

二连浩特市人民政府办公室关于印发《二连浩特市健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施细则》的通知

各相关单位：

现将《二连浩特市健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施细则》印发给你们，请认真遵照执行。

2022年11月24日

（此件公开发布）

二连浩特市健全重特大疾病医疗保险 和救助制度的实施细则

第一章 总则

第一条 为进一步完善医疗救助制度、健全重特大疾病医疗保险和救助制度，深入贯彻落实《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）和《内蒙古自治区人民政府办公厅关于印发〈内蒙古自治区重特大疾病医疗救助实施办法〉的通知》（蒙政办发〔2021〕10号）精神，结合二连浩特市实际，制定本实施细则。

（内政办发〔2022〕41号）精神， （进一费用民制办减负生定发轻担保本困群范线，障底则。）和病结合我病患返市精神者贫，医 际，铸牢，用民制办减负生定发轻担保本困群范线，障底则。）和病结合我病患返市精神者贫，医

第二条 实施医疗救助制度，应遵循下列基本原则。

（一）托住底线。坚持尽力而为、量力而行、突出重点、分类救助原则，医疗救助水平要与经济社会发展水平和财政支付能力相适应。综合考虑救助对象医疗费用，家庭困难程度和负担能力，重点聚焦特殊困难群众、重特大疾病等因素，科学合理开展救助，确保救助对象获得必要的医疗救助服务。

（二）统筹衔接。稳步提高医疗救助筹资和保障水平，加强与基本医疗保险、大病保险、疾病应急救助及各类补充医疗保险、商业健康保险等制度的有效衔接，形成制度合力。加强与慈善事业有序衔接，实现政府救助与社会力量参与的高效联动和良性互动。

（三）公开公正。坚持规范管理，公开救助政策、工作程序、救助对象以及实施情况，提高管理服务水平，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，确保医疗救助工作健康可持续发展。

（四）高效便捷。加快信息化建设，完善医疗救助与基本医疗保险、大病保险、各类补充医疗保险、商业健康保险、定点医药机构信息共享和服务衔接，优化救助流程、简化结算程序，为困难群众提供方便快捷服务。

第三条 全市医疗救助实行市级统筹，统一政策标准、统一基金收支、统一经办服务、统一信息系统。

第二章 医疗救助对象的确定

第四条 医疗救助对象为医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民。

（一）重点救助对象。

1. 特困人员、孤儿（含事实无人抚养儿童，下同）。
2. 低保对象。

（二）其他救助对象。

1. 低保边缘家庭成员。
2. 纳入监测范围的农村牧区易返贫致贫人口。
3. 因病致贫重病患者。

（三）市人民政府规定的其他特殊困难人员，按照上述救助对象类别给予相应救助。

第三章 医疗救助方式与标准

第五条 医疗救助采取全额或者部分资助参加城乡居民基本医疗保险等方式开展。特困人员、孤儿参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分予以全额资助，低保对象、纳入监测范围的农村牧区易返贫致

贫困人口、因病致贫重病患者和市政府规定的其他特殊困难人员参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分予以80%定额资助。

第六条 门诊医疗救助、住院医疗救助方式。

医疗救助费用保障范围。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。基本医疗保险、大病保险起付线以下的政策范围内个人自付费用，按规定纳入医疗救助。医疗救助基金支付范围，按照国家、自治区有关基本医疗保险支付范围的规定执行。

（一）门诊医疗救助。

特困人员、孤儿、低保对象在定点医疗机构门诊发生的费用，政策范围内个人自付的门诊费用，不设救助起付线和封顶线（救助起付线和封顶线均按一个自然年度累计计算，下同），100%予以救助。

低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村牧区易返贫致贫人口、因病致贫重病患者和市政府规定的其他特殊困难人员在定点医疗机构门诊发生的费用，政策范围内个人自付的门诊费用，救助起付标准按照我市上年全体居民人均可支配收入的2%左右确定，救助比例80%，救助封顶线5000元。

