

**攀枝花市人民政府办公室**  
**关于印发《攀枝花市健全重特大疾病医疗**  
**保险和救助制度实施细则》的通知**

各县（区）人民政府、钒钛高新区管委会，市政府各部门、各直属机构，有关单位：

《攀枝花市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则》已经市政府同意，现印发给你们，请结合实际抓好落实。

攀枝花市人民政府办公室

2023年1月30日

# 攀枝花市健全重特大疾病 医疗保险和救助制度实施细则

## 第一章 总则

**第一条** 为深入贯彻落实党中央国务院和省委省政府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《四川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》（川办规〔2022〕6号），结合我市实际，制定本实施细则。

**第二条** 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。坚持以人民为中心，坚持共同富裕，坚持应保尽保，坚持保障基本、尽力而为、量力而行的原则。建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制，强化基本医保、大病保险、医疗救助三重制度保障作用，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，同时避免过度保障。

**第三条** 推进医疗救助市级统筹工作，提高救助资金使用效率，最大限度惠及困难群众。到2030年全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善救助、医疗互助共同发展的医疗保障制度体系，织密织牢多层次

医疗保障网。

## 第二章 救助对象类别

**第四条** 本细则适用于医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民，并经有关部门认定的下列人员：

（一）特困人员；

（二）孤儿；

（三）低保对象；

（四）低保边缘家庭成员；

（五）纳入防止返贫监测范围的农村易返贫致贫人口（以下简称防止返贫监测对象）；

（六）不符合特困人员救助供养、低保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（以下简称因病致贫重病患者）。

县（区）人民政府规定的其他特殊困难人员，按上述救助对象类别归类后给予相应救助。

## 第三章 资助参保

**第五条** 困难群众依法参加城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保），按规定享有基本医保、大病保险、医疗救助三重制度保障权益。引导已实现稳定就业的困难群众参加职工基本医疗保险。

**第六条** 全面落实居民医保参保财政补助政策,全额资助特困人员、孤儿参加居民医保;按个人缴费标准的**75%**资助低保对象、防止返贫监测对象参加居民医保。

**第七条** 县(区)人民政府要重点做好困难群众的参保动员工作,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。

#### **第四章 大病保险倾斜支付**

**第八条** 发挥基本医保主体保障功能,巩固大病保险减负功能,重特大疾病医疗保险和救助按照“先保险后救助”的原则,严格执行基本医保支付范围和标准。对特困人员、孤儿、低保对象统一执行起付线降低**50%**、报销比例提高**5**个百分点的倾斜支付政策。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。

#### **第五章 医疗救助**

**第九条** 特困人员、孤儿在定点医疗机构发生的普通门诊费用,扣除基本医疗保险报销后,个人负担的政策范围内的医疗费用给予全额救助。

**第十条** 低保对象在定点医疗机构发生的普通门诊费用,扣除基本医疗保险报销后,个人负担的政策范围内的医疗费用按**70%**的比例救助,一个自然年度救助封顶线为**800**元。

**第十一条** 统筹门诊慢性病、门诊重特大疾病（以下简称门诊慢特病）和住院救助保障。住院和门诊慢特病等医疗费用合并计算医疗救助起付标准，并共用年度救助限额。

**第十二条** 医疗救助对象在本市定点医疗机构发生的住院和门诊慢特病费用，经基本医疗保险、大病保险等报销后个人负担的政策范围内医疗费用，按以下标准救助：

（一）起付标准：特困人员、孤儿、低保对象不设起付线；防止返贫监测对象为本市上年度居民人均可支配收入的**5%**；低保边缘家庭成员为本市上年度居民人均可支配收入的**10%**；因病致贫重病患者为本市上年度居民人均可支配收入的**25%**。

（二）救助比例：特困人员、孤儿给予全额救助；低保对象按**70%**的比例救助；防止返贫监测对象按**65%**的比例救助；低保边缘家庭成员和因病致贫重病患者按**50%**的比例救助。

（三）救助封顶线：特困人员、孤儿不设救助封顶线。其他救助对象一个自然年度封顶线为**7**万元。

**第十三条** 建立倾斜救助制度。对规范转诊且在省域内就医的医疗救助对象，经基本医保、大病保险、医疗救助综合保障后，个人负担的政策范围内费用年度累计超过本市防止返贫监测收入标准以上的医疗费用，按照**50%**的比例给予倾斜救助，一个自然年度封顶线**2**万元。

**第十四条** 困难群众具有多重身份的，按照待遇就高原则给予救助，避免重复救助。

## 第六章 就医管理

**第十五条** 严格执行医疗保障待遇清单制度，医疗救助基金支付的药品、医用耗材、诊疗项目应符合基本医保支付范围规定。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，按规定纳入救助保障。除国家另有明确规定外，各县（区）不得自行制定或采用变通的方式擅自扩大医疗救助费用保障范围。

**第十六条** 进一步加强基层医疗卫生机构能力建设，落实分级诊疗制度，加强对救助对象就医行为的引导，严控不合理费用支出。推行基层首诊，规范转诊，促进合理就医。对经基层首诊转诊至市域内定点医疗机构住院的特困人员、孤儿、低保对象，实行“先诊疗后付费”，全面免除住院押金。

