

# 市政府关于印发宿迁市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施办法的通知

宿政规发〔2022〕12号

各县、区人民政府，市各开发区、新区、园区管委会，市各委、办、局，市各直属单位：

《宿迁市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施办法》已经市政府六届十八次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

宿迁市人民政府

2022年12月27日

（此件公开发布）

## 宿迁市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施办法

### 第一章 总则

**第一条** 为了进一步减轻困难群众和大病患者医疗费用负担，筑牢民生保障底线，防范因病致贫返贫，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）《省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》（苏政办发〔2022〕54号）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 本市困难群众重特大疾病医疗保险和救助工作，适用本办法。

**第三条** 医疗救助工作应当坚持应保尽保、保障基本，尽力而为、量力而行原则，推动民生改善更可持续。

**第四条** 医疗救助实行全市统一救助范围、统一救助标准、统一经办管理、统一定点管理、统一信息系统建设，增强制度公平性。

**第五条** 各县（区）人民政府是本行政区域医疗救助工作的责任主体，负责国家、省、市有关医疗救助政策的落实。

开发区（园区）、旅游度假区管理机构按照各自职责做好本区域内有关医疗救助政策的落实。

**第六条** 强化基本医保、大病保险、医疗救助互补衔接。基本医保严格执行国家、省支付范围和标准，完善大病保险对救助对象的倾斜政策，夯实医疗救助的兜底保障功能。

## **第二章 救助对象范围**

**第七条** 医疗救助覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民，根据医疗救助对象实施分类救助。经相关部门认定，符合下列条件之一的，纳入我市医疗救助对象范围：

- （一）特困人员；
- （二）最低生活保障对象；
- （三）困境儿童；
- （四）符合条件的享受国家抚恤补助的优抚对象；
- （五）享受民政部门定期定量生活补助费的 20 世纪 60 年代精减退职职工；
- （六）市、县（区）总工会核定的特困职工；
- （七）低保边缘家庭成员；
- （八）支出型困难家庭中的大重病患者；
- （九）具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者；
- （十）参加城乡居民基本医疗保险的二级以上重度残疾人；
- （十一）市人民政府规定的其他特殊困难人员。

本办法出台前，部分县（区）人民政府规定的医疗救助对象不符合以上身份条件的，不再纳入医疗救助对象范围，由相关县（区）人民政府另行解决，确保稳定。

**第八条** 医疗救助对象丧失相应对象身份的，次月起不再享受医疗救助待遇。医疗救助对象住院治疗期间，丧失医疗救助对象身份的，当次住院仍按原医疗救助对象类别享受救助待遇；在住院治疗期间取得医疗救助对象身份的，当次住院起即可按相应医疗救助对象类别享受救助待遇。

具有当地户籍的临时医疗救助对象中的大重病患者，自身份认定之日起，一年内享受相应身份的医疗救助待遇。

医疗救助对象具有多重身份的，按照就高原则享受医疗救助待遇，不得重复享受。医疗救助对象异地就学、就业等，由其身份相对应的生活保障（补助、待遇）领取（享受）地给予医疗救助。

### **第三章 救助方式和标准**

**第九条** 医疗救助包括资助医疗救助对象参加城乡居民基本医疗保险、门诊医疗救助和住院医疗救助等。

**第十条** 落实城乡居民基本医保参保财政补助政策，对医疗救助对象参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分给予分类资助。

（一）对特困人员、最低生活保障对象、困境儿童、符合条件的享受国家抚恤补助的优抚对象、享受民政部门定期定量生活补助费的 20 世纪 60 年代精减退职职工实行全额资助参保；

（二）对低保边缘家庭成员、支出型困难家庭中的大重病患者、具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者、参加城乡居民基本医疗保险的二级以上重度残疾人，以及市人民政府规定的其他特殊困难人员实行定额资助参保，按照不低于我市居民医保个人缴费标准的 80% 给予定额资助参保；

