

西安市医疗保障局
西安市财政局
西安市卫生健康委员会
西安市民政局
西安市扶贫开发办公室
西安市退役军人事务局

文件

市医保发〔2021〕36号

西安市医疗保障局 西安市财政局
西安市卫生健康委员会 西安市民政局
西安市扶贫开发办公室 西安市退役军人事务局
关于做好城乡医疗救助工作的通知

各区（县）医疗保障局、财政局、卫生健康局、民政局、扶贫办、退役军人事务局，西咸新区医疗保障局、财政局、教育卫体局、人社民政局、扶贫办、退役军人事务局，高新区医疗保障局、财政局、文旅健康局、民政局（退役军人事务局）、扶贫办，国际港务区教育和卫生健康局、财政局、社会事业局、扶贫办、退役军人事务局，市医保经办服务中心：

为进一步完善西安市城乡医疗救助制度，建立与基本医疗保险市级统筹制度相适应的医疗救助体系，保障困难群众基本医疗权益，不断提高医疗救助管理服务水平，根据《社会救助暂行办法》（国务院令 第 649 号）、中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5 号）、《陕西省人民政府办公厅转发省民政厅等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作实施意见的通知》（陕政办发〔2016〕31 号）和陕西省财政厅、陕西省医疗保障局《关于进一步完善医疗救助基金筹集机制有关问题的通知》（陕财办社〔2020〕216 号）精神，经市政府同意，现就做好城乡医疗救助市级统筹工作通知如下：

一、总体目标

城乡医疗救助工作以保障困难群众基本医疗权益、健全多层次医疗保障体系、建立与我市医疗保障市级统筹制度体系相适应的全市统一的医疗救助体系为目标，实现医疗救助在全市范围内的“六统一”，即统一救助范围、统一资助参保、统一救助方

式、统一救助标准、统一结算方式、统一基金管理，充分发挥城乡医疗救助托底保障作用，最大限度减轻困难群众医疗费用负担。

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）统筹衔接。加强医疗救助与基本医疗保险、大病保险、疾病应急救助、慈善救助及各类补充医疗保险、商业保险等制度的有效衔接，形成制度合力，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。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。

（四）统一规范。促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调，在全市基本医疗保险市级统筹的基础上，提高医疗救助统筹层次，进一步完善政策措施，强化规范管理，健全工作机制，加强统筹衔接，切实增强政策制度的公平性，最大限度惠及救助对象。

（五）高效便捷。优化救助流程，规范结算程序，完善全市医疗保障信息系统建设，实现基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式”结算，增强救助时效，确保困难群众得到及时有效救助。

三、医疗救助对象

医疗救助对象为具有西安市户籍的以下人员：

（一）重点救助对象：城乡特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障对象。

（二）脱贫人口救助对象：2016年以来已脱贫人口，2021年以后返贫和新增贫困人口。

（三）城乡低收入家庭救助对象。

（四）特定救助对象：重点优抚对象（不含1—6级残疾军人、7—10级旧伤复发残疾军人）、因保护他人民事权益使自己受到伤害、没有侵权人、侵权人逃逸或者侵权人无力承担民事责任的见义勇为人员。

（五）因病致贫救助对象：当年在定点医疗机构住院和门诊治疗的医疗费用，经基本医疗保险、大病保险或各类补充保险等报销后，其个人负担的医疗费用达到或超过医疗救助申请之月（含）前12个月家庭可支配总收入的60%，且家庭财产符合我市最低生活保障家庭认定条件的城乡困难群众。

（六）罕见病救助对象：参加我市基本医疗保险且连续参保缴费满3年，或者参加我市基本医疗保险年龄不满3周岁，其父母一方参加我市基本医疗保险且连续参保缴费满3年，经指定医院确诊为戈谢病、庞贝氏病且个人和家庭无力负担医疗费用的患者。

（七）区（县）级人民政府规定的其他特殊困难群众。

四、医疗救助方式及标准

医疗救助采取资助参保、门诊救助、住院救助相结合的方式。救助标准根据每年医疗救助基金筹集情况、困难群众医疗需求等因素，建立筹资与待遇联动调整机制。

（一）资助参保。按照当年市级明确的城乡居民基本医疗保险个人缴费标准，对城乡特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童、贫困重度残疾人给予全额资助；对最低生活保障对象、脱贫人口救助对象给予定额资助。

