

西安市医疗保障局
西安市民政局
西安市财政局文件
西安市卫生健康委员会
西安市乡村振兴局

市医保发〔2023〕28号

西安市医疗保障局等五部门关于进一步做好
城乡重特大疾病医疗救助工作的通知

各区（县）、开发区医疗保障部门、民政部门、财政部门、卫生健康行政部门、乡村振兴部门，市医保经办服务中心，市医保基金管理中心：

为健全完善我市重特大疾病医疗保险和救助制度，进一步

夯实医疗救助托底保障功能，根据《社会救助暂行办法》（国务院令 第 649 号）和陕西省人民政府办公厅《关于印发健全重特大疾病医疗保险和救助制度若干措施的通知》（陕政办发〔2022〕24 号）精神，经市人民政府同意，现就做好城乡重特大疾病医疗救助工作通知如下。

一、工作目标

聚焦减轻困难群众和大病患者医疗费用负担，精准确定救助对象类别，及时分类实施医疗救助。强化基本医保、大病保险、医疗救助（以下统称三重制度）互补衔接，重点实施二次救助托底保障，有效防范因病返贫致贫风险。依托国家医疗保障信息平台，推进一体化经办服务，优化救助申请审核程序，提升服务管理水平。促进三重制度综合保障与慈善救助、商业健康保险协同发展、有效衔接，构建政府主导、多方参与的多层次医疗保障体系，不断提高困难群众获得感、幸福感、安全感。

二、基本原则

（一）托住底线。综合救助对象的医疗费用、家庭困难程度和负担能力等因素，科学合理制定救助措施，确保其获得必需的基本医疗服务；救助水平与我市经济社会发展水平相适应。

（二）公开公正。公开救助政策、工作程序、救助对象以及实施情况，主动接受群众和社会监督，确保过程公开透明、结果公平公正。

（三）统一规范。做实医疗救助市级统筹，促进医疗救助

统筹层次与基本医保统筹层次相协调，规范统一全市医疗救助政策，加强统筹衔接，切实增强政策制度的公平性，最大限度惠及困难群众。

（四）高效便捷。优化救助流程，规范结算程序，实行市内基本医保、大病保险、医疗救助“一站式”结算服务，增强救助时效，确保困难群众得到及时救助。

三、医疗救助对象范围

医疗救助对象为具有陕西省户籍且在我市参加基本医保的困难职工和城乡居民，主要包括以下三类救助对象：

一类救助对象：特困供养人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）。

二类救助对象：低保对象、低保边缘家庭成员和纳入监测范围的农村易返贫致贫人口（脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户）。

三类救助对象：因病致贫重病患者（指发生高额医疗费用，家庭年收入扣除政策范围内个人自付医疗费用后，人均不超过我市最低生活保障标准 1.5 倍，且家庭财产符合我市最低生活保障财产条件的重病患者）。

区（县）级及以上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。其中，确诊为戈谢病、庞贝氏病的罕见病患者，经指定医院疾病诊断，并经参保地经办机构审核后，符合救助条件的，可按照三类救助对象类别实施救助。

四、医疗救助费用保障范围

按照“先保险后救助”的原则，救助对象在定点医疗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，经基本医保或大病保险（职工大额医疗补助保险）支付后政策范围内医疗费用纳入救助范围。其中，困难职工和城乡居民在取得救助身份后，其身份认定前 12 个月内的政策范围内门诊、住院费用纳入医疗救助保障。由医疗救助基金支付的药品、医用耗材、诊疗项目严格按照基本医保支付范围的规定执行。未达到基本医保或大病保险起付标准的，可以纳入救助保障。

