

张掖市健全重特大疾病医疗保险 和救助制度实施方案

为进一步做好重特大疾病医疗保障，切实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）《甘肃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》（甘政办发〔2022〕23号），结合我市实际，制定本实施方案。

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，深入贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，坚持以人民为中心，坚持共同富裕方向，坚持应保尽保、保障基本，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、医疗救助（以下统称三重制度）综合保障，实事求是确定困难群众医疗保障待遇标准，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。促进三重制度综合保障与慈善救助、商业健康保险等协同发展、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、医疗救助对象范围

(一) 救助对象分类。医疗救助制度公平覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民，参加当年基本医疗保险的困难职工和城乡居民按照以下救助对象类别实行分类救助。

1. 特困人员、孤儿（含事实无人抚养儿童，下同）；

2. 城乡低保对象；

3. 农村返贫致贫人口；

4. 纳入防止返贫致贫监测范围的农村易返贫致贫人口（含脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户，下同）；

5. 过渡期内不属于特困人员、孤儿、低保对象、农村返贫致贫人口、农村易返贫致贫人口的已脱贫人口（以下简称过渡期内的已脱贫人口）；

6. 城乡低保边缘家庭成员；

7. 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（以下称因病致贫重病患者）。

具有多重身份的救助对象，按照就高不重复原则实行救助。县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员属于上述救助对象的，按相应类别实行救助。

(二) 救助对象认定。

1. 特困人员、孤儿、城乡低保对象和低保边缘家庭成员由民政部门认定；

2. 农村返贫致贫人口、农村易返贫致贫人口及过渡期内的已

脱贫人口由乡村振兴部门认定；

3. 因病致贫重病患者综合考虑家庭经济状况、医疗费用支出、医疗保险支付等情况，由民政部门会同医保等部门按照省民政厅、省医保局、省财政厅制定的认定办法认定。

三、实施综合保障政策

(一) 困难群众实现应保尽保。推进全民参保计划，用人单位及其职工和城乡居民依法依规参加基本医保。全面落实城乡居民基本医保参保财政补助政策，对困难群众参加城乡居民基本医保的个人缴费部分实行分类资助政策。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，确保困难群众及时参保、应保尽保。

1. 特困人员、孤儿实行全额资助。

2. 城乡低保对象、农村返贫致贫人口、过渡期内的农村易返贫致贫人口和已脱贫人口实行定额资助。年度定额资助标准按照省人民政府确定的标准执行。

3. 参加 2022 年城乡居民基本医疗保险定额资助标准为：农村一、二类、城市全额低保对象为 220 元/人；农村三、四类、城市差额低保对象、返贫致贫人口为 160 元/人；易返贫致贫人口和过渡期内的已脱贫人口为 100 元/人。

4. 异地参加城乡居民基本医疗保险的参保资助对象，由户籍地医保部门按照户籍地医疗救助参保资助标准落实参保资助政策。对参保缴费后纳入参保资助范围的参保资助对象，原则上应

在纳入民政、乡村振兴部门保障对象管理信息系统后次月及时资助；对进入保障年度后因身份变化调整或退出的救助对象已经享受参保资助的，不再追补资助或追回资金。

（二）促进三重制度互补衔接。按照“先保险后救助”的原则，强化基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障。发挥基本医保主体保障功能，严格执行基本医保支付范围和标准，实施公平适度保障；增强大病保险减负功能，巩固职工大额医疗费用补助和城乡居民大病保险保障水平，继续落实特困人员、孤儿、城乡低保对象、农村返贫致贫人口起付线降低50%、分段报销比例提高5个百分点的倾斜支付政策，发挥补充保障作用；夯实医疗救助托底保障功能，对基本医保、大病保险等支付后个人医疗费用负担仍然较重的救助对象按规定实施救助，合力防范因病致贫返贫风险。

四、强化医疗救助托底保障功能

（一）医疗救助费用保障范围。坚持保基本，妥善解决救助对象政策范围内基本医疗需求。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，经基本医保、大病保险（含职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助及城乡居民大病保险）报销后的个人自付部分（含基本医保和大病保险起付标准以下、最高支付限额以上的政策范围内个人自付费用）按规定给予医疗救助。严格执行待遇清单制度，坚持基本保障标准，避免过度保障。除国家和省上另有明确规定外，各县区不得自行制定或用变通的方式

