**巴中市医疗救助实施办法（征求意见稿）**

**第一章　总　则**

第一条 为进一步完善医疗保障制度体系，切实保障困难群众基本医疗权益，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，结合巴中实际，制定本办法。

第二条 医疗救助制度通过政府资助困难群众参加我市城乡居民基本医疗保险，实施门诊、住院医疗救助，减轻困难群众和大病患者医疗费用负担，防范和化解因病致贫返贫，是三重保障制度（基本医保、大病保险、医疗救助）的兜底保障制度。

第三条 医疗救助实行市级统筹并遵循以下原则：

（一） 坚持以人民为中心，尽力而为、量力而行，救助

水平与本市经济社会发展水平相适应；

（二） 坚持三重保障互补衔接，先保险后救助，发挥综

合救助保障功能；

（三）坚持党委领导、政府主导、部门协同、多方参与，巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果同乡村振兴战略有效衔接；

（四）坚持公平、公正、公开、便民。

第四条 医疗救助年度起止时间与救助对象参加基本医疗保险年度的起止时间一致。

**第二章　救助对象**

第五条 本办法覆盖参加基本医疗保险个人负担较重的困难职工和城乡居民。

第六条 医疗救助对象包括以下人员：

（一）特困人员；

（二）孤儿（含事实无人抚养儿童，以下同）；

（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、低保对象或低保边缘家庭成员条件，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（以下简称因病致困重病患者）。

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由同级民政或乡村振兴部门认定后给予相应救助。

**第三章　救助标准**

第七条 医疗救助的支付范围：救助对象经基本医疗保险、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）等社会保险报销后，符合基本医疗保险基金支付范围的自付费用。

下列医疗费用不纳入救助范围：

（一）到非医保定点医药机构就医、购药的；

（二）应当从工伤保险基金中支付的；

（三）应当由第三人负担的；

（四）应当由公共卫生负担的；

（五）在境外就医的；

（六）体育健身、养生保健消费、健康体检；

（七）法律法规及政策规定的其他情形。

第八条 参保资助。对困难群众参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分实施分类资助。对特困人员、孤儿给予全额资助；对低保对象、防止返贫监测对象给予定额资助；对已稳定脱贫人口执行资助参保渐退政策，渐退期内给予定额资助；定额资助标准由市医疗保障部门会同市财政部门确定并公布。各级人民政府要落实参保主体责任，重点做好困难群众、新增救助对象等特殊人员的参保动员工作，确保其及时参保、应保尽保。

第九条  医疗救助。救助对象因患慢性病或重特大疾病需要长期门诊治疗（指患二类门诊慢特病病种）、住院治疗发生的符合医疗救助支付范围的医疗费用，在年度起付线以上、救助限额以内的部分按比例救助。

（一）特困人员、孤儿：不设起付线，按100%比例给予救助；

（二）低保对象：不设起付线，按70%比例给予救助；

（三）防止返贫监测对象：不设起付线，按65%比例给予救助；

（四）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%，起付线以上部分按50%比例给予救助；

（五）因病致困重病患者：起付线为我市上年度城乡居民人均可支配收入的25%，起付线以上部分按50%比例给予救助。

救助对象一个自然年度内累计救助限额标准为：特困人员、孤儿5万元，低保对象、防止返贫监测对象3万元，低保边缘家庭成员、因病致困重病患者2万元。

第十条 倾斜救助。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，一个自然年度内个人自付合规医疗费用累计超过我市防止返贫监测范围的部分，按比例给予倾斜救助，特困人员、孤儿100%，其他救助对象50%，倾斜救助最高限额1万元。

第十一条 救助对象身份信息以出院时为准，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。

**第四章  经办服务**

第十二条 直接救助。已经认定的救助对象凭本人身份证和相关资料到市域内医保定点医疗机构就医时，直接享受医疗救助待遇，实现基本医疗保险、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“一站式”服务、“一窗口”办理、“一单制”结算。每季度末，乡镇人民政府（街道办事处）在救助对象居住地（村、社区）固定公示栏进行公示，公示期为5个工作日，接受社会监督。

第十三条 事后救助。享受直接救助以外的对象和情形经申请、公示、审核后按次享受医疗救助待遇。

事后救助经办服务流程。

（一）申请受理。救助对象向户籍所在地乡镇人民政府（街道办事处）提出书面申请（也可委托），并提供身份证明和民政、乡村振兴部门认定证明材料、本年度病史证明材料和医疗费用结算单据等资料。救助对象身份认定地与户籍地不一致的，向身份认定地所属乡镇人民政府（街道办事处）提出书面申请并提交资料。

（二）乡镇审核。乡镇人民政府（街道办事处）在受理医疗救助申请后的5个工作日内完成入户调查和基础资料审核；符合条件的，在救助对象居住地（村、社区）固定公示栏进行公示，公示期为5个工作日，接受社会监督。

（三）资料上报。乡镇人民政府（街道办事处）应当在审核通过后，5个工作日填写《医疗救助（倾斜救助）审核审批表》后报县（区）医疗保障部门。如遇突发性重特大疾病患者，应特事特办、及时审核。对不符合条件的，应书面说明理由并通知申请人。

（四）部门审核。县（区）医疗保障部门收到申报资料后，在5个工作日内完成审批，并在《医疗救助（倾斜救助）审核审批表》上确认，有异议的应在5个工作日内完成现场复核。对不符合救助条件的，应书面说明理由并将资料退回乡镇人民政府（街道办事处）。

（五）资金发放。县（区）医疗保障部门完成审批后，10个工作日内将审批情况反馈到乡镇人民政府（街道办事处）确认无误后发放。救助资金原则上通过“一卡通”阳光平台发放给救助对象。