（二）门诊救助。救助对象日常门诊或患门诊慢性病、门诊特殊病或者患重特大疾病需要长期门诊治疗发生的属于政策范围内医疗费用，经基本医疗保险、大病保险或各类补充医疗保险等报销后，对个人自付医疗费用给予一定比例救助。实施救助的慢性病、特殊病病种按照我市基本医疗保险规定病种执行且符合门诊慢性病和门诊特殊病认定资格。

1. 日常门诊救助。城乡特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童个人自付医疗费用按照 100%的比例救助，不设年度救助封顶线。

2. 门诊慢性病救助。城乡特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童个人自付医疗费用按照 100%的比例救助，不设年度救助封顶线；最低生活保障对象、脱贫人口救助对象、城乡低收入家庭救助对象、特定救助对象个人自付医疗费用按照 70%的比例救助，年度累计救助封顶线每人不超过 3000 元。

3. 门诊特殊病救助和重特大疾病门诊救助。救助对象个人自付医疗费用，按住院救助的标准给予救助，年度累计救助封顶线与住院救助执行同一个封顶线。

（三）住院救助。救助对象基本医疗住院或重特大疾病住院发生的属于政策范围内医疗费用，经基本医疗保险、大病保险或各类补充医疗保险等报销后，对个人自付医疗费用给予一定比例救助。

1. 城乡特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童，个人自付医疗费用按照 100%比例给予救助，不设年度救助封顶线。

2. 最低生活保障对象、脱贫人口救助对象，政策范围内个人自付医疗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，年度累计救助封顶线每人 15 万元。

3. 城乡低收入家庭救助对象、特定救助对象，政策范围内个人自付医疗费用按照分档累计救助：5 万元（含）以下的按照 50%比例给予救助；5 万元（不含）至 10 万元（含）的部分按照 60%比例给予救助；10 万元（不含）至 20 万元（含）的部分按照 70%比例给予救助；20 万元（不含）以上部分按照 80%比例给予救助，年度累计救助封顶线每人 15 万元。

4. 因病致贫救助对象和县级人民政府规定的其他特殊困难群众，政策范围内个人自付医疗费用年累计 1 万元以上部分按照分档累计给予救助：5 万元（含）以下的按照 40%比例给予救助；

5 万元（不含）至 10 万元（含）的部分按照 50%比例给予救助；10 万元（不含）至 20 万元（含）的部分按照 60%比例给予救助；20 万元（不含）以上部分按照 70%比例给予救助，年度累计救助封顶线每人 15 万元。

5. 罕见病救助对象在符合条件的罕见病医疗机构诊治罕见病，政策范围内个人自付的指定药品、治疗性食品医疗费用按照 70%比例给予救助，年度累计救助封顶线每人 15 万元。

6. 救助对象中 0 至 14 周岁（含）未成年人，救助比例上浮 10 个百分点，年度累计救助封顶线每人 20 万元。

五、医疗救助程序

（一）资助参保程序

每年 6 月底前，市医保经办机构统计汇总当年享受资助参保政策的特殊人群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，由市医保经办机构办理特殊人群资助参保工作。西咸新区按照本区特殊人群将相应的资助参保费用于每年 6 月底前上解至市级城乡基本医疗保险基金财政专户。

（二）门诊救助和住院救助程序

1. “一站式”门诊和住院救助程序。重点救助对象、脱贫人口救助对象、城乡低收入家庭救助对象、特定救助对象按规定执行“一站式”门诊和住院救助，即：上述救助对象持本人身份证或医保电子凭证或者社保卡，到定点医疗机构就医，定点医疗

机构按照医疗救助的有关规定，为救助对象提供医疗救助费用“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，救助对象只需支付自付部分。

2. 医后门诊救助程序。未能得到“一站式”门诊即时结算服务的重点救助对象、脱贫人口救助对象、城乡低收入家庭救助对象、特定救助对象当年在定点医疗机构门诊治疗或持处方到定点零售药店购药发生的属于政策范围内医疗费用，经基本医疗保险、大病保险或各类补充医疗保险等报销后，持本人身份证（复印件）、本人（或监护人）银行账号及门诊费用结算单原件等相关材料，于次年3月底前向户籍所在地区（县）医保经办机构提出书面申请，并填写《医疗救助申请审批表》，办理门诊救助零星结算。

3. 医后住院救助程序。未能得到“一站式”住院即时结算服务的重点救助对象、脱贫人口救助对象、城乡低收入家庭救助对象、特定救助对象和罕见病救助对象在定点医疗机构住院发生的属于政策范围内医疗费用，经基本医疗保险、大病保险报销或各类补充医疗保险等报销后，持本人身份证（复印件）、本人（或监护人）银行账号及住院医疗费用发票、医保结算单、疾病诊断书等相关材料向户籍所在地区（县）医保经办机构提出书面申请，并填写《医疗救助申请审批表》，办理住院救助零星结算。