**第十七条** 做好异地安置和异地转诊救助对象登记备案、就医服务，执行户籍地救助标准。未按规定转诊的医疗救助对象，所发生的医疗费用原则上不纳入医疗救助保障范围。

## 第七章 建立防止返贫长效机制

**第十八条** 医保、民政、乡村振兴等部门协同推进医疗救助工作，要按照“及时、全面、准确”的原则，进一步加强部门间数据信息共享，建立主动发现机制，实施精准救助。医保部门将基本医保参保对象中个人年度累计自付医疗费用超过本市上年度居民人均可支配收入**50%**的人员信息，定期推送至民政、乡村

振兴部门。民政、乡村振兴部门要做好监测工作，将符合条件的人员按规定确定为相应救助对象，并及时反馈至医保部门，按规定落实医疗保障待遇。

**第十九条** 民政、乡村振兴部门要及时开展新增医疗救助对象认定工作，畅通低保边缘家庭成员、防止返贫监测对象和因病致贫重病患者等医疗救助对象申请渠道，建立依申请救助机制，动态调整认定信息，不断提高救助的精准性与时效性。经认定的对象，以认定时间为节点，按照认定类别和对应救助标准，对其年度内个人自付的政策范围内医疗费用追溯救助。

## **第八章 建立健全综合保障机制**

**第二十条** 县(区)人民政府是本辖区救助工作的责任主体，负责落实国家、省、市有关医疗救助政策，提供必要的组织条件和资金保证，确保医疗救助工作顺利开展。

**第二十一条** 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。医保部门负责统筹推进基本医疗保险和医疗救助改革、管理工作，落实好医疗保障政策。民政部门负责做好有关救助对象认定工作，会同有关部门做好因病致贫重病患者认定和有关信息共享，支持慈善救助发展。财政部门负责按规定落实资金保障工作。卫生健康部门负责强化医疗机构行业管理，规范诊疗路径，促进分级诊疗。税务部门负责做好基本医保保费征缴有关工作。银保监部门负责加强对

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。乡村振兴部门负责做好防止返贫监测标准制定、对象身份认定、信息共享工作。工会负责完善困难职工帮扶体系，做好职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶。

**第二十二条** 医保、民政、乡村振兴等部门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。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。根据困难群众家庭经济状况、个人实际费用负担情况，合理确定综合救助水平。积极引导社会力量参与救助保障，不断壮大慈善救助，鼓励医疗互助和商业健康保险发展。鼓励慈善组织和其他社会组织设立大病救助项目，培育实施品牌救助项目，发挥补充救助作用。指导慈善组织依法开展大病救助募捐活动，推动供需精准对接。

**第二十三条** 医保部门要统筹开展基本医保、大病保险、医疗救助监督检查，健全完善基金监管机制，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。

## **第九章 规范经办服务**

**第二十四条** 医保经办机构要持续提升医疗救助经办服务水平，做好基本医保、大病保险、医疗救助“一站式”服务、“一窗口”办理、“一单制”结算。细化完善救助服务事项清单，执行

全省统一的医疗救助经办规程，做好救助信息共享互认和资助参保、待遇给付等经办服务。

**第二十五条** 依托四川省医疗保障信息平台，加强数据归口管理。完善定点医疗机构医疗救助服务内容，做好基本医保和医疗救助费用结算。

**第二十六条** 加强救助对象就医行为引导，严控不合理医疗费用支出。强化医保定点医疗机构费用管控主体责任，做好医疗保障费用监控、稽查审核。

**第二十七条** 救助对象在定点医疗机构发生的门诊、住院治疗费用，由定点医疗机构实行“一单制”联网结算后，与医保经办机构清算。救助对象个人负担的医疗费用，由救助对象与定点医疗机构结算。

**第二十八条** 加强基层医疗保障队伍建设，统筹医疗保障公共服务需求和事业发展需要，充实经办、服务、监管等人员配置，做好相应保障，夯实基层基础。积极引入社会力量参与经办服务，鼓励商业保险机构、慈善组织、社会工作服务机构等参与医疗救助经办服务。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、业务能力强的基层医保队伍。

## 第十章 附则

**第二十九条** 本实施细则中，特困人员、孤儿、低保对象、

低保边缘家庭成员、防止返贫监测对象和因病致贫重病患者医疗救助所需资金从医疗救助基金中列支。

**第三十条** 参加本市普惠型商业健康保险的医疗救助对象，在定点医疗机构发生的住院和门诊慢特病医疗费用，按照基本医保、大病保险、普惠型商业健康保险、医疗救助顺序进行报销救助。

**第三十一条** 市医保局会同市财政局等部门按照国家、省有关政策规定和工作安排以及我市医疗救助基金筹集情况和支撑能力，适时调整医疗救助比例、限额等标准。

**第三十二条** 医疗救助市级统筹管理规定由市医保局商市财政局另行制定。

**第三十三条** 本实施细则自**2023年2月1日**起施行，有效期**5年**。《攀枝花市人民政府办公室关于印发〈攀枝花市医疗救助实施办法〉的通知》（攀办发〔**2021**〕**111**号）同时废止。