

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

各市、州、县人民政府，省政府各部门：

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），经省人民政府同意，结合我省实际，现就健全重特大疾病医疗保险和救助制度提出如下意见。

一、总体要求

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。

二、科学确定对象覆盖范围

（一）精准确定救助对象。根据国家规定，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。城乡特困人员、孤儿为一类医疗救助对象；城乡最低生活保障对象、返贫致贫人口为二类医疗救助对象；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）为三类医疗救助对象；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为四类医疗救助对象。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。

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医保待遇，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。

三、强化三重制度综合保障

（二）确保困难群众应保尽保。困难群众依法参加基本医保，按规定享有三重制度保障权益。强化各级政府主体责任，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。各市（州）要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。

（三）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%比例给予定额资助；纳入监测范围的农村易返贫致贫人口过渡期内按不低于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，具体标准由各市（州）人民政府规定。

（四）促进三重制度有效衔接。各市（州）要进一步完善基本医保政策，严格执行基本医保支付范围和标准。普通门诊统筹政策范围内医疗费用统筹基金支付比例不低于 50%。城乡居民基本医保统筹区域内政策范围内住院费用支付比例总体稳定在 70%左右。城乡居民大病保险对一类、二类医疗救助对象实施大病保险起付线降低 50%、报销比例提高 5%、取消封顶线的倾斜支付政策，发挥补充保障作用。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。

（五）严格医疗救助支出范围。坚持保基本，妥善解决救助对象政策范围内的基本医疗需求。救助费用主要覆盖救助对象在定点医药机构的住院费用、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，按规定纳入医疗救助保障范围。由医疗救助基金支付的药品、医用耗材、医疗服务项目费用按国家和省有关基本医保支付范围执行。除国家和省另有明确规定外，各市（州）不得擅自扩大医疗救助费用保障范围。

（六）确定医疗救助待遇水平。各市（州）要根据当地经济社会发展水平和医疗救助资金筹集情况，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。各市（州）人民政府根据当地救助对象个人自付费用和医疗救助资金筹集等情况，给予不低于 50%比例救助。

2.住院医疗救助。一类、二类医疗救助对象，不设置起付标准，对其政策范围内个人自付医疗费用分别按 100%、不低于 70%比例救助；三类、四类医疗救助对象，起付标准分别按各市（州）上年度

居民人均可支配收入的 10%、25%左右确定，对其政策范围内个人自付医疗费用分别按不低于 60%、50%比例救助。

3.年度医疗救助限额。按医疗救助对象类别，合理确定年度医疗救助限额。门诊慢特病医疗救助和住院医疗救助共用年度医疗救助限额，具体办法由各市（州）人民政府制定。

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，经三重制度综合保障后，政策范围内个人自付医疗费用超过当地上年度居民人均可支配收入的 25%，且有返贫致贫风险的人员，经规范的申请、审核程序，按照不低于 50%比例给予倾斜救助，具体救助标准和限额由各市（州）人民政府研究确定，避免过度保障。通过明确诊疗方案、规范诊疗行为等措施降低医疗成本，合理控制困难群众政策范围内自付费用比例。

四、建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制

（七）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。

（八）建立依申请救助工作机制。各市（州）人民政府要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 个月内发生的医疗费用，由县级医疗保障经办机构按规定给予救助。

五、引导社会力量参与救助保障

（九）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。

（十）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，满足基本医疗保障以外的保障需求。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。

六、规范经办管理服务

（十一）加快推进一体化经办。各市（州）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。各市（州）可购买社会力量参与一体化经办服务。

（十二）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。

(十三) 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。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。做好医疗救助对象异地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,执行户籍地所在统筹地区救助标准。各市(州)要进一步规范医疗救助对象合理转诊,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、强化组织保障

(十四) 加强组织领导。市(州)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。要将医疗救助情况作为加强和改善民生的重要指标，纳入医保工作绩效评价，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。要加强政策宣传解读，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。

（十五）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。卫生健康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。工会要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。

（十六）加强基金预算管理。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。落实医疗救助省与市县投入保障责任，加强医疗救助资金投入力度，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。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和抗风险能力。

（十七）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，努力打造综合素质高、工作作风好、业务能力强的基层经办队伍。

本实施意见自 2022 年 9 月 1 日起实施。此前出台的有关医疗救助规定与本实施意见不一致的，以本实施意见为准。

2022 年 8 月 5 日