责管理和核发残疾人证,基础信息确认,以及相关信息共享。

(十一)工会做好职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶;协助医保部门做好医疗保险和职工大病互助“一站式”结算工作。

第二十七条 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。各级医保经办机构设立专门机构负责医疗救助经办管理,乡镇街办配备专人,进一步加强医保经办工作力量,实现经办服务市县乡村四级全覆盖。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 建立健全医疗救助绩效评价考核体系,将医疗救助基金纳入医疗保障基金一体化监管范围,加强监督检查,增强约束力和工作透明度。健全责任追究机制,严肃查处挤占、挪用、虚报、冒领医疗救助基金等违规违纪违法行为。

第二十九条 救助对象采取虚报、隐瞒、伪造或以其他不正当手段骗取医疗救助基金的,不予批准或停止实施救助;已经发放的,由医疗保障部门全额追缴并处理;涉嫌犯罪的,依法移送有关机关处理。

第七章 附则

第三十条 本实施细则自 2023 年 1 月 23 日起施行,有效期 5 年。

上述政策措施与之前我市有关文件规定不一致的,以本实施细则为准。

本实施细则由市医疗保障局负责解释。

附件:托底保障依申请救助流程

附件

托底保障依申请救助流程

一、书面申请。申请医疗救助,凭医疗诊断书、医疗费用收据、必要的病史、医疗保险报销证明等向户籍所在地(或符合条件的居住地,下同)乡(镇)人民政府或街道办事处(以下简称乡镇街办)委托的村(居)委会或社区居委会(以下简称村社区居委会)提出书面申请。申请书应详实说明申请救助理由、家庭所有成员及生活、收入和家庭财产情况。

二、乡镇街办政府审核。村社区居委会接到书面申请后5个工作日内组织初审,对申请医疗救助的家庭经济状况进行入户调查,村社区居委会及时进行民主评议并在村(居)务公开栏进行公示,公示期5天无异议报乡镇街办。乡镇街办对村社区居委会上报的材料开展民主评议、进行逐项审核,在5个工作日内签署意见报送县级医疗保障部门。乡镇街办组建医疗救助对象评估小组,承接民主评议,对医疗救助对象的家庭收入、支出等情况进行评估,填写评估表,作为评议、审核审批使用。调查审核的责任主体是乡镇街办,受委托的村社区居委会协助乡镇街办开展医疗救助申请调查审核工作。

三、医保部门审核。县级医疗保障部门对乡镇街办报送的材料进行审核,依据医疗救助政策确定救助金额,并在村社区居委会

协助下及时在村(居)务公开栏进行公示。县(市、区)医疗保障部门按救助标准确定资助费用后,资助费用由同级财政部门直接拨付个人提供的银行账户。

四、部门协同审核。县级医保部门遇到特殊情况,无法审批确定的,可通过部门联席会议集体研究决定。县级医疗保障部门牵头,会同同级民政、财政、卫生健康、乡村振兴等部门按照县级人民政府制定的相关政策集体研究,通过医疗救助和临时救助等渠道给予解决,医疗救助帮扶标准可参照监测对象相应标准执行,确保不因病返贫致贫。

抄送:市委各部门,市人大常委会办公室,市政协办公室,市法院,市检察院,市工、青、妇。

太原市人民政府办公室

2022年12月23日印发