（三）对未参保的新增救助对象，应当及时资助参保，并免除待遇等待期。新增救助对象身份认定之前已经参保的，不再资助当年参保费用。

**第十一条** 医疗救助对象在定点医药机构发生的政策范围内门诊、住院费用（含生育医疗费用），经基本医保、大病保险报销等支付后的个人自付部分，按照以下标准给予救助：

（一）特困人员、困境儿童中的孤儿和事实无人抚养儿童，不设年度救助起付标准，救助比例为 100%。

（二）最低生活保障对象、困境儿童中的其他儿童、符合条件的享受国家抚恤补助的优抚对象、享受民政部门定期定量生活

补助费的 20 世纪 60 年代精减退职职工以及市、县区总工会核定的特困职工，不设年度救助起付标准，救助比例为 80%。

（三）低保边缘家庭成员、支出型困难家庭中的大重病患者、具有当地户籍的临时医疗救助对象中的大重病患者、参加城乡居民基本医疗保险的二级以上重度残疾人，以及市人民政府规定的其他特殊困难人员，年度救助起付标准为 3000 元，救助比例为 70%。

以上医疗救助对象，政策范围内医疗费用的年度最高救助限额为 10 万元，其中普通门诊救助限额 1 万元，门诊慢特病可以和住院共用年度救助限额。

**第十二条** 加强定点医疗机构管理，控制基本医保目录外医药费用。医疗救助对象在县域内定点医疗机构住院，经基本医保、大病保险、医疗救助等结报后，医疗救助对象在县域内定点医疗机构住院个人自付费用控制在政策范围内住院总费用 10% 以内。

**第十三条** 对异地安置和按照规定转诊的医疗救助对象，按照第十一条规定的比例进行救助；未按照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范围，确实困难的可以降低比例予以救助，降低幅度不超过 20 个百分点。

**第十四条** 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，政策范围内个人自付费用超过我市城乡居民大病保险起付标准的部分，按照救助比例为 50%、年度救助限额为 2 万元的救助标准给予再次救助。

**第十五条** 按照国家、省有关规定，由市医疗保障部门会同市财政部门根据经济社会发展水平、上年度居民人均可支配收入、救助资金结余等情况适时提出医疗救助起付标准、救助比例和年度救助限额等调整方案，报市人民政府同意后执行。

#### **第四章 医疗救助资金筹集和经办管理**

**第十六条** 医疗救助基金按照政府主导、社会参与的原则进行筹集。资金来源为：

（一）财政预算。

1. 市财政每年安排 150 万元专项医疗救助资金，并根据实际救助情况作相应调整。

2. 各县（区）财政每年安排专项医疗救助资金，用于兜底保障。

（二）各县（区）民政部门从每年留成的福利彩票公益金中提取 10% 转入财政医疗救助基金专户；福利彩票公益金每年安排

150 万元，用于宿城区、宿迁经济技术开发区、市骆马湖旅游度假区、市洋河旅游度假区等范围内医疗救助补助。

（三）县（区）慈善总会从上年度募集的资金中提取 20% 转入县（区）财政医疗救助基金专户；市慈善总会每年从募集的慈善资金中安排 100 万元，专门用于市区范围内的医疗救助。

（四）中央、省每年下拨县（区）的城乡医疗救助补助资金转入县（区）财政医疗救助基金专户。

（五）社会各界自愿定向捐赠用于医疗救助的资金。

（六）按照相关规定可以用于医疗救助的其他资金纳入财政专户管理使用。

**第十七条** 医疗救助基金纳入社会保障基金财政专户，实行分账核算、专项管理、专款专用：

（一）县（区）医疗保障部门根据医疗救助实际发生情况，每月初向同级财政部门报送用款计划。财政部门根据核定的计划，将资金拨给医保经办机构。

（二）县（区）医保经办机构分别开设医疗救助支出账户，用于接收财政等部门安排的资金，向定点医药机构和医疗救助对象结算救助资金支出。年末医疗保障部门将支出账户结余上解同级财政专户。



(三) 市、县(区)财政、医疗保障部门应当按照规定做好救助基金清理和对账工作。年末医疗保障部门应当向同级财政部门报送医疗救助基金年度情况及相关说明。

**第十八条** 及时做好医疗救助对象参加居民医保的个人缴费资助资金拨付工作。每年 11 月底前,县(区)医保经办机构与有关部门确认后,将医疗救助对象人数、参保资助标准及所需资金提供给同级财政部门,同级财政部门将个人缴费所需资金拨至“城乡居民基本医疗保险财政专户”。

**第十九条** 医疗救助对象到医保定点医疗机构就医时,由医疗机构直接垫付医疗救助费用。定点医疗机构所垫付的医疗救助资金,经医保经办机构审核后,按月支付给定点医疗机构。医疗保障部门可以向定点医疗机构提供不超过上年度医疗救助月平均支付金额的预付资金。