第十四条  救助对象在异地定点医疗机构就医的，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，由个人垫付，原则上于次年6月底前到户籍所在地按照事后救助要求申请救助。

第十五条  特困人员、孤儿、低保对象、防止返贫监测对象由民政、乡村振兴部门认定并推送给医疗保障部门，由县（区）医疗保障部门在医保信息系统中标识身份，在市域内医保定点医疗机构就医，实行“先诊疗后付费”，免缴住院押金，只需支付个人自付部分费用。

第十六条 开展医疗救助服务的定点医疗机构应当落实专人负责医疗救助费用结算工作，建立健全救助对象收治有关工作制度和流程，规范诊疗路经，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，特困人员、低保对象、防止返贫监测对象等重点救助对象政策支付范围外的医疗费用控制在当次住院总费用的10%以内，纳入定点服务协议管理和年度考核内容。

第十七条 异地安置救助对象在异地定点医疗机构就医

的，应向参保地医疗保障经办机构申报备案，经规范转诊的，按照参保地救助标准执行。

第十八条 依托四川省医疗保障信息平台、农村低收入人口监测平台和民政社会救助平台对基本医保参保对象实施动态监测、信息共享、主动发现、精准救助。县（区）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，从推送之日起落实好医疗保障待遇。

**第五章 资金收支**

第十九条 医疗救助资金实行年度预算管理，预决算编制、调整、执行应当严格依照《中华人民共和国预算法》《四川省中央和省级财政医疗救助补助资金管理办法》（川财社〔2020〕66号）有关规定执行。

医疗救助资金坚持“量入为出、收支平衡、略有结余、绩效挂钩”的原则，实行收支两条线管理，单独建账、独立核算、专户管理、专款专用。

第二十条  纳入市级统筹管理的医疗救助资金包括：中央、省财政补助资金及相关部门或者单位资助资金；市、县（区）财政补助资金；政府性基金（彩票公益金）划转的医疗救助资金；社会捐赠资金；医疗救助基金形成的利息收入；按规定可用于医疗救助的其他资金；市级统筹实施前各县（区）累计结余的城乡医疗救助资金。

第二十一条 中央、省财政补助资金由市级财政直接划转至市级医疗救助资金财政专户（以下简称市医疗救助专户）；市、县（区）财政补助资金由市、县（区）财政部门划转（上解）至市医疗救助专户；市、县（区）财政部门收到社会捐赠资金或其他按规定可用于医疗救助的资金，在资金到账的当月末划转（上解）至市医疗救助专户；县（区）结余资金留存周转金后，上解至市医疗救助专户。

第二十二条 市、县（区）财政补助资金纳入财政年度预算，于每年市、县人民代表大会批复预算后按规定划转（上解）至市级医疗救助专户。

第二十三条 市级财政部门会同市医疗保障部门按照救助对象规模、户籍人口数、自身努力程度等相关因素科学制定医疗救助资金分配方案。各县（区）每月5日前，按不超过上月实际支付医疗救助金额向市医疗保障部门提交支出计划拨付申请，市医疗保障部门负责审核和汇总，并于每月10日前向市财政部门提交资金拨付申请，市财政部门审核后，在5个工作日内拨付医疗救助资金至市医疗救助资金支出账户，市医疗保障部门于每月25日前下拨资金至各县区医疗救助资金支出账户。每年按上年度月均支出医疗救助金额预拨一个月救助资金，预拨资金年终进行清算。

第二十四条 资助参保由市财政部门直接划转。集中参保缴费期结束后一个月内，各县（区）向市医疗保障部门提交资助参保申请，市医疗保障部门负责汇总后，向市财政部门提交资金划转申请，市级财政部门审核后，将资助参保费用从市级医疗救助专户划转至市城乡居民医保基金财政专户。

**第六章　监督管理**

第二十五条 县（区）人民政府（含经开区、文旅新区，下同）是本辖区医疗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物质保证，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。

第二十六条 乡镇人民政府（街道办事处）负责辖区内医疗救助申请受理、调查核实、审核上报、救助资金阳光审批发放系统上传、救助公示和救助对象资助参保信息采集上报等工作。

第二十七条 各部门应当按职能职责协同做好医疗救助工作。

（一）医疗保障部门负责医疗救助工作的组织实施和监督管理；

（二）财政部门负责医疗救助资金的筹集和监督管理；

（三）民政部门负责特困人员、孤儿、低保对象、低保边缘家庭成员、因病致困重病患者等困难群众的身份认定、信息交换、数据推送等工作，确保救助对象信息准确；

（四）乡村振兴部门负责防止返贫监测对象的身份认定、信息交换、数据推送等工作；

（五）卫生健康部门负责医疗机构行业管理和医疗服务行为的监督管理，规范诊疗路径，促进分级诊疗，督促医疗机构规范财务管理和落实基本医疗保险、大病保险和医疗救助“一站式”结算；

（六）工会组织要完善困难职工帮扶体系，做好职工医疗互助和患大病困难职工帮扶工作；

（七）审计机关负责医疗救助资金管理和使用情况的审计。

第二十八条 各级医疗保障部门和财政部门应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，确保基金安全。

第二十九条 医疗保障部门建立健全医疗救助绩效评价考核体系，将医疗救助资金纳入医疗保障基金一体化监管范围，加强监督检查，增强约束力和透明度。

第三十条  医疗救助资金依法接受监督，经办机构、救助对象或医药机构有骗取或协助骗取医疗救助资金的，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；构成犯罪的，依法追究法律责任。

**第七章 附则**

第三十一条 本办法实施期间，国家、省有新规定的，从其规定。

第三十二条 本办法自XX年XX月XX日起施行,有效期5年；以往文件规定与本办法不一致的，以本办法为准。