五、医疗救助对象身份管理

（一）具有多重身份的救助对象，按照就高不重复的原则选定救助高的救助对象身份给予救助。

（二）困难职工和城乡居民在住院治疗期间取得救助对象身份的，当次住院起即可按照相应救助对象身份给予救助。

（三）救助对象在住院治疗期间丧失救助对象身份的，当次住院仍按原救助对象身份给予救助。

（四）救助对象在住院治疗期间变更救助对象身份的，当次住院结算时按救助高的救助对象身份给予救助。

（五）救助对象在住院期间因病医治无效死亡的，办理医后救助时，由其家庭成员（法定继承人）按照医疗救助规定的程序申请办理。

（六）救助年度认定的因病致贫重病患者，其救助身份当次救助当次有效。

（七）救助对象身份在省域内各统筹区予以互认，救助对象跨市参保的，救助身份随参保地转移，由参保地落实医疗救助待遇。

六、医疗救助方式及标准

医疗救助主要采取资助参保、门诊救助、住院救助相结合的方式进行。对规范转诊且在省域内就医的救助对象，经三重制度综合保障后政策范围内个人负担（不含跨省、跨年度情况）仍然较重的，实施二次救助。

（一）资助参保

一类救助对象参加城乡居民医保的个人缴费部分给予全额资助，二类救助对象中的低保对象和纳入监测范围的农村易返贫致贫人口（脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户）参加城乡居民医保的个人缴费部分给予定额资助，年度资助标准按照当年我市确定的资助标准执行。参保当年的9月1日以后动态新增的特殊人群（特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童、低保对象、脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户）作为下一年度认定依据享受参保资助政策。

（二）门诊救助

1. 一类救助对象不设起付标准，门诊费用经基本医保或大病保险（职工大额医疗补助）支付后政策范围内个人自付医疗费用按照100%比例给予救助，不设年度救助限额。

2. 二类救助对象和三类救助对象不设起付标准，门诊慢特病及门诊特药费用和治疗戈谢病、庞贝氏病注射用伊米昔酶、

注射用阿糖苷酶 α 医疗费用经基本医保或大病保险（职工大额医疗补助保险）支付后政策范围内个人自付医疗费用按照 70% 比例给予救助，门诊与住院救助共用年度救助限额。实施救助的门诊慢特病病种按照我市基本医保规定的病种执行且符合基本医保门诊慢特病病种的认定资格。

（三）住院救助

1. 一类救助对象不设起付标准，住院费用经基本医保或大病保险（职工大额医疗补助保险）支付后，政策范围内个人自付费用按照 100% 比例给予救助，不设年度救助限额。

2. 二类救助对象中的低保对象不设起付标准，住院费用经基本医保或大病保险（职工大额医疗补助保险）支付后，政策范围内个人自付费用按照分档累计救助：5 万元（含）以下的部分按照 70% 比例给予救助；5 万元（不含）以上部分按照 80% 比例给予救助，年度救助限额为 15 万元。

3. 二类救助对象中的低保边缘家庭成员和纳入监测范围的农村易返贫致贫人口（脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户）起付标准为 3800 元，住院费用经基本医保或大病保险（职工大额医疗补助保险）支付后，政策范围内个人自付费用起付标准以上部分按照分档累计救助：5 万元（含）以下部分按照 60% 比例给予救助；5 万元（不含）以上部分按照 70% 比例给予救助，年度救助限额为 15 万元。

4. 三类救助对象起付标准为 9600 元，住院费用经基本医保或大病保险（职工大额医疗补助保险）支付后，政策范围内

个人自付费用起付标准以上部分按照分档累计给予救助：5万元（含）以下部分按照50%比例给予救助；5万元（不含）以上部分按照60%比例给予救助，年度救助限额为15万元。

（四）二次救助

1. 救助对象经三重制度综合保障后，年度内政策范围内基金支付比例不低于80%，低于80%的统一按照80%比例补齐，合理控制救助对象政策范围内个人自付费用。

2. 救助对象规范转诊且在省域内就医，经三重制度综合保障后政策范围内个人自付医疗费用（不含跨省、跨年度情况）累计超过1万元以上的，二类救助对象和三类救助对象按照50%比例给予二次救助，年度救助限额为10万元。二次救助限额不纳入医疗救助住院年度救助限额。

