

玉溪市人民政府关于印发 玉溪市医疗救助实施办法（试行）的通知

玉政规〔2022〕2号

各县（市、区）人民政府，市直各委、办、局，中央、省驻玉单位：

《玉溪市医疗救助实施办法（试行）》已经第六届市人民政府第13次常务会议讨论通过，现印发给你们，请认真遵照执行。

2022年12月11日

（此件公开发布）

玉溪市医疗救助实施办法（试行）

第一章 总则

第一条 为了进一步健全完善玉溪市医疗救助制度（以下简称“医疗救助”），减轻困难群众和大病患者医疗经济负担，提升医疗救助制度托底保障能力，根据《云南省人民政府办公厅关于印发云南省健全重特大疾病医疗保险和救助制度若干措施的通知》（云政办发〔2022〕40号）等规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称医疗救助，是指政府对救助对象参加基本医疗保险给予资助，对救助对象经基本医疗保险、大病保险和其他补充医疗保险支付后符合规定的医疗费用，按照一定标准、比例给予补助，缓解其因病造成家庭生活困难的救助制度。

第三条 本办法适用于参加基本医疗保险的我市户籍困难职工和城乡居民的医疗救助及相关管理工作。

第四条 医疗救助遵循下列基本原则：政府主导、部门协同、

社会参与；救助水平与经济社会发展水平相适应；公开、公平、公正、便民。

第五条 市人民政府负责统筹全市医疗救助工作，根据国家和省有关规定，合理确定我市的医疗救助具体政策，规范工作流程。

县（市、区）人民政府负责实施本行政区域内医疗救助工作。

乡（镇）人民政府、街道办事处负责辖区内医疗救助相关工作。

第六条 建立健全部门协同机制，有关部门按照各自的工作职责，协同做好医疗救助工作。

（一）医保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，落实好医疗保障政策；

（二）民政部门负责做好特困人员、低保对象、低保边缘对象和因病致贫重病患者认定，支持慈善救助发展；

（三）乡村振兴部门负责做好返贫致贫人口等农村低收入人口认定和监测；

（四）工会组织负责做好困难职工认定，组织实施职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶；

（五）财政部门负责按照规定做好医疗救助资金支持，做好年度医疗救助资金预算、拨付和工作经费保障；

（六）卫生健康部门负责强化医疗机构的行业管理，规范诊疗路径，提高服务质量和效率，促进分级诊疗；

(七) 税务部门负责做好基本医疗保险费征缴有关工作;

(八) 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, 规范商业健康保险发展。

第二章 医疗救助对象范围

第七条 医疗救助公平覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民, 根据现行困难人员认定标准, 按照四类分别实施医疗救助。

一类人员: 特困人员;

二类人员: 最低生活保障对象(以下简称“低保对象”)、返贫致贫人口;

三类人员: 低保边缘家庭成员(以下简称“低保边缘对象”)、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口、深度困难职工;

四类人员: 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”)、相对困难职工、县级以上政府规定的其他特殊困难人员。

县(市、区)人民政府规定的其他特殊困难人员需报请市人民政府同意后方可纳入救助范围。

第八条 四类困难人员中因病致贫重病患者, 同时满足以下条件的, 由户籍所在地民政部门进行认定后享受相应待遇, 原则

上认定之前 90 日（含）内及认定后产生的个人自付医疗费用，纳入医疗救助范围：

（一）在云南省参加职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）或城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）；

（二）在提出申请前 90 日（含）内，应当由个人承担的医保目录范围内医疗总费用达到上一年度全省居民人均可支配收入 80%（含）以上的；

（三）家庭人均收入低于户籍地城市低保保障标准 4 倍（含）且家庭拥有的人均金融资产低于上一年度全省城市居民人均可支配收入 2 倍（含）的。

第九条 医疗救助对象实行动态管理，具有多重身份的医疗救助对象，按照就高不就低的原则享受救助待遇，不得重复享受。

第十条 过渡期间脱贫人口及纳入乡村振兴部门监测范围的脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户等农村低收入人口，按照我市巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略有关政策执行。

第三章 医疗救助方式和标准

第十一条 困难群众依法参加基本医疗保险，新增医疗救助对象不受居民医保集中缴费期限限制，做到医疗救助对象新增一

人、标识一人、参保一人。

第十二条 对参加居民医保个人缴费有困难的群众给予分类资助，由医疗救助资金支出。保持现行医疗救助分类资助参加居民医保政策稳定，对一类对象给予全额资助，对二类对象给予定额资助。

第十三条 资助参保标准，以缴费时所属医疗救助对象类别为准，已缴纳参保费用的不退不补。资助参保标准根据省级标准动态调整。

第十四条 按照“先保险后救助”的原则，发挥基本医保主体保障功能，实施公平适度保障。大病保险对参加居民医保的一类、二类人员，起付标准降低 50%，支付比例提高 5 个百分点，取消大病保险最高支付限额。

第十五条 将医疗救助对象住院及门诊慢性病、门诊特殊病、门诊急诊抢救（含院前急诊抢救）、日间手术、协议期内国家医保谈判药品门诊保障产生的医保目录内医疗费用，经基本医保、大病保险等报销后的个人自付医疗费用，纳入医疗救助支付范围。除复诊和急诊抢救外，未按照规范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支付范围。

第十六条 以统计部门公布的全省上一年度居民人均可支配收入为基数，确定医疗救助起付标准，对一类、二类人员取消起付标准，三类人员按照基数 10% 确定，四类人员按照基数 25%

