

甘南州健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施细则

为贯彻落实《甘肃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》（甘政办发〔2022〕23号）精神，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，巩固拓展医疗保障脱贫成果，筑牢民生保障底线，结合我州实际，制定以下实施细则。

第一章 总 则

第一条 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，建立防范和化解因病致贫返贫长效机制，健全统一规范的医疗救助制度，强化基本医疗保险、大病保险、医疗救助（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，不断增强人民群众获得感、幸福感、安全感。

第二章 医疗救助对象范围

第二条 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，根据全省统一救助对象类别实施分类救助。

第三条 救助对象分类。

(一) 特困人员、孤儿(含事实无人抚养儿童,下同);

(二) 城乡低保对象;

(三) 农村返贫致贫人口;

(四) 纳入防止返贫致贫监测范围的农村易返贫致贫人口(含脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户,下同);

(五) 过渡期内不属于特困人员(孤儿)、低保对象、农村返贫致贫人口、农村易返贫致贫人口的已脱贫人口(以下简称过渡期内的已脱贫人口);

(六) 城乡低保边缘家庭成员;

(七) 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,包括城乡居民和困难职工(以下简称因病致贫重病患者)。

具有多重身份的救助对象,按照就高不重复原则实行救助。县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员属于上述救助对象的,按相应类别实行救助。

第四条 救助对象认定。

(一) 特困人员、孤儿(含事实无人抚养儿童)、低保对象和低保边缘家庭成员由民政部门认定;

(二) 农村返贫致贫人口、农村易返贫致贫人口及过渡期内的已脱贫人口由乡村振兴部门认定;

(三) 因病致贫重病患者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，由民政部门会同医保等相关部门认定，具体认定办法依据《甘肃省因病致贫重病患者认定办法（试行）》进行认定。

第五条 救助对象在定点医药机构发生的基本医保支付范围内的住院费用、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，经基本医保、大病保险报销后的个人自付部分（含基本医保和大病保险起付标准以下、最高支付限额以上的政策范围内个人自付费用）。

第六条 严格执行医疗保障待遇清单制度，坚持基本保障标准，避免过度保障。除国家另有明确规定外，各县市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。

第三章 医疗救助项目和标准

第七条 用人单位及其职工和城乡居民依法依规参加基本医保，参加基本医保是享受各项医保待遇的前提和基础。

第八条 对困难群众参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分执行全省统一的分类资助政策。其中，特困人员、孤儿给予全额资助；城乡低保对象、农村返贫致贫人口、过渡期内的农村易返贫致贫人口和已脱贫人口给予定额资助。同时，对城市低保全额保障对象按照农村低保一、二类保障对象资助标准实施参保资助，对城市低保差额保障对象按照农村低保三、四类保障对象资助标准实施参保资助。

第九条 对特困人员(孤儿)、低保对象、农村返贫致贫人口、过渡期内的农村易返贫致贫人口和已脱贫人口实行直接救助,不设年度救助起付标准,年度救助限额为5万元,重特大疾病年度救助限额为8万元。特困人员、孤儿救助比例为100%;城市低保全额保障对象、农村低保一、二类保障对象救助比例为75%;城市低保差额保障对象、农村低保三、四类保障对象和农村返贫致贫人口救助比例为70%;过渡期内纳入乡村振兴部门防止返贫致贫监测范围的农村易返贫致贫人口、已脱贫人口救助比例为60%。其中过渡期内的已脱贫人口救助比例按规定实行渐退。

第十条 对低保边缘家庭成员和因病致贫重病患者,通过依申请方式实行救助。经申请符合条件的低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者政策范围内住院及门诊慢特病门诊医疗费用(可追溯至申请之日前12个月内),经基本医保、大病保险支付后的年度救助起付标准以上的个人自付部分按60%的比例实行救助,其中,低保边缘家庭成员年度救助起付标准为2000元,因病致贫重病患者为5000元;年度救助限额同直接救助一致。

第十一条 按照“先保险后救助”的原则,强化三重制度功能,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,对所有参保人员实施公平普惠保障政策。

第十二条 增强大病保险补充减负功能,不断健全和完善城镇职工、城乡居民大病保险,巩固大病保险保障待遇水平,继续落实特困人员、孤儿、低保对象、农村返贫致贫人口起付线降低

50%、分段报销比例提高 5 个百分点的倾斜支付政策，强化医疗救助托底保障功能。

第十三条 在参保地定点医疗机构就医或规范转诊且在省域内就医的直接救助对象和依申请救助对象，经三重制度保障后，政策范围内个人自付医疗费用在一个自然年度内累计超过 6000 元以上部分，按照 30% 的比例实行二次倾斜救助，二次倾斜救助不计入年度救助限额。