因病致贫救助对象和区（县）级人民政府规定的其他特殊困难群众，政策范围内的医疗费用按规定程序报销后持上述相关材

料向户籍所在地镇人民政府（街道办事处）提出书面申请，并提供《家庭经济状况核查委托授权书》等，填写《医疗救助申请审批表》，经镇人民政府（街道办事处）调查、核实、公示后，报区（县）医保经办机构审批。区（县）医保经办机构根据镇人民政府（街道办事处）初审意见和民政部门核对意见，作出审批决定。对符合条件的，通过社会化发放救助金，对不符合条件的，写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。

六、医疗救助特殊情形处置

（一）救助对象同时符合两项以上救助条件的，按照就高不重复原则取其中一项核定救助金额。

（二）救助对象住院治疗期间，丧失救助对象身份的，当次住院仍按原救助对象类别实施救助；在住院治疗期间取得医疗救助对象身份的，当次住院起即可按相应救助对象类别实施救助。其中，重点救助对象、城乡低收入家庭救助对象、特定救助对象在身份认定后，对身份认定前6个月内发生的医疗费用符合救助条件的，按照身份认定后的标准进行医疗救助。

（三）建立市、区（县）医疗救助联席会议制度，医保、财政、民政、卫生健康、扶贫、退役军人等部门为成员单位，研究解决医疗救助工作中的问题。对其他不符合救助对象认定条件但遭遇家庭难以承受高额医疗费用支出的，经区（县）医疗救助联席会议研究提出救助方案，报市医疗救助联席会议审定后给予救助。

(四) 救助对象发票丢失或因上一部门报销使用无发票的, 可由发票使用部门提供发票复印件并加盖公章作为救助或报销的依据。

(五) 救助对象采取虚报、隐瞒、伪造等手段骗取医疗救助基金的, 由医保经办机构责令退回非法获取的医疗救助基金, 涉嫌犯罪的, 移送司法机关依法处理。

七、医疗救助基金管理

医疗救助基金实行市级统筹, 分账核算, 专项管理, 专款专用。

(一) 医疗救助基金筹集

城乡医疗救助基金主要来源: 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; 慈善会救助基金。

(二) 医疗救助基金账户管理

1. 市财政局将城乡医疗救助基金纳入社会保障基金财政专户管理(以下简称市财政专户), 实行分账核算, 专项管理, 专款专用, 城乡医疗救助基金实行市级统筹管理。

2. 市医保经办机构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; 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。

3. 区(县)医保经办机构将市医保经办机构拨付的城乡医疗救助基金纳入区(县)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；支付本级定点医疗机构、救助对象医疗救助待遇款。

（三）医疗救助基金拨付

1. 市医疗保障局和市财政局负责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。

2. 各区（县）医保经办机构根据上月的支出情况申请当月支出预算，支出预算编入《医疗保障基金支出预算申请表》，经区（县）、开发区医保部门审核后，上报市医保经办机构，市医保经办机构汇总统一向市财政局申请拨款。每月1日（遇节假日提前）前，各区（县）医保经办机构将支付预算申请报市医保经办机构审核汇总；每月3日前，市医保经办机构将审核汇总的支付预算报市财政局申请拨付；市财政局在收到申请的5个工作日内将核准的资金从市财政专户拨付至市医保经办机构基金支出户，由市医保经办机构拨付至各区（县）医保经办机构基金支出户。

3. 市医保经办机构每月与市财政局和区（县）医保经办机构进行对账，年度末市医保经办机构应按要求向市财政局报送城乡医疗救助基金年度执行情况。

4. 西咸新区的城乡医疗救助补助资金由其自行承担，并于每年2月底前上解至市财政专户。西咸新区年度清算后的基金缺口部分，随同下一年度城乡医疗救助基金上解至市财政专户；年度清算后的基金余额部分，结转滚存并在下年度继续使用。

5. 建立医疗救助预付款制度。医疗救助预付款的额度按照上年度实际费用的 25% 确定，本通知实行后 20 个工作日内从医疗救助基金划拨 2021 年度预付款，以后年度由市医保经办机构在每年 1 月初测算并报市财政局审批后划入市城乡居民基本医疗保险基金支出户。市医保经办机构按照区（县）医保经办机构、定点医疗机构上年度月实际平均支出核拨预付款，区（县）医保经办机构按 2 个月、定点医疗机构按 1 个月的额度确定，医疗救助预付款专项用于困难群众医疗救助结算，每年年末余额结算结转下一年度抵减预付款额度。