**第二十条** 医疗救助对象零星报销医疗救助待遇的,应当按照规定提供医疗费用发票等有效凭证,由医保经办机构进行救助费用结算。

**第二十一条** 异地就医联网结算发生医疗救助待遇的,经市医疗保障部门审核,由市财政部门根据审核报告统一支付,医保经办机构同步进行账务处理。

**第二十二条** 市、县（区）医疗保障部门牵头建立医疗救助联络人机制，各医疗救助相关部门明确救助联络人，定期进行人员动态调整和数据比对，做好医疗救助对象信息共享互认、统一标识、资助参保、待遇给付等服务。各县（区）身份认定相关部门负责在医疗保障信息平台上对所认定的医疗救助对象身份进行动态调整，并于每年 9 月 30 日之前向当地医疗保障部门报送资助参保人员信息。医疗救助依托全国统一的医疗保障信息平台，实行定点医疗机构费用“一站式”结算，医疗救助服务“一窗口”办理。

**第二十三条** 建立健全部门协同机制。

（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。医保经办机构负责医疗救助等医疗保障政策的落实。

（二）民政部门负责做好特困人员、最低生活保障对象、困境儿童、享受民政部门定期定量生活补助费的 20 世纪 60 年代精简退职职工、低保边缘家庭成员认定工作，会同医疗保障等相关部门做好支出型困难家庭及具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者认定和相关信息共享，支持慈善救助发展。

（三）财政部门负责做好资金支持。

（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，促进分级诊疗，督促医疗机构实施“一站式”即时结算和落实医疗救助对象住院“先诊疗后付费”政策。

（五）退役军人事务部门负责做好符合条件的享受国家抚恤补助的优抚对象认定工作。

（六）税务部门负责做好基本医保保费征缴相关工作。

（七）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，规范商业补充医疗保险发展。

（八）乡村振兴部门负责完善大病补充保险政策，做好乡村公益医疗互助推广工作。

（九）总工会负责做好特困职工认定、职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶。

（十）残疾人联合会负责做好二级以上重度残疾人的认定工作。

## **第五章 医疗救助对象就医服务**

**第二十四条** 医疗救助对象就医实行定点管理服务。按照就近、便利的原则，医疗救助对象户籍所在地或者居住地乡镇（街道）一级医疗机构为其基层首诊定点医疗机构，医疗救助对象就医实行属地基层首诊服务，并按照分级诊疗的相关要求转诊。

**第二十五条** 医疗机构应当履行医疗保障基金使用主体责任，收治医疗救助对象时应当及时通过医保信息系统进行登记标识，定期组织专家对有关费用进行合理性审查。

**第二十六条** 医疗机构收治医疗救助对象住院的，应当符合相关疾病诊疗住院指征，并按照安全有效、经济适宜、救助基本的原则，优先选择医保目录范围内的药品、医用耗材和诊疗项目，严控不合理支出。严禁医疗机构以套取医保资金为目的，采取减免费用、赠送礼品等方式诱导医疗救助对象住院行为。涉嫌欺诈骗保的，依法予以查处。

**第二十七条** 医疗救助对象就医未支付应当由个人自付费用的，医疗保障部门可以改变其医保结算方式，待其补齐相关费用后方可继续享受相关政策。

## **第六章 社会力量参与救助保障**

**第二十八条** 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，发挥补充救助作用。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。

**第二十九条** 鼓励商业补充医疗保险和医疗互助发展。支持“惠民型”、“公益型”的商业补充医疗保险发展，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，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。

**第三十条** 完善我市大病补充保险政策。做好我市大病补充保险与其他“惠民型”商业补充保险产品的衔接。引导医疗救助对象和原建档立卡低收入人口加强自我保障意识，购买“惠民型”商业补充保险产品，鼓励机关企事业单位为结对的原建档立卡低收入人口购买赠送“惠民型”商业补充保险产品。

原建档立卡低收入人口医保帮扶按照过渡期有关政策执行。救助标准参照本办法第十一条第一款第（三）项执行，省政策出台后按省有关政策执行。

## **第七章 附则**

**第三十一条** 本办法自2023年1月27日起施行，有效期至2028年1月26日，其他原有规定与本办法不一致的，以本办法为准。

本办法公布之日起，《关于印发宿迁市城乡困难群众医疗救助实施办法的通知》（宿政规发〔2012〕12号）《关于进一步完善城乡困难群众医疗救助实施办法的意见》（宿政办发〔2016〕119号）予以废止，本办法施行前相关待遇政策按省规定执行。