第四章 医疗救助程序

第十四条 参保地和户籍地不一致的救助对象。

（一）在户籍地外参加城乡居民基本医疗保险的救助对象，由户籍地民政、乡村振兴部门认定的对象由户籍地医保部门落实参保资助政策。

（二）户籍地外参加基本医疗保险的救助对象在参保地发生住院医疗费用一站式结算后，由州医保中心通过业财一体化系统根据各县市经办人员提供的两定机构月结拨付单向医疗机构拨付救助资金。

（三）户籍地外参加基本医疗保险且在参保地外就医发生的住院医疗费用，进行异地就医备案的救助对象，经就医地一站式结算后，由省医保中心清分、核算后向州医保中心下发省内异地或跨省异地就医清算书，州医保中心收到省医保中心下发的通知单后在 15 个工作日内将资金上解到省财政厅专户，由省医保中

心拨付给就医地医保中心，再由就医地医保中心向就医地医疗机构拨付资金。州域内的救助对象经就医地一站式结算后，由参保地通过业财一体化系统负责向就医地医疗机构拨付资金。

（四）经基本医疗保险、大病保险等报销后，因各种原因未享受医疗救助的，可向户籍地医保部门提交相关资料，在户籍地享受医疗救助政策。

第十五条 因病致贫重病患者依据《甘肃省因病致贫重病患者认定办法（试行）》进行申请，不得重复申请。

第十六条 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，重点监测对经基本医保、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。

第十七条 加强医保、民政、乡村振兴等部门之间信息系统的互联互通、共享共用，农牧村低收入人口医疗费用经基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重制度报销后，单次住院医疗费用个人自付超过 6000 元以上数据信息，其他农村居民经医保政策报销后，单次住院医疗费用个人自付超过 10000 元以上信息，向民政、乡村振兴等部门及时推送，经民政、乡村振兴部门认定身份后，符合条件的及时纳入救助范围。

第十八条 经县市民政、乡村振兴部门认定的救助对象，要及时推送至医保部门，由医保部门按规定实施救助。

第五章 经办管理服务和职责

第十九条 严格医疗救助服务事项清单，规范医疗救助经办管理服务规程，依托全省统一的医疗保障信息平台，做好救助对象信息共享互认、参保资助、待遇给付等经办服务。统一协议管理，完善定点医疗机构医疗救助服务内容，强化定点医疗机构费用管控主体责任，按规定做好基本医保和医疗救助费用结算。基本医保、大病保险、医疗救助实行“一站式”结算、“一窗口”办理，提高综合服务经办水平。

第二十条 简化申请、审核、救助资金支付流程，加强医保、民政、乡村振兴等部门工作协同，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。充分发挥乡镇（街道）、村（社区）等基层组织作用，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。

第二十一条 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。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、孤儿、低保对象在州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。按规定转诊的救助对象，所发生的医疗费用按相应标准实行救助，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。

第二十二条 加强基本医保和医疗救助基金统一监管，坚持监督检查全覆盖，做好费用监控、稽查审核，严厉打击“假病人、假病情、假票据”等欺诈骗保行为，确保基金安全高效、合理使用。

第二十三条 积极推进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相一致。强化医疗救助基金预算管理，落实医疗救助投入保障责任，健全医疗救助基金财政专户和支出户，专款专用，确保医疗救助基金安全运行。拓展筹资渠道，动员社会力量，通过慈善和社会捐助等多渠道筹集资金，统筹医疗救助资金使用，加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理。

第二十四条 各县市要强化党委领导、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。加大政策宣传解读，及时回应社会关切，营造良好舆论氛围。

第二十五条 建立健全部门协同机制，医保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，低保边缘家庭成员等救助对象认定工作，会同医保等相关部门合理确定因病致贫重病患者认定条件，同步做好对象认定和信息共享，支持慈善救助发展。财政部门要按规定做好资金支持，加强医疗救助基金监督管理。卫健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。税务部门要做好基本医保保费征缴相关工作。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，规范商业保险健康发展。乡村振兴部门要做好农村返贫致贫人口、农村易返贫致贫人口、过渡期内已脱贫人口监测和信息共享。工会要做好职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶。

第二十六条 构建全州统一的医疗保障经办管理体系，推进医疗救助经办服务下沉，实现县市、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。强化医保经办队伍建设，配齐配强乡镇医保专干，做好各级经办人员的培训工作。完善医保业务、财务、统计、信息、档案的相关制度措施建设，继续完善和实施行之有效，相互监督层级控制，安全高效的内部业务流程。完善医保岗位和人员配置的内部控制，实现权责相适应，人员岗位匹配合理的管理模式。州、县市政府合理安排预算，保证医保公共服务机构正常运行。

第六章 附 则

第二十七条 本细则自 2022 年 7 月 1 日起实施。

第二十八条 本细则由甘南州医疗保障局负责解释。

抄送：省医保局。

甘南州人民政府办公室

2022 年 6 月 21 日印发

共印 114 份

