

十堰市人民政府办公室文件

十政办发〔2022〕54号

市人民政府办公室 关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见

各县、市、区人民政府，市政府各部门，各直属事业单位：

根据《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和医疗救助的意见》（国办发〔2021〕42号）、《省人民政府办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》（鄂政办发〔2022〕35号）精神，为进一步减轻困难群众和大病患者医疗费用负担，有效防范因病致贫返贫，筑牢民生保障底线，经市人民政府同意，现结合我市实际，制定本实施意见。

一、工作目标

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民

为中心的发展思想，坚持应保尽保、保障基本，坚持尽力而为、量力而行，推动民生改善更可持续。聚焦减轻困难群众重特大疾病医疗费用负担，建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制，强化基本医保、大病保险（指城乡居民大病保险和职工大额医疗费用补助）、医疗救助综合保障功能（以下统称三重制度），确保困难群众基本医疗有保障，不因罹患重特大疾病影响基本生活，同时避免过度保障。促进三重保障与乡村振兴、慈善救助、商业健康保险有效衔接，构建政府主导、多方参与的多层次医疗保障体系。

二、医疗救助对象

根据国家规定，重特大疾病医疗保险公平覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民，根据救助对象实施分类救助。

一类医疗救助对象：城乡特困人员、孤儿。

二类医疗救助对象：城乡最低生活保障对象、返贫致贫人口。

三类医疗救助对象：城乡低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口（包含脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口和突发严重困难人口）。

四类医疗救助对象：因病致贫重病患者和县级以上地方政府规定的其他特殊困难人员。

各类医疗救助对象根据相关规定实行动态管理。

因病致贫重病患者是指申请身份认定前 12 个月累计自负医疗费用超过当地上年度人均可支配收入的 100%，且家庭财产符

合当地规定，难以维持家庭基本生活的基本医保参保人员（不含前三类医疗救助对象）。因病致贫重病患者认定程序和财产标准与认定城乡低保边缘家庭成员保持一致，救助身份和救助待遇自身份认定之日起 12 个月有效。

三、强化三重制度有效衔接

（一）困难群众应保尽保。困难群众依法参加基本医保，按规定享有基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重制度保障权益。强化市、县、乡党委、政府主体责任和行业主管部门工作责任，推进全民参保计划落地落实。健全跨部门、多层次、信息共享和交换机制。适应人口流动和参保需求变化，灵活调整救助对象参保缴费方式，确保及时参保、应保尽保。

（二）参保分类资助标准。全面落实城乡居民基本医保参保财政补助政策，按规定给予分类资助。一类医疗救助对象，按城乡居民基本医保年度个人缴费标准给予全额资助；二类医疗救助对象，按不低于城乡居民基本医保年度个人缴费标准 90% 给予定额资助；纳入监测范围的农村易返贫致贫人口，在过渡期内按城乡居民基本医保年度个人缴费标准 50% 给予定额资助。

未纳入农村低收入人口监测范围的稳定脱贫人口执行资助参保渐退政策，2022 年、2023 年、2024 年由同级财政分别按不低于当地 2021 年个人缴费资助标准的 80%、50%、30% 给予定额资助，2025 年按标准退出，不再享受资助参保政策。

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

受参保资助，不得重复资助。

（三）医疗救助支出范围。医疗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。经基本医保、大病保险等支付后政策范围内个人自付费用部分，按规定纳入救助保障范围。医疗救助基金原则上按照国家 and 省规定的基本医保支付范围执行，除国家另有明确规定外，各县（市、区）不得自行制定或用变通的方法擅自扩大医疗救助费用保障范围。

（四）医疗救助待遇水平。根据我市经济社会发展水平和医疗救助基金筹集情况，按照救助对象家庭困难程度，统筹考虑人民健康需求和医疗救助基金支撑能力，分类设定年度救助起付标准、救助比例和救助限额。

1.门诊慢特病医疗救助。对医疗救助对象因慢性病需长期服药或因患重特大疾病需长期门诊治疗，在定点医药机构发生的，符合当地基本医保门诊慢特病病种范围的政策范围内个人自付医疗费用，给予门诊慢特病医疗救助，报销比例为 50%。

2.住院医疗救助。救助对象规范就医发生的政策范围内医疗费用，经基本医保、大病保险支付后，政策范围内个人自付费用（含住院起付线）给予医疗救助，医疗救助起付标准和救助比例为：