（四）医疗救助基金监管和绩效评价

1. 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、截留和滞留医疗救助资金，确保专款专用，提高资金使用效率。

2. 各级医保、财政部门应建立健全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）医保部门会同财政部门要根据评价结果起草绩效自评报告。

3. 各级医保经办机构应定期向社会公布年度医疗救助基金的收支情况，医疗救助基金的管理和使用必须接受财政、审计、

监察等部门的监督检查。

（五）医疗救助基金不予支付情形

下列情形产生的医疗费用，医疗救助基金不予支付：

1. 实施违法犯罪行为或者参与非法活动的。
2. 打架斗殴、酗酒、吸毒、自杀、自残（精神或智力残疾人自杀、自伤除外）。
3. 体育健身、养生保健消费、健康体检。
4. 因交通事故、工伤事故、医疗事故等由第三方承担的；
5. 应当由公共卫生负担的。
6. 在境外就医的。
7. 在非定点医疗机构就医（急诊、抢救除外）或在非定点零售药店购买药品的。
8. 救助对象出院费用结算后在下一年度之内未对上一年度个人负担的住院医疗救助费用提出申请及提交相关材料的。
9. 国家规定的其他不予救助的情形。

八、定点医疗机构管理

全市基本医疗保险定点医疗机构均为城乡医疗救助定点医疗机构，定点医疗机构的医疗救助工作纳入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，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，控制救助对象自费比例。

(二) 定点医疗机构必须实行医疗救助信息化管理，并与医保经办机构医保信息平台联网，为指定的医疗救助对象同步办理基本医保、大病保险和医疗救助“一站式”联网结算，为救助对象提供便捷的医疗服务。

(三) 定点医疗机构垫付的医疗救助资金由医保经办机构结算。市级定点医疗机构垫付的医疗救助资金，由市医保经办机构负责结算；区（县）级定点医疗机构垫付的医疗救助资金，由所在地区（县）医保经办机构负责结算。

九、部门职责

(一) 医疗保障部门是医疗救助的主管部门，负责会同有关部门制订相关配套政策，管理、监督和指导辖区内医疗救助工作。

(二) 财政部门负责医疗救助基金预算安排，落实并拨付医疗救助相关工作经费；对医疗救助基金的管理和使用情况进行监督检查。

(三) 民政部门负责提供在册城乡特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童、城乡低保、城乡低收入家庭救助对象名单，配合医保部门通过西安市居民家庭经济状况核对系统对医疗救助申请家庭开展经济状况核对，并提供核对报告。

(四) 扶贫部门负责提供脱贫人口、返贫和新增贫困人口名单。

(五) 退役军人部门负责提供重点优抚对象（不含 1—6 级残疾军人、7—10 级旧伤复发残疾军人）名单。

(六) 卫生健康部门负责对医疗机构进行监督管理，规范医

疗服务行为，提高服务质量，为医疗救助对象提供便捷的服务。

（七）市、区（县）医保经办机构负责与医疗救助系统、医保系统对接，搭建医疗救助结算模块，做好系统建设、对接、测试工作；按规定申请医疗救助金，资助救助对象参保；负责医疗救助基金预算、决算工作；负责辖区内医疗救助对象人员信息管理、基金管理、待遇核发、业务咨询工作；协助做好辖区内医疗救助对象参保工作。

十、工作要求

（一）加强组织领导。完善医疗救助制度，建立医疗救助市级统筹是医疗保障工作的重点内容。医疗保障部门要牵头负责医疗救助工作的组织与实施，充分发挥三重医疗保障制度效能，不断健全医疗救助政策制度；各相关单位要加强协作配合，整体推进，扎实做好医疗救助市级统筹工作。

（二）优化服务流程。市、区（县）医保经办机构应建立规范化业务流程，加强服务质量管理。各级医保经办机构要按照分级管理原则，指导各级定点医疗机构落实“一站式”即时结算服务，为困难群众看病就医费用结算提供便利。

（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。

本通知自 2021 年 5 月 1 日起执行。原医疗救助相关政策与本通知不一致的，按照本通知执行。执行期间，如国家和我省医

疗救助政策变化，以新政策为准。



西安市医疗保障局



西安市财政局



西安市卫生健康委员会



西安市民政局



西安市扶贫开发办公室



西安市退役军人事务局

2021年4月19日

抄送：陕西省医疗保障局。

西安市医疗保障局办公室

2021年4月19日印发