一类救助对象按照三重制度综合保障后政策范围外个人自付费用较大造成基本生活困难的，可由民政部门临时救助予以支持。

七、医疗救助程序

（一）资助参保

市医保经办服务中心统计汇总当年纳入资助参保范围的特殊人群人数、人员类别及资助标准上报市财政局，由市财政局审核并办理特殊人群资助参保补助资金的拨付工作，由市医保经办服务中心办理特殊人群资助参保工作。

（二）门诊救助、住院救助、二次救助

1. “一站式”救助。参加我市基本医保的一类救助对象和二

类救助对象直接纳入“一站式”结算，实行门诊、住院、二次救助“一站式”救助。

一类救助对象和二类救助对象持本人有效身份证件、医保电子凭证到定点医疗机构就医，定点医疗机构为救助对象提供医疗费用“一站式”即时结算服务，垫付应由医疗救助基金支付的医疗费用后，再与医保经办机构结算，救助对象只需支付个人自付部分。

2. 医后救助。参加我市基本医保且“一站式”即时结算未覆盖的一类救助对象、二类救助对象和需要依申请取得救助身份的三类救助对象，实行门诊、住院、二次救助医后救助。

一类救助对象和二类救助对象须持本人（法定继承人）有效身份证件、户口簿（居住证）、本年度必要的疾病诊断证明材料、医疗费用结算单、本人（法定继承人）银行账号及相关材料申请医后救助。属于西安市户籍的，到户籍所在地区（县）医疗保障部门直接办理；不属于西安市户籍的，到居住地区（县）医疗保障部门直接办理。其中，戈谢病、庞贝氏病罕见病患者，可参照此程序申请医后救助。

需要依申请取得救助身份的三类救助对象，须先到户籍所在地区（县）民政部门取得救助身份认定后，持上述相关材料，再申请医后救助。属于西安市户籍的，到户籍所在地镇人民政府（街道办事处）提出书面申请；不属于西安市户籍的，到居住地镇人民政府（街道办事处）提出书面申请。区（县）医疗保障部门和镇人民政府（街道办事处）应一次性告知申请对象

所需提供的申请材料。

镇人民政府（街道办事处）在受理医疗救助申请后的 10 个工作日内完成调查、核实、公示和基础资料审核；符合救助条件的，报区（县）医保经办机构审批。如遇突发性重特大疾病患者，应特事特办、及时审核。对不符合救助条件的，要书面说明原因，并通知申请人。

区（县）医保经办机构接到申报材料后，在 10 个工作日内完成审批。对符合救助条件的，在完成审批后 10 个工作日内将救助基金汇入救助对象银行账户。对不符合条件的，要书面说明原因并退回镇人民政府（街道办事处），由镇人民政府（街道办事处）通知申请人。

八、城乡医疗救助基金筹集和管理

（一）城乡医疗救助基金来源包括中央、省级补助资金；市级和区县财政安排资金；彩票公益金；社会捐赠资金等。

（二）城乡医疗救助基金纳入市级社会保障基金财政专户（以下统称市财政专户），实行分账核算，专款专用，实行市级统筹管理。

（三）市医保经办服务中心将市财政专户拨付的城乡医疗救助基金纳入市城乡居民基本医疗保险基金支出户管理，分账核算，专项管理，专款专用，包括每年拨入的医疗救助待遇周转金、每月拨入的医疗救助待遇款和支付市级定点医疗机构、区（县）医保经办机构医疗救助待遇款。

（四）市医保经办服务中心会同市财政局编制年度全市城

乡医疗救助基金预算，区（县）承担部分通过年底财力结算办理。

（五）市医保经办服务中心应根据年度城乡救助基金预算和基金使用需要，定期向市财政局报送城乡医疗救助基金使用计划。市财政局对市医保经办服务中心报送的城乡医疗救助基金使用计划进行审核后，应及时将城乡医疗救助基金从市财政专户拨付至市医保经办服务中心基金支出户，由市医保经办服务中心拨付至各区（县）医保经办机构及市级协议医疗机构。