一类医疗救助对象，不设起付标准，按 100%比例救助。

二类医疗救助对象，不设起付标准，按 70%比例救助。

三类医疗救助对象，年度内起付标准为 3000 元（过渡期内纳入监测范围的脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口和突发严重困难人口医疗救助年度内起付标准按 1500 元执行），按 65%比例救助。

四类医疗救助对象，年度内起付标准为 7000 元，按 50%比例救助。

3.年度医疗救助限额。门诊慢特病医疗救助和住院医疗救助共用年度救助限额，年度救助限额 5 万元。

4.托底保障措施。对规范转诊且在省域内就医的医疗救助对象，经基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障后，政策范围内个人自付医疗费用超过 5000 元，且有返贫致贫风险的人员，经规范的申请、审核程序，按照 50%的比例给予倾斜救助，年度倾斜救助限额为 10 万元。

农村低收入人口过渡期内托底保障措施，按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，即：经过基本医保、大病保险、医疗救助三重保障后，救助对象年度累计政策范围内个人自付费用超过 5000 元以上部分，按 95%的比例给予倾斜救助，不设限额。

5.依据经济社会发展、医疗救助基金运行、医疗费用支出等情况，市医疗保障局、市财政局对医疗救助起付标准、救助比例、最高救助限额等适时进行调整，报市人民政府同意后执行。

四、健全防范和化解因病致贫返贫机制

(五) 建立因病返贫和因病致贫双预警机制。实施医疗保障对象医疗费用信息动态监测。医保部门将个人当年累计自负医疗费用超过当地上年度农村居民人均可支配收入50%的城乡低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口、稳定脱贫人口纳入因病返贫预警范围。将个人当年累计自负医疗费用超过当地上年度农村居民人均可支配收入100%的城乡居民普通参保人员纳入因病致贫预警范围，每月定期推送给乡村振兴和民政部门。经乡村振兴或民政部门核定为医疗救助对象的，医保部门要分类及时落实医疗救助保障措施，其他部门按规定给予救助。

(六) 建立依申请救助工作机制。建立健全依申请医疗救助帮扶机制，规范申请程序，畅通申请渠道，增强救助时效性。已认定为医疗救助对象的，一类、二类医疗救助对象直接获得医疗救助，三类、四类医疗救助对象依本人申请获得医疗救助。因疾病导致家庭基本生活没有保障的困难群众，经相关部门确定为医疗救助对象后，依本人申请其身份确定前12个月内发生的住院、门诊慢特病和参照门诊慢特病管理的政策范围内医疗费用，由县级医疗保障经办机构按规定给予一次性医疗救助，救助标准为政策范围内个人自付医疗费用累计在1万元以上的部分按65%的比例救助，救助限额为5万元。

五、支持社会力量参与救助保障

(七) 发挥慈善救助补充功能。鼓励慈善组织依法设立大病、罕见病救助项目，参与重特大疾病医疗救助，发挥慈善帮扶的补

充救助作用。根据经济社会发展水平和各方承受能力，整合医疗保障、社会救助、慈善救助、商业健康保险等资源，实施分层分类帮扶和综合保障。

（八）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。支持商业健康保险发展，鼓励商业保险机构开发与基本医疗保险制度、补充医疗保险制度衔接互补的城市定制型商业医疗保险产品，保障医保目录外医疗费用支出，满足基本医疗保障以外的保障需求。鼓励开发针对困难群众的保险产品，在产品定价、赔付条件、保障范围等方面对困难群众等人员适当倾斜。

六、规范经办管理服务

（九）全面推进一体化经办。以高效、便捷、利民为原则，细化完善医疗救助服务事项清单，出台医疗救助经办管理服务规程，做好救助对象信息共享互认、资助参保、待遇给付等经办服务工作。推动基本医保和医疗救助服务融合，依托全国统一的医疗保障信息平台，依法依规加强数据归口管理。医疗救助对象住院费用在省域内实行三重保障制度综合保障“一站式”直接结算。对未通过“一站式”直接结算的医疗救助对象，要实行“一站式”服务、“一窗口”办理，确保各类符合医疗救助条件的困难群众能及时享受待遇。加强基层医保经办队伍建设，统筹公共服务需求和服务能力配置，做好相应保障。

（十）优化申请审核程序。加强部门间工作协同，做好社会救助经办服务与医疗救助经办服务的全面对接，简化优化医疗救

助资格申请、待遇审核、救助金给付流程，按照职责分工做好困难群众医疗救助申请受理、分办转办及结果反馈。动员基层干部，依托基层医疗卫生机构，做好政策宣传和救助申请委托代办等工作，及时主动帮助困难群众。

