

济宁市医疗保险事业中心文件

济医保中心字〔2023〕3号

关于印发《济宁市医疗救助经办实施细则》 的通知

各县（市、区）医保经办机构，济宁高新区人力资源部、太白湖新区社会保障事业服务中心、济宁经济技术开发区人力资源和社会保障服务中心，兖矿能源集团有限公司人力资源服务中心：

现将《济宁市医疗救助经办实施细则》印发给你们，请结合实际，认真抓好贯彻落实。

济宁市医疗保险事业中心

2023年3月1日

（此件公开发布）



济宁市医疗救助经办实施细则

为进一步减轻困难群众和因病致贫重病患者医疗费用负担，防范因病致贫返贫风险，筑牢民生保障底线，巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果，根据《济宁市人民政府办公室印发〈关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施方案〉的通知》（济政办发〔2022〕14号）、《山东省民政厅 山东省财政厅 山东省医疗保障局关于印发〈山东省因病致贫重病患者认定办法（试行）〉的通知》（鲁民〔2023〕16号）、《济宁市民政局 济宁市财政局 济宁市医疗保障局关于印发〈济宁市因病致贫重病患者认定办法（试行）〉的通知》（济民字〔2023〕24号）要求，结合我市实际，制定本实施细则。

一、救助对象范围

民政部门认定的特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员，乡村振兴部门认定的返贫致贫人口和防止返贫监测帮扶对象（脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户），以及民政部门负责认定的未纳入以上救助对象范围、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）。具有上述多重身份的救助对象，按照就高不重复原则实行救助。

新纳入人员自纳入的次月落实相关医疗保障待遇，退出人员自退出的次月停止享受相关医疗保障待遇。

二、救助费用范围

救助对象在定点医药机构发生的住院费用、门诊慢特病费用（包括参照住院和门诊慢特病管理单独支付的药品费用），经基本医保、大病保险（含职工大额医疗补助）等报销后政策范围内个人自付部分，以及基本医保、大病保险年度起付线以下和最高支付限额以上的费用。

三、救助标准

（一）特困人员、低保对象及返贫致贫人口医疗救助不设年度起付线，经基本医保、大病保险报销后，政策范围内个人负担费用按 70%比例救助，年度救助限额 6 万元。对三重制度保障后，政策范围内个人负担超过 5000 元以上部分按 70%比例给予再救助，年度再救助限额 2 万元。

（二）对低保边缘家庭成员及防止返贫监测帮扶对象，经基本医保、大病保险报销后，政策范围内个人负担费用超过 3000 元以上部分按 60%比例给予救助，年度救助限额 1 万元。对三重制度保障后，政策范围内个人负担超过 1 万元以上的部分按 70%比例给予再救助，年度再救助限额 2 万元。

（三）对经认定符合因病致贫重病患者医疗救助待遇条件的，经基本医保、大病保险报销后，政策范围内个人负担费用超过起付标准以上的部分，按 60%比例给予救助，年度救助限额 1 万元。个人负担费用可追溯至自申请之月前 12 个月（不含申请当月），一次身份认定享受一个医疗年度救

助待遇和申请年度救助限额，一个自然年度内不得重复申请，救助时间区间不重叠计算。

根据《济宁市人民政府办公室印发<关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施方案>的通知》（济政办发〔2022〕14号）要求，因病致贫重病患者医疗救助起付标准按照统计部门发布的我市上年居民人均可支配收入的25%确定。在统计部门发布上年居民人均可支配收入当月发布，次月起执行。

四、医疗救助费用结算

（一）与救助对象结算

1. “一站式”结算流程。已登记备案的医疗救助对象在市域内就医发生的医疗费用，在定点医药机构结算时，属于医疗救助资金支付范围的费用，与基本医保、大病保险实行“一站式”即时结算，不属于医疗救助资金支付范围的费用，由救助对象个人支付。

2. 非“一站式”结算流程。已登记备案的医疗救助对象，在异地就医发生的医疗费用，经基本医保、大病保险报销后，由个人先行支付。属于医疗救助资金支付范围的费用由参保人（或委托人）向户籍地医保经办机构提出申请，由户籍地医保经办机构审核、拨付，不属于医疗救助资金支付范围的费用，由救助对象个人支付。

3. 因病致贫重病患者结算流程。经民政部门认定的因病致贫重病患者就医发生的医疗费用，属于医疗救助资金支付范围的费用，由户籍地医保经办机构进行拨付，不属于医疗救助资金支付范围的费用，由救助对象个人支付。

（二）与定点医药机构结算

1. 县（市、区）医保经办机构负责与本辖区内定点医药机构及时进行医疗救助资金结算。

2. 市内跨县（市、区）就医发生的医疗费用，属于医疗救助资金支付范围的，由就医地医保经办机构负责结算，市级医保经办机构负责全市的救助资金清算工作。

3. 市直定点医药机构垫付的医疗救助资金，由市级医保经办机构清算后发至县（市、区）医保经办机构进行结算拨付。

五、有关要求

（一）加强组织领导。医疗救助工作涉及部分参保人员的切身利益，是重要的民生工作，各县（市、区）医保经办机构要充分认识这项工作的重要意义，根据经办实施细则统筹安排，具体落实，确保医疗救助工作顺利完成。

（二）明确职责范围。市级医保经办机构负责全市医疗救助资金清算工作。县（市、区）医保经办机构负责本辖区定点医药机构结算工作，严格落实因病致贫重病患者救助政

策。各级医保经办机构要加强协作，密切配合，共同完成医疗救助有关工作。

（三）精心组织落实。县（市、区）医保经办机构要按照经办实施细则，积极稳妥推进该项工作。要提高工作效率，对推进工作中遇到的新问题及时沟通解决，确保医疗救助工作保质、按期完成。

【样表】

济宁市医疗救助 政策范围内个人负担医疗费用统计表

乡镇（街道）医保部门（盖章）：

出具日期： 年 月 日

申请人基本信息					
姓名		身份证号			
性别		出生年月		联系电话	
籍贯		家庭住址			
参加保险类别： ☐ 城乡居民基本医疗保险 ☐ 城镇职工基本医疗保险					
定点医药机构住院费用发生情况（单位：元）					
费用发生 起始日期	费用发生 终止日期	住院总费用	政策范围内 总费用	统筹支付 总额	政策范围内个人 负担额
定点医药机构门诊慢特病费用发生情况（单位：元）					
费用发生 起始日期	费用发生 终止日期	慢病总费用	政策范围内 总费用	统筹支付 总额	政策范围内个人 负担额
总计（住院政策范围内个人负担额+门诊 慢特病政策范围内个人负担额）					

填表说明：

- 1、该表格由乡镇（街道）医保部门核算后向申请对象出具。
- 2、费用发生情况为提出申请前12个月内的费用，提出申请当月的费用不纳入统计。
- 3、政策范围内总费用为纳入医保统筹总金额。
- 4、统筹支付总额包含基本医疗支付额、大病保险统筹支付额、职工大额医疗补助、公务员补助。
- 5、总计=住院政策范围内个人负担额+门诊慢特病政策范围内个人负担额。
- 6、该表格仅用于申请因病致贫重病患者医疗救助使用。

表格共1页 第1页

