

随政办发〔2022〕25号

**市人民政府办公室关于印发
随州市重特大疾病医疗保险和救助实施细则的
通 知**

各县、市、区人民政府，随州高新区、大洪山风景名胜区管理委员会，市政府各部门：

《随州市重特大疾病医疗保险和救助实施细则》已经市人民政府同意，现印发给你们，请遵照执行。

2022年9月22日

随州市重特大疾病医疗保险和救助实施细则

第一章 总 则

第一条 为深入贯彻党中央、国务院关于深化医疗保障制度改革和完善社会救助制度的决策部署，落实省委、省政府工作要求，进一步减轻困难群众和大病患者医疗费用负担，防范因病致贫返贫，筑牢民生保障底线，根据《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）、《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，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 重特大疾病医疗保险和救助制度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。

第三条 重特大疾病医疗保险和救助制度坚持以人民为中心，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。

第二章 覆盖范围

第四条 重特大疾病医疗保险和救助公平覆盖医疗费用负担较重的困难参保职工和城乡居民，根据救助对象类别实施分类救助。

（一）一类医疗救助对象：城乡特困人员、孤儿。

（二）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）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）四类医疗救助对象：因病致贫重病患者和县级以上地方人民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。

第五条 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居民人均可支配收入的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最低生活保障边缘人口保持一致，救助身份和救助待遇自身份认定之日起12个月内有效。

第三章 三重制度综合保障待遇

第六条 确保困难群众应保尽保。困难群众依法参加基

本医疗保险，按规定享有三重制度保障权益。推进全民参保计划，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，灵活调整医疗救助对象参保缴费方式，纳入参保资助范围且核准身份信息的医疗救助对象，不设置待遇等待期，确保其及时参保、应保尽保。

第七条 落实分类资助参保政策。全面落实城乡居民基本医保参保财政补助政策。

（一）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）二类医疗救助对象按城乡居民基本医保年度个人缴费标准 90%比例给予定额资助。

（三）三类医疗救助对象中纳入监测范围的农村易返贫致贫人口过渡期内按城乡居民基本医保年度个人缴费标准 50%比例给予定额资助。

丧失劳动能力的残疾人、严重精神障碍患者和计划生育特殊困难家庭中经核定的特困家庭夫妻及其伤残子女参加城乡居民医保，所需个人缴费资金给予全额资助。

第八条 促进三重制度有效衔接。实施公平普惠的基本医疗保险政策，市域内全体参保人员享受统一的基本医疗保险待遇。城乡居民大病保险对一类、二类医疗救助对象实施起付线降低 50%、报销比例提高 5%、取消封顶线的倾斜支付政策。

按照“先保险后救助”的原则，对参保后待遇享受期内，

经基本医保、大病保险等支付后，政策范围内个人自付医疗费用负担仍然较重的医疗救助对象，按规定及时予以救助，实现梯次减负。困难群众具有多重特殊身份属性的，按就高不重复原则给予救助。

第九条 医疗救助待遇水平。救助对象在定点医药机构的住院医疗费用、门诊慢特病费用（医保政策限额以内费用）、国谈药“双通道”用药费用，经基本医疗保险、大病保险支付后政策范围内个人自付部分（含起付线），按规定纳入医疗救助保障范围。

（一）一类医疗救助对象：不设起付线，政策范围内个人自付费用按 100%救助，年度救助限额为 4 万元。

（二）二类医疗救助对象：不设起付线，政策范围内个人自付费用按 70%救助，年度救助限额为 4 万元。

（三）三类医疗救助对象：年度内政策范围内个人自付费用累计超过 1800 元以上部分按 60%救助，年度救助限额为 4 万元。

（四）四类医疗救助对象：年度内政策范围内个人自付费用累计超过 5000 元以上部分按 50%救助，年度救助限额为 4 万元。

第十条 托底保障措施。对规范转诊且在省域内定点医疗机构就医的医疗救助对象，经三重制度综合保障后，年度内政策范围内个人自付医疗费用一、二类医疗救助对象累计超过

5000 元以上部分，三、四类医疗救助对象累计超过 7000 元以上部分，且有返贫致贫风险的人员，给予倾斜救助，市域内倾斜救助比例为 80%，市域外省内倾斜救助比例为 70%。城乡特困人员、孤儿倾斜救助不设年封顶线，其他对象倾斜救助年封顶 8 万元。