（六）根据医疗卫生领域市与区县财政事权和支出责任划分及我市城乡医疗救助基金管理现状，城乡医疗救助基金市本级与各区县（开发区）按照 5：5 分担，西咸新区特殊人群的参保补助和门诊住院救助费用由西咸新区全额负担。

（七）各级财政部门应当按照以支定收的原则，根据医疗救助对象人数、救助水平等因素科学合理编制城乡医疗救助基金收支预算，纳入同级人民政府财政预算管理；各级医保经办机构要加快预算执行，严格按照规定使用资金，不得擅自扩大支出范围，不得以任何形式挤占、挪用、截留和滞留城乡医疗救助基金，确保专款专用，提高基金使用效益。

（八）各级医保、财政部门应建立健全城乡医疗救助基金工作绩效评价制度，对制度落实、规范管理、资金安排、预算执行、资金管理、保障措施、组织实施和实际效果等进行评价。区（县）医保部门会同同级财政部门要根据评价结果起草绩效自评报告。

九、定点医疗机构管理

全市基本医保定点医疗机构均为城乡医疗救助定点医疗机构，医疗救助工作纳入定点医疗机构的医疗机构医疗保障定点服务协议范围，接受相关部门管理、监督。

（一）定点医疗机构要严格执行医保协议，加强医疗质量管理，合理诊疗、合理收费，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，优先配备使用医保目录药品，控制医疗费用。

（二）定点医疗机构应加强与全国医疗保障信息平台有效衔接，为医疗救助对象提供医疗费用“一站式”即时结算服务，提高结算服务便利性。

（三）定点医疗机构垫付的医疗救助资金按照分级管理原则，由分管的医保经办机构定期结算。

十、部门职责

（一）医疗保障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。

（二）民政部门要做好低保对象、特困供养人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）、低保边缘家庭成员等救助对象认定，会同医保等部门做好因病致贫重病患者认定和信息共享，衔接做好救助对象临时救助工作，支持慈善救助发展。

（三）财政部门要做好城乡医疗救助基金预算安排，落实并拨付医疗救助财政补助资金；对城乡医疗救助基金的管理和使用情况进行监督检查。

（四）卫生健康部门要强化对医疗机构的行业管理，规范诊疗行为，促进分级诊疗。

（五）乡村振兴部门要做好农村易返贫致贫人口的认定和信息共享。

（六）市医保经办服务中心要做好城乡医疗救助基金预算、决算工作和资助参保、待遇核发、业务咨询工作；进一步细化完善救助服务事项清单，优化医疗救助经办管理服务规程，统一基本医保、医疗救助服务协议管理。

（七）市医保基金管理中心要协调相关软件公司做好救助对象身份信息导入、标识、更新维护工作，依托国家医疗保障信息平台，依法依规加强数据归口管理。

十一、工作要求

（一）加强组织领导。要将困难群众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。医疗保障部门要加强医疗救助工作的组织与实施，推动三重制度互补衔接，充分发挥三重制度梯次减负功能，提高综合保障能力；各相关单位要加强协作配合，整体推进，合力防范化解困难群众因病返贫致贫风险。

（二）优化经办服务。依托国家医疗保障信息平台，推动基本医保和医疗救助服务融合。加强市县镇村四级医疗保障经办服务体系建设，推进一体化经办服务。加强医疗救助政策和业务能力培训，提升医疗救助工作管理服务水平。

（三）鼓励社会参与。加强医疗救助与社会力量参与的衔

接工作机制,鼓励引导社会力量开展灵活多样的医疗援助项目,积极开展慈善救助,发挥好社会力量对医疗救助的补充作用。

本通知从发布之日起执行,住院救助以出院时间为准。原医疗救助政策与本通知不一致的,按照本通知执行。执行期间,国家和我省医疗救助政策有新规定的,从其规定。



2023年4月10日