确定，一个自然年度内医疗救助起付标准累计计算。

第十七条 对一类人员实行全额救助，二类人员按照 70%比例救助，三类人员按照 60%比例救助，四类人员按照 50%比例救助。

医疗救助年度最高救助限额一类救助对象 10 万元，其他救助对象 2 万元。救助对象自然年度内可多次享受医疗救助，但不超过年度最高救助限额。

第十八条 对规范转诊且在云南省省域内就医的医疗救助对象，经医保三重制度保障后，医保目录范围内年度个人自付医疗费用超过农村低收入人口防止返贫致贫监测底线的部分，经县级乡村振兴、民政、工会等部门按照各自职责，评估认定存在因病返贫致贫风险的给予倾斜救助。一类对象救助比例为 100%，其他救助对象为 70%，年度救助限额 2 万元。

第四章 医疗救助经办服务

第十九条 医疗救助实行定点医疗机构管理，救助对象在玉溪市参保的，实行“一站式”结算直接享受救助待遇。未在玉溪市参保的，依照申请在认定地予以救助。

第二十条 救助对象在玉溪市域内定点医疗机构发生的符合医疗救助条件的费用，个人承担部分由个人与医疗机构结算，医疗救助资金支付部分由定点医疗机构向医疗保险经办机构申

报结算。救助对象在玉溪市域外就医时，按医疗保险异地就医规定办理备案手续及费用结算。

第二十一条 未能通过定点医疗机构直接结算的，救助对象可以提供有关凭证材料，经县（市、区）医疗保险经办机构审核符合条件后，按照规定给予救助。当年费用申报受理截止时间原则上为次年3月31日。

第二十二条 各县（市、区）民政、乡村振兴、工会等部门应当于每月向同级医疗保险经办机构推送医疗救助对象详细名册等信息，医疗保险经办机构应当及时在医保系统中做好标识，确保待遇精准兑现。

第二十三条 健全高额医疗费用支出预警机制。医保部门利用医保信息系统，筛查年度个人负担医疗费用超过监测标准的人群，每月推送给同级乡村振兴、民政、工会部门，分类形成风险预警信息台账。重点监测经基本医保、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对象和农村易返贫致贫人口，做到及时预警。

第二十四条 有序推进分级诊疗，推行基层首诊，规范转诊。经基层首诊转诊的一、二类人员在市域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。

第二十五条 规范诊疗行为，引导医疗救助对象和医疗机构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，

严控不合理费用支出。

第五章 医疗救助资金管理

第二十六条 医疗救助资金来源主要包括：

- （一）各级财政预算安排的资金；
- （二）福利彩票公益金安排的资金；
- （三）社会各界捐赠用于医疗救助的资金；
- （四）医疗救助资金形成的利息收入；
- （五）按规定可以用于医疗救助的其他资金。

第二十七条 医疗救助资金账户管理

（一）财政专户管理。医疗救助资金纳入社会保障基金财政专户管理，实行专项管理、分账核算、分别计息、专款专用，严禁挤占挪用。各级财政部门在社会保险基金财政专户内设立“医疗救助资金”分户，用于接收财政补贴收入和存款利息收入；接收上级财政专户划拨或下级财政专户上解资金；根据经办机构用款计划和预算向支出户拨付资金或按国家规定直接与有关机构办理资金结算；办理异地就医结算业务；国家规定的其他用途。县（市、区）财政专户余额年末缴入市级财政专户。

（二）支出户管理。各级医疗保险经办机构在医保基金支出户内设立“医疗救助资金”分户，实现专项管理、分账核算。用于接收财政专户拨入的资金，暂存医疗救助支付费用及账户利息

收入；支付资金支出款项；向财政专户缴入该账户利息收入；接受上级经办机构划拨或下拨下级经办机构资金。支出户的利息收入应按年缴入社保基金专户，并入医疗救助资金，支出户年末余额缴回财政专户。

第二十八条 落实市、县（市、区）两级财政医疗救助财政分担责任，市级财政积极统筹各级财政资金，鼓励通过彩票公益金、社会捐赠等，进一步拓宽医疗救助筹资渠道，增强医疗救助保障能力。

第二十九条 建立风险预警机制。医疗救助资金当年收支出现缺口，使用滚存结余资金进行解决，并及时向上级主管部门汇报，通过调整相关的政策及筹资标准进行解决。

第三十条 各级财政补助及其他资金全部归集划入市级医疗救助资金财政专户，其中：中央、省、市财政补助资金由市财政及时划入；县（市、区）财政补助资金，由县（市、区）财政根据当年汇算结果及时划入。

第三十一条 医疗救助资金中用于资助参保的部分，于每年6月30日申请财政补助资金人数确定后，在9月30日前由市级财政部门根据同级医保部门确认的资助对象和金额，从市级医疗救助资金财政专户统一核拨到市级城乡居民医疗保险基金财政专户；6月30日后新增救助对象资助参保资金于次年划拨。直接救助部分由医疗保险经办机构支付给定点医疗机构和医疗

救助对象。

第三十二条 建立对账制度，各级财政部门、医疗保险经办机构应当按照规定认真做好医疗救助资金执行情况对账工作。

第三十三条 各级医保部门应当落实医疗救助资金管理主体责任，会同同级财政部门对医疗救助资金执行情况开展绩效评价，必要时可以委托专业机构或具有资质的社会中介机构，开展医疗救助资金绩效运行监控和评价工作。

第三十四条 严格医疗救助资金监督管理，医疗救助资金应当按照规定的范围、标准及结算方式使用，必须全部用于救助对象符合规定的资助参保及直接救助费用，不得列支其他费用。

第三十五条 各级医保、财政、审计等部门依法对医疗救助资金收支和管理使用情况进行监督，医疗保险经办机构应当建立健全内部管理制度和资金运行风险预警机制，加强资金收支管理，接受社会监督。

第五章 附则

第三十六条 本办法自 2023 年 1 月 1 日起施行。我市原有医疗救助管理规定与本办法不一致的，以本办法为准。