（二）住院医疗救助。

1. 特困人员、孤儿在定点医疗机构发生的住院费用，经基本医疗保险及大病保险报销后，剩余政策范围内费用不设救助起付线和救助封顶线，救助比例100%，全部予以救助。

2. 低保对象在定点医疗机构发生的住院费用，经基本医疗保险及大病保险报销后，剩余政策范围内费用不设救助起付线，救助比例80%，救助封顶线100000元。

3. 低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村牧区易返贫致贫人口，经基本医疗保险及大病保险报销后，剩余政策范围内费用，救助起付标准按照我市上年全体居民人均可支配收入的10%左右确定，救助比例80%，救助封顶线100000元。

4. 因病致贫重病患者和市政府规定的其他特殊困难人员，经基本医疗保险及大病保险报销后，剩余政策范围内费用，救助起付标准按照我市上年全体居民人均可支配收入的25%左右确定。救助比例80%，救助封顶线100000元。

（三）门诊特殊慢性病医疗救助。

医疗救助对象患门诊特殊慢性病的，在定点医疗机构发生的门诊医疗费用，基本医保执行门诊医疗费用与住院费用合并计算报销政策的，按照人员类别比照住院救助政策报销。困难群众具有多重特殊身份属性的按“就高不就低”的原则享受救助，不得重复救助。

（四）统筹完善托底保障措施。

特困人员、孤儿、低保对象、纳入监测范围的农村牧区易返贫致贫人口，大病保险起付标准降低50%，支付比例提高5个百分点，并取消最高支付限额。

对规范转诊且在自治区范围内就医的救助对象，经三重制度综合保障后政策范围内个人负担仍然较重的，依申请给予倾斜救助。住院

起付线参照城乡居民大病保险特困人员起付线标准确定，政策范围内住院费用按50%的比例给予救助，年度累计救助最高限额不超过5万元。

第七条享受医疗救助待遇，医药费用须经基本医疗保险、大病保险报销。

第四章 医疗救助的经办服务管理

第八条 民社、残联、乡村振兴、医保等部门按照归口管理的原则，分别确认医疗救助对象，确认的参保对象统一到市医疗保障经办机构办理登记手续。

救助对象中特困人员、孤儿、低保对象、低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者由民社部门确认，纳入监测范围的农村牧区易返贫致贫人口由乡村振兴部门确认。

第九条 全市医疗救助实行定点医疗机构管理，纳入协议管理范围的定点医疗机构应方便困难群众就诊，完善定点医疗机构医疗救助服务内容，提高服务质量，按照规定做好基本医疗保险和医疗救助费用结算。应通过明确诊疗方案、控制目录外费用等措施，引导医疗机构提供合理、必要的医疗服务，严格控制不合理医疗费用支出，合理控制政策范围内自付费用比例，着力减轻救助对象医疗费用负担。二级医疗机构目录外比例不超过5%，三级医疗机构目录外费用比例不超过10%。经基层首诊转诊的特困人员、孤儿、低保对象在市内定点医疗机构住院，实行“先诊疗后付费”，全面免除其住院押金。做好异地安

置和异地转诊救助对象登记备案、就医结算，按规定转诊的救助对象，执行户籍所在地救助标准。未按规定转诊的救助对象，所发生的医疗费用原则上不纳入医疗救助范围。

第五章 医疗救助基金的筹集和管理

第十条 全市医疗救助的基金包括：

（一）上级下拨用于医疗救助的补助资金；

（二）市财政投入的医疗救助资金，以上年度常住人口为基数，按每人每年10元标准安排救助资金；

（三）彩票公益金安排的医疗救助资金；

（四）社会捐助资金；

（五）医疗救助基金形成的利息收入；

（六）其它医疗救助资金。

第十一条 医疗救助基金的管理

（一）医疗救助基金纳入社会保障财政专户管理，分级管理、分账核算、专款专用。年底支出户余额全部转回社会保障财政专户，支出户无余额留存。

（二）救助对象符合门诊医疗救助和住院医疗救助政策的补助资金，由市财政在上级下达的医疗救助补助资金和其他渠道投入的医疗救助资金基础上支出，按照市财政事权和支出责任划分规定，参照上

年度医疗救助基金支出情况和结余情况足额列入预算，不足部分由市财政兜底补齐，确保医疗救助资金需求。

（三）市救助对象符合门诊医疗救助和住院医疗救助政策的补助资金，由市医疗保障经办机构支付，确保救助对象及时享受到医疗救助服务，对开展“一站式”即时结算的定点医疗机构，结算时先行垫付医疗救助补助资金，经医疗保障经办机构定期审核支付。