第四章 建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制

第十一条 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。经乡村振兴部门或民政部门核定为医疗救助对象的，医保部门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。

第十二条 建立依申请救助工作机制。医保部门对因疾病导致家庭基本生活没有保障的困难群众，经民政、乡村振兴等部门认定为救助对象的，对其身份确定前 12 个月内发生的医疗费用经基本医疗保险、大病保险报销后的政策范围内个人自付部分采取依申请救助的方式予以救助。

救助标准：政策范围内个人自付住院医疗费用累计在 6000 元以上部分按 60% 给予年度内一次性救助，救助限额 4 万元。基

本医疗保险门诊慢特病（限额内）及纳入国谈药“双通道”管理药品的自付费用纳入依申请救助范围。

第十三条 已认定为医疗救助对象的，一、二类医疗救助对象直接获得医疗救助，三、四类医疗救助对象经本人申请获得医疗救助。医疗救助资助参保标准、起付标准、救助比例、救助限额等，根据我市医疗救助基金运行情况适时调整，需调整时由市医疗保障部门会同市财政部门制定调整方案，报市人民政府批准后实施。

第五章 引导社会力量参与救助保障

第十四条 促进三重制度与慈善救助、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。

第十五条 发挥慈善救助补充功能。鼓励慈善组织和其他社会组织设立大病、罕见病救助项目，参与重特大疾病医疗救助，发挥补充救助作用。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、商业保险等资源，实施分层分类帮扶和综合保障。

第十六条 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。鼓励商业保险机构开发与基本医疗保险制度、补充医疗保险制度相衔接的商业保险产品，保障医保目录外医疗费用支出，满足基本医疗保险以外的保障需求。同时，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适当倾斜。

第六章 经办管理服务

第十七条 加快推进一体化经办。市医保部门要以高效、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，做好医疗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。依托全国统一的医疗保障信息平台，加强数据归口管理。医疗救助对象住院费用实行三重制度综合保障“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。可购买社会力量参与一体化经办服务。

第十八条 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，简化优化困难群众医疗救助资格申请、待遇审核、救助资金给付流程，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等工作。

第十九条 提高综合服务水平。严格遵循市域内基层首诊、逐级转诊的原则，严禁无序就医。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返贫致贫人口，在市域内定点医疗机构住院，持有效证件办理入院手续，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。异地安置和按规定转诊的异地就医救助对象，执行市域内救助标准。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。

第七章 基金管理

第二十条 加强基金预算执行监督，全面实施预算绩效管理。财政部门根据上级财政补助资金、社会捐赠资金、上年度医疗救助基金支出规模、资金需求等情况，合理安排财政补助资金，强化市县事权责任和县级财政托底保障。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。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和抗风险能力。

第二十一条 加强基金监管。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。

第八章 组织保障

第二十二条 加强组织领导。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，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。要将医疗救助情况作为加强和改善民生的重要指标，纳入各地医保工作绩效评价，确保各项工作落实到位。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，切实把惠民政策落地落实。

第二十三条 加强部门协同。各地各相关部门要加强沟通协调、信息共享，形成工作合力，做好参保动员和个人缴费参保资助等工作。医疗保障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，抓好医疗保障政策的落实。民政部门负责做好城乡特困人员、孤儿、低保、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。财政部门负责按规定做好医疗救助资金投入保障和监督管理工作。卫生健康部门负责指导医疗机构落实“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。税务部门负责做好基本医保保费征缴相关工作。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。乡村振兴部门负责做好农村易返贫致贫人口认定、监测和信息共享工作。工会组织负责做好职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶工作。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。

第二十四条 加强基层能力建设。加强基层医疗保障经办队伍建设，统筹医疗保障公共服务需求和服务能力配置，做好相应保障。加强医疗保险和救助业务能力培训及政策宣传，打造综合素质高、工作作风好、业务能力强的基层经办队伍。

第九章 附 则

第二十五条 返贫致贫人口和纳入监测范围的农村易返贫致贫人口过渡期内倾斜救助待遇，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规定执行。

第二十六条 本实施细则由市医疗保障局负责解释。此前出台的有关医疗救助规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。

第二十七条 本实施细则自 2022 年 9 月 1 日起实施，有效期四年。