法擅自扩大医疗救助费用保障范围。

(二) 实施分层分类救助。按救助对象家庭困难情况，分层分类设定年度救助起付标准、救助比例、年度救助限额。

1. 直接救助。对特困人员、孤儿、城乡低保对象、农村返贫致贫人口、过渡期内的农村易返贫致贫人口和已脱贫人口实行直接救助，不设年度救助起付标准，其医疗救助比例如下：

(1) 特困人员、孤儿医疗救助比例为 100%；

(2) 农村一、二类低保对象、城市全额低保对象医疗救助比例为 75%；

(3) 农村三、四类低保对象、城市差额低保对象和农村返贫致贫人口医疗救助比例为 70%；

(4) 过渡期内的农村易返贫致贫人口和已脱贫人口医疗救助比例为 60%。其中，过渡期内的已脱贫人口救助比例按规定实行渐退。

年度救助限额为 5 万元，30 种重特大疾病年度救助限额为 8 万元，住院和门诊慢特病费用救助共用年度救助限额。

2. 依申请救助。对低保边缘家庭成员和因病致贫重病患者，通过依申请方式实行救助。经申请符合条件的低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者，自申请之日前 12 个月内发生的政策范围内住院及门诊慢特病费用，经基本医保、大病保险支付后的年度救助起付标准以上的个人自付部分按 60% 的比例实行救助，其中，低保边缘家庭成员年度救助起付标准为 2000 元，因病致贫重病患者

为 5000 元。年度救助限额同直接救助限额一致。

异地参加基本医疗保险的直接救助对象发生的住院医疗费用经参保地基本医疗保险、大病保险报销后未在参保地享受医疗救助的，本人或其委托人可提交相关资料，在户籍所在地申请享受当地医疗救助。

3. 二次倾斜救助。在参保地定点医疗机构就医或规范转诊且在省域内就医的直接救助对象和依申请救助对象，经三重制度综合保障后，政策范围内个人自付费用在一个自然年度内累计超过 6000 元以上部分，按照 30% 的比例实行二次倾斜救助，二次倾斜救助不计入年度救助限额。

五、建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制

(一) 建立健全高额医疗费用支出预警监测机制。实施医疗救助对象信息动态管理，分类健全防范化解因病致贫和因病返贫双预警机制。医保部门依托医疗保障信息系统，按月对参保群众因高额医疗费用支出造成个人负担骤增可能出现返贫致贫的风险进行排查和预警，对特困人员、孤儿、农村低保对象、低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口和已脱贫人口医疗费用经三重制度报销后，单次住院医疗费用个人自付超过 6000 元以上的信息；对其他居民经医保政策报销后，单次住院费用个人自付超过 10000 元以上的信息，及时推送至民政、乡村振兴部门预警，经民政、乡村振兴部门评估后，符合条件的及时纳入救助范围或调整保障标准，并按照政策标准落实各项兜底保障政策。医保、民

政、乡村振兴等行业部门之间要加强信息系统互联互通、共享共用、动态更新，协同做好风险研判和处置。

（二）建立健全救助帮扶机制。经民政、乡村振兴部门认定的直接救助对象，要及时推送至医保部门，由医保部门按规定实施救助。畅通低保边缘家庭成员和因病致贫重病患者医疗救助申请渠道，增强救助时效性。强化医疗救助、临时救助、慈善救助等综合性保障措施，精准实施分层分类帮扶。综合救助水平要根据家庭经济状况、个人实际费用负担情况合理确定。

六、鼓励社会力量参与救助保障

（一）支持发展慈善救助。建立慈善参与激励机制，落实相应税收优惠、费用减免等政策，促进医疗保障与慈善救助衔接，推进慈善组织和其他社会组织设立大病救助项目，发挥补充救助作用。强化互联网公开募捐信息平台建设管理，推动慈善信息资源共享，规范个人大病求助信息发布，推行阳光救助。统筹医疗保障、社会救助、慈善帮扶等资源，探索建立罕见病用药保障机制，提升综合保障水平。

