

天门市人民政府办公室文件

天政办发〔2022〕31号

市人民政府办公室关于 印发天门市健全重特大疾病医疗保险和 救助制度实施细则的通知

各乡、镇人民政府，各办事处、农场，天门经济开发区，市政府各部门：

《天门市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则》已经市政府常务会议审议通过，现印发给你们，请认真抓好贯彻落实。



天门市人民政府办公室
2022年8月31日

天门市健全重特大疾病 医疗保险和救助制度实施细则

总 则

第一条 为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）和《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，制定本细则。

第二条 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。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。

第三条 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，指导医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）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。民政部门负责做好城

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**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。**公安部门**负责做好警综平台上登记在册肇事肇祸严重精神障碍患者信息共享工作。**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**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。**残联**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。**各乡镇办场**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。

医疗救助对象范围

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市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我市上年度居民人均可支配收入的 100%，且家庭财产符合我市规定，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。

综合保障待遇

第六条 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支付范围执行。

第七条 基本医保。实施公平普惠的基本医保政策，市域内

全体参保人员享受统一的基本医保待遇。

第八条 大病保险。全面落实大病保险普惠待遇政策。其中，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。

第九条 医疗救助。按照“先保险后救助”的原则，对基本医疗保险、大病保险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。主要包括资助参保、门诊慢特病医疗救助和住院医疗救助。

（一）资助参保。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。

（二）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，符合我市基本医疗保险门诊慢特病病种范围的，且在支付限额内的政策范围内个人自付医疗费用，给予门诊慢特病（含特殊药品）医疗救助，医疗救助不设起付线，救助比例为 60%。

（三）住院医疗救助。对救助对象规范就医发生的政策范围内住院医疗费用，经基本医保、大病保险支付后，个人自付部分按规定给予医疗救助（含基本医保住院起付线）。

1. 起付标准。一类、二类救助对象不设医疗救助起付线；三

类救助对象年度内起付标准按上年度居民人均可支配收入的10%左右确定(2022年标准为2700元);四类救助对象年度内起付标准按上年度居民人均可支配收入的25%左右确定(2022年标准为6500元)。

2. 救助比例。住院政策范围内个人自付费用救助比例,一类救助对象为100%;二类救助对象为75%;三类救助对象为65%;四类救助对象为55%。

第十条 门诊慢特病医疗救助和住院医疗救助共用年度救助限额,年度救助限额为5万元。一类对象不设年度救助限额。

第十一条 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6500元以上的部分,且有返贫致贫风险的人员,经规范的应用、审核程序,市域内按75%给予倾斜救助,市域外按规定转诊并在省内定点医疗机构就医的,按60%给予倾斜救助。倾斜救助年度封顶线为30万元。

第十二条 对肾末期透析、肇事肇祸精神病患者实施单病种医疗救助。

第十三条 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。

第十四条 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。

防范和化解因病致贫返贫

第十五条 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我市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我市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。

第十六条 一类、二类医疗救助对象在市域内定点医疗机构就医时，直接享受医疗救助待遇，应由医疗救助基金支付的费用，由定点医疗机构按规定即时结算；经规范转诊至市域外定点医疗机构就医和长期异地居住的救助对象，不能即时结算的，凭住院病历、诊断证明、医疗费用结算单据、相关身份证件等材料，到医保经办机构申请手工结算。三类、四类医疗救助对象通过依申请方式给予救助。

第十七条 因疾病发生高额医疗费用(政策范围内医疗费用超过我市上年度居民人均可支配收入的 100%)，导致家庭基本生活没有保障的困难群众，经乡村振兴、民政等部门确定为医疗救助对象后，对其身份认定前 12 个月内的住院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医疗费用采取依

申请救助的方式予以一次性救助，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%给予年度内一次性救助，救助限额为5万元。

医疗救助管理

第十八条 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，对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。

第十九条 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。

第二十条 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。

第二十一条 加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理。医疗保障部门根据救助对象规模、救助标准、医药费增长等因素科学测算医疗救助资金需求，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。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。

第二十二条 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。

第二十三条 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。

第二十四条 严格遵循市域内基层首诊、逐级转诊的原则，严禁无序就医，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。

第二十五条 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。

第二十六条 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。

第二十七条 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。

附 则

第二十八条 医疗救助对象中的城乡特困人员（含孤儿）、城乡最低生活保障对象、返贫致贫人口、脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口和突发严重困难人口等六类农村低收入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。

第二十九条 本细则中的资助参保政策和医疗救助的起付标准、支付比例、年度最高支付限额等，根据国家及省有关政策、基金承受能力和实际运行情况适时调整，需要调整时由医疗保障部门会同财政部门制定调整方案，报市人民政府批准后实施。

第三十条 本细则由市医疗保障局负责解释。

第三十一条 本细则自2022年9月1日起实施。原有政策规定与本细则不一致的，以本细则为准。

抄送：市委各部门，市人武部，各人民团体。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市监察委，市法院，
市检察院。

天门市人民政府办公室

2022年8月31日印发