（十一）提高综合服务水平。按照安全有效、经济适宜、救助基本的原则，引导医疗救助对象和定点医疗机构优先选择纳入基本医保支付范围的药品、医用耗材和医疗服务项目，严控不合理费用支出，促进合理就医。规范医疗服务行为，严厉打击侵害救助对象权益和骗取医保基金的违法违规行为。明确各级各类医疗机构功能定位，建立救助对象基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式。发挥家庭医生签约团队作用，引导救助对象首先到基层医疗卫生机构就诊，对超出基层医疗卫生机构功能定位和服务能力的疾病，按要求逐级规范转诊，促进合理就医。经基层首诊转诊的一类、二类医疗救助对象和纳入监测范围的农村易致贫返贫人口，在市域内定点医疗机构住院，持社保卡、有效身份证件办理入院手续，实行“先诊疗后付费”，入院时只需缴纳基本医保住院起付标准费用，无需缴纳住院押金。强化医疗服务质量管理，规范医疗行为，严控药品、耗材、检查化验费用占比和目录外费用占比，严控不合理费用支出。做好救助对象异地就医安置和异地转诊登记备案、就医结算，按规定转诊的救助对象在省域内定点医疗机构就医，执行户籍地所在统筹地区救助标准。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。

七、组织保障

（十二）加强组织领导。市人民政府负责统筹本地区医疗救助工作，根据国家和省有关规定，制定本地区统一的医疗救助具体政策，规范医疗救助保障范围，合理确定保障标准，统一医疗救助工作流程。各县（市、区）人民政府负责实施本地区医疗救助工作，加强医疗保障、参保缴费、社会救助、职工互助、经办服务、救助资金的统筹协调，指导乡镇（街道）做好医疗救助工作。乡镇人民政府（街道办事处）负责辖区内参保动员、医疗救助申请受理、调查核实和基础资料审核等工作。加强政策宣传解读，及时回应社会关切，营造良好舆论氛围。

（十三）凝聚工作合力。加强医保、财政、民政、乡村振兴、卫健、税务部门重特大疾病医疗保险与救助政策及经办服务的沟通协调，统筹建立健全部门协同、信息共享工作机制，形成工作合力，做好参保动员和个人缴费参保资助工作。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，抓好医疗保障政策的落实。民政部门要做好城乡特困人员、孤儿、低保对象、城乡低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者等医疗救助对象认定工作，做好低收入人口的监测。及时更新对象信息，与相关部门做好信息共享工作，支持慈善机构开展医疗救助。财政部门要按规定做好医疗救助资金投入保障和监督管理工作。卫健部门要指导医疗机构落实“先诊疗、后付费”、“一站式服务、一票制结算”、

医疗费用控制等规定，加强医疗机构的行业管理，进一步规范医疗服务行为。税务部门要做好基本医保保费征缴相关工作。银保监会部门要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。乡村振兴部门要做好农村易返贫致贫人口认定、监测和信息共享工作。退役军人事务部门负责退役军人和其他优抚对象基础信息的确认工作。残疾人联合会负责残疾人残疾类别、等级的认定和基础信息的确认工作，及时更新对象信息，与相关部门做好信息共享工作。红十字会参与临时人道救助等工作。审计部门负责对医疗救助资金管理、使用及相关政策措施落实情况依法独立行使审计监督权。

（十四）强化基金预算管理。在确保医疗救助基金安全运行基础上，统筹协调基金预算和政策制定。各级政府要落实医疗救助投入保障责任。拓宽筹资渠道，动员社会力量，通过慈善和社会捐助等多渠道筹集资金，统筹医疗救助资金使用。加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理。推动医疗救助统筹层次与基本医保统筹层次相协调，提高救助基金使用效率。

（十五）加强基层能力建设。加强基层医疗保障经办队伍建设，根据参保人数和医疗救助对象人数，统筹医疗保障公共服务需求和服务能力配置，实现市、县、乡、村全覆盖，做好相应保障。积极引入社会力量参与经办服务，大力推动医疗救助经办服务下沉，重点提升信息化和经办服务水平。加强医疗救助政策和业务能力培训，提升基层经办队伍服务能力水平。

本实施意见自印发之日起施行。此前出台的有关医疗救助政策与本实施意见不一致的，以本实施意见为准。本实施意见施行期间国家、省有规定的，从其规定。



抄送：市委办。

市人大办、政协办，市法院、检察院。

十堰市人民政府办公室

2022年12月3日印发