（二）鼓励发展医疗互助和商业健康保险。扶持引导开展职工医疗互助，规范互联网平台互助，引导医疗互助有序发展。支持发展商业健康保险，丰富健康保险产品供给，加强产品创新，满足群众多元医疗需求保障。用足用好商业健康保险个人所得税政策。鼓励商业保险机构在产品定价、赔付条件、保障范围等方面对困难群众适当倾斜。

七、规范经办管理服务

(一) 加快推进一体化经办。建立救助服务事项清单，优化医疗救助经办管理服务规程，统一基本医保、大病保险、医疗救助服务协议管理。依托全国统一的医疗保障信息平台，推动基本医保、大病保险和医疗救助服务融合，实行“一站式”服务、“一窗口”办理，提高结算服务便利性，实现救助对象信息共享互认、资助参保、待遇给付等一体化经办服务。

(二) 优化救助申请审核程序。对直接救助对象进行系统标识，实行动态调整，纳入基本医保、大病保险、医疗救助“一站式”结算。对依申请救助对象要简化申请、审核、救助金给付流程，加强部门工作协同，全面对接社会救助经办服务，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。发挥乡镇（街道）、村（社区）等基层组织作用，做好政策宣传和救助申请委托代办等，及时主动帮助困难群众。

(三) 提高综合服务管理水平。积极推行分级诊疗，引导救助对象首先到基层医疗卫生机构就诊，促进合理就医。经基层首诊转诊的低保对象、特困人员在市域内定点医疗机构住院，实行“先诊疗后付费”，全面免除其住院押金。强化医疗服务质量管理，规范医疗行为，严控目录外费用占比和不合理费用支出。加强基金监管，做好费用监控、稽查审核，保持打击欺诈骗保高压态势，确保基金安全高效、合理使用。做好市域外异地安置和异地转诊救助对象登记备案、就医结算。按规定转诊的救助对象，

所发生的医疗费用按相应标准实行救助。未按规定转诊的救助对象，所发生的的医疗费用原则上不纳入医疗救助范围。

（四）加强基金预算管理。执行全省统一的医疗救助基金管理制度，按照省级部署，积极推进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相一致，提高救助资金使用效率。强化医疗救助基金预算管理，落实医疗救助投入保障责任，健全医疗救助基金财政专户和支出专户，专款专用，确保医疗救助基金安全运行。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。

八、加强组织保障

（一）强化组织领导。强化党委领导、政府主导、部门协同、社会参与的重特大疾病保障工作机制。将困难群众重特大疾病医疗救助托底保障政策落实情况作为加强和改善民生工作的重要指标，纳入全市医疗保障绩效评价。各县区要强化监督检查，确保政策落地见效、制度可持续发展、群众得到实惠。各县区和市、县区各相关部门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，切实把惠民政策落到实处。

（二）凝聚工作合力。建立健全部门协同工作机制，医保部门要统筹推进医疗救助制度改革和管理工作，落实好医疗保障政策。民政部门要做好特困人员、孤儿、低保对象、低保边缘家庭成员等救助对象认定工作，会同医保部门做好因病致贫重病患者

认定工作和信息共享，支持慈善救助发展。财政部门要按规定做好资金支持，加强医疗救助基金监督管理。卫生健康部门要强化对医疗机构的行业管理，规范诊疗路径，提高基层医疗机构服务能力，促进分级诊疗。税务部门要做好基本医保保费征缴相关工作，落实慈善救助企业减税降费政策。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返贫致贫人口、农村易返贫致贫人口、过渡期内的已脱贫人口监测管理和信息共享。工会要做好职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶。

（三）加强能力建设。加强基层医疗保障经办队伍建设，大力推进医疗救助经办服务下沉，乡镇（街道）要配备专人，进一步加强医保经办工作力量，实现市、县、乡镇（街道）、村（社区）经办服务全覆盖。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。积极引入社会力量参与经办服务，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，努力打造一支综合素质高、工作作风好、业务能力强的基层经办队伍。

本方案自 2022 年 7 月 1 日起执行，原有政策中与本实施方案不一致的，按本实施方案执行。