（四）财政、医保部门应建立定期对账制度，每年对账不少于两次，医保部门应在年度末按要求向财政部门报送医疗救助基金年度执行情况及相关说明。

第十二条 医疗救助基金必须全部用于救助对象的医疗救助。财政、医保部门负责对医疗救助基金的监管，任何单位和个人不得贪污、截留、挤占、挪用，不得向救助对象收取任何管理费用，对虚报冒领、挤占挪用、贪污浪费等违纪违法行为的单位和个人，按照有关法律法规严肃处理。

第六章 组织实施

第十三条 医疗救助工作在市人民政府的领导下实施，各有关部门各负其责、互相配合，共同抓好落实。

（一）医保部门要充分发挥医疗救助主管部门的积极作用，认真开展调查研究，会同有关部门制定医疗救助政策，做好基本医疗保险、大病保险和医疗救助制度的衔接工作。

（二）民社、残联、乡村振兴等部门要分别做好医疗救助对象的确认，加强信息共享，健全医疗救助对象动态核查机制，及时将符合

条件的救助对象纳入救助范围。强化高额医疗费用支出预警监测。实施医疗救助对象信息动态管理。分类健全因病致贫和因病返贫双预警机制，符合条件的及时纳入救助范围。年度医疗费用经基本医疗保险、大病保险等支付后，个人累计负担超过当地上年农村牧区常住居民人均可支配收入的，纳入因病致贫监测；个人累计负担超过当地上年农村牧区常住居民人均可支配收入50%的，纳入因病返贫监测。重点监测经基本医疗保险、大病保险等支付后个人年度医疗费用负担仍然较重的低保边缘家庭成员和农村牧区易返贫致贫人口，做到及时预警。医保、乡村振兴、民社、卫生健康、残联等相关部门要加强协同配合，做好风险研判和处置，加强对困难群众的主动发现、动态监测、核查比对和信息共享。

依申请落实综合保障政策。全面建立依申请救助机制，畅通低保边缘家庭成员和农村牧区易返贫致贫人口、因病致贫重病患者救助申请渠道，简化申请程序，增强救助时效性。已认定为特困人员、低保对象的，直接获得医疗救助。健全引导社会力量参与救助机制，强化医疗救助、临时救助、慈善救助等综合性保障措施，根据救助对象实际情况，采取“一事一议”方式，精准开展分层分类帮扶。综合救助水平要根据家庭经济状况、个人实际费用负担情况合理确定。对纳入医疗救助范围的人员按规定给予医疗救助。

（三）卫生健康、市场监管、民社等部门要加强对医疗机构的监督管理，规范服务行为，提高服务质量和水平。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。充分发挥互联网公开募捐信息平台作用，规范信息发布，加大公开力度，推行阳光救助。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。根据经济社会发展水平和各方承受能力，探索建立罕见病用药

保障机制，整合医疗保障、社会救助、慈善帮扶等资源，实施综合保障。建立慈善参与激励机制，落实相应税收优惠、费用减免等政策。

鼓励医疗互助和商业健康保险发展。支持开展职工医疗互助，规范互联网平台互助，加强风险管控，引导医疗互助健康发展。充分发挥商业健康保险在多层次医疗保障体系中的作用，支持商业健康保险发展，逐步将医疗新技术、新药品、新器械应用纳入商业健康保险保障范围。支持商业保险机构开发与基本医疗保险相衔接的商业健康保险产品，更好覆盖基本医疗保险不予支付的费用。

（四）财政、审计部门要加强对医疗救助资金的审计监督，确保资金及时足额到位、安全合理使用。

第十四条 医疗救助基金的筹集和使用情况，应通过网站、公告等形式定期向社会公布。

第七章 附则

第十五条 本实施细则由市医疗保障局负责解释。实施中如遇国家、自治区政策调整，依国家、自治区调整后的政策执行。

第十六条 本实施细则2023年1月1日正式实施。原市人民政府《关于印发二连浩特市城乡困难居民重特大疾病医疗救助办法的通知》

（二政办发〔2014〕46号）即行废止。其他以往有关医疗救助规定与本细则不一致的，以本细则为准。

[起草说明.docx](#)