巴中市人民政府办公室
关于印发巴中市医疗救助实施办法的通知

各县（区）人民政府，巴中经开区、文旅新区管委会，市政府各部门、直属事业单位，有关单位：

《巴中市医疗救助实施办法》已经市政府同意，现印发给你们，请遵照执行。

巴中市人民政府办公室

2022 年 11 月 4 日

巴中市医疗救助实施办法

第一章 总 则

第一条　为进一步完善医疗保障制度体系，确保困难群众基本医疗有保障，根据《社会救助暂行办法》《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）和国家、省深化医疗保障制度改革相关要求，结合实际，制定本办法。

第二条　参加我市基本医疗保险的困难职工和城乡居民，按规定享受基本医保、补充医疗保险（城乡居民大病保险、公务员医疗补助、职工大额医疗补助）、医疗救助综合保障。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，按规定实施医疗救助。

第三条　医疗救助实行市级统筹，坚持应保尽保、保障基本，尽力而为、量力而行。

第二章 救助对象和待遇

第四条　医疗救助对象包括以下人员：

（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）。

县级以上地方人民政府规定的其他特殊困难人员，按上述救助对象类别给予相应救助。

第五条　救助范围包括资助困难群众参加我市城乡居民基本医疗保险，实施门诊慢特病、住院医疗救助。

第六条　全面落实城乡居民基本医保参保财政补助政策，对参加城乡居民基本医保的个人缴费部分进行分类资助。对特困人员、孤儿给予全额资助，对低保对象、防止返贫监测对象按 75% 给予资助。

已稳定脱贫人口执行资助参保渐退政策，对其参加2023年度、2024年度城乡居民基本医疗保险费用，按照个人缴费标准的50%、25%进行资助，2025年按规定退出，不再享受资助参保政策。

第七条　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。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。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。

第八条　救助对象因住院、患慢性病或重特大疾病（患二类门诊慢特病病种）需要长期门诊治疗发生的符合医疗救助支付范围的医疗费用，超过年度救助起付标准的部分，在年度救助限额内按比例救助。

（一）年度救助起付标准：特困人员、孤儿、低保对象不设起付线；防止返贫监测对象起付线为我市上年度城乡居民人均可支配收入的5%；低保边缘家庭成员起付线为我市上年度城乡居民人均可支配收入的10%；因病致贫重病患者起付线为我市上年度城乡居民人均可支配收入的25%。

（二）年度救助限额：特困人员、孤儿 3 万元；低保对象、防止返贫监测对象 2 万元；低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者 1 万元。

（三）救助比例：特困人员、孤儿按 100%给予救助；低保对象按 70%给予救助；防止返贫监测对象按 65%给予救助；低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者按 50%给予救助。

第九条　对规范转诊且在省域内就医的救助对象，经基本医保、大病保险和医疗救助支付后，年度内个人自付合规医疗费用累计超过我市当年防止返贫监测范围的部分，特困人员、孤儿按 100%，其他救助对象按 50%给予倾斜救助。倾斜救助最高限额 1 万元。

第十条　救助对象具有多重困难身份属性的，按“待遇就高”原则实施救助，不重复享受医疗救助待遇。身份属性以出院时为准。

第三章 经办服务

第十一条　救助对象在市域内定点医疗机构就医的，医疗救助与基本医疗保险、补充医疗保险实行“一站式”服务、“一窗口”办理、“一单制”结算。

救助对象按规定在市外定点医疗机构转诊就医的，通过异地就医结算平台实行即时结算；不能实现异地就医即时结算的，原则上应在费用发生次年6月底前凭病历和医疗费用结算单据等资料到参保地医疗保障经办机构申报救助。

第十二条　建立依申请救助机制，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，经民政、乡村振兴部门认定为6类救助对象的，以认定时间为节点，按照认定类别和对应救助标准，对其年度内经基本医保、补充医疗保险等支付后个人自付的合规医疗费用追溯救助。

第十三条　特困人员、孤儿、低保对象经基层首诊转诊至市域内定点医疗机构就医，实行“先诊疗后付费”，免缴住院押金。

第十四条　开展医疗救助服务的定点医疗机构应当落实专人负责费用结算工作，严控不合理医疗费用支出；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，将医疗救助服务质量纳入定点服务协议管理和年度考核内容。

第十五条　医疗保障部门将城乡居民基本医疗保险参保人员中个人年度累计自付医疗费用超过我市上一年度城乡居民可支配收入50%的人员信息，在次月5日前推送至同级乡村振兴部门、民政部门。

乡村振兴部门、民政部门应及时对城乡居民家庭收支情况进行监测，将符合条件的人员按规定确定为相应救助对象，及时推送至同级医疗保障部门动态做好标识，按规定落实好医疗保障待遇。

第四章 监督管理

第十六条　医疗救助资金纳入年度财政预算管理，由一般补助部分和资助参保部分组成。一般补助部分主要用于门诊救助、住院救助；资助参保部分主要用于资助困难群众参保。

第十七条　各级人民政府是本辖区医疗救助工作的责任主体，要认真落实参保主体责任，督促做好困难群众、新增救助对象等特殊人员的参保工作。

第十八条　市级医疗保障部门是全市医疗救助工作的主管部门，负责全市医疗救助工作的统筹管理。县（区）医疗保障部门和各级医疗保障经办机构，按照职能职责做好医疗救助管理和业务经办。

第十九条　财政部门负责医疗救助资金的筹集和监督管理。

第二十条　医疗保障和财政部门应当对医疗救助资金收入、支出、结余和存储等情况进行监督检查，确保资金安全。民政、

乡村振兴、卫生健康等相关部门应当按职能职责协同做好医疗救助工作。

第二十一条　医疗救助资金按规定做好信息公示公开，依法接受人大、纪检监察、审计和社会监督。

第五章 附 则

第二十二条　医疗救助市级统筹基金管理办法由市财政局会同市医保局另行制定。

第二十三条　巴中经开区参照本办法执行。

第二十四条　本办法实施期间，国家、省有新规定的，从其规定。

第二十五条　本办法自印发之日起施行，有效期 5 年；此前规定与本办法不一致的，以本办法为准。