鄂州市健全重特大疾病医疗保险和医疗救助

制度实施办法

 **（征求意见稿）**

第一章 总则

第一条 为贯彻落实《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，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，结合我市实际，制定本实施办法。

第二条 以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民健康为中心，建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制，进一步夯实医疗救助托底保障功能，实现制度政策规范统一，救助对象应救尽救，待遇标准合理确定，基金使用预算管理。

第三条 坚持应保尽保、保障基本，尽力而为、量力而行，强化基本医保、大病保险(含城乡居民大病保险和职工大额医疗费用补助)、医疗救助(以下统称三重制度)综合保障功能，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。促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调，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。

第二章 医疗救助对象范围

第四条 医疗救助对象和范围主要包括:

**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（以下简称低保）、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人民政府规定的其他特殊困难人员。

因病致贫重病患者是指申请身份认定前12个月累计自付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个月有效。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。

各类医疗救助对象由民政部门、乡村振兴部门认定，并根据相关规定实行动态管理。

第三章 强化三重制度综合保障

第五条 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应缴费标准给予全额资助；

二类医疗救助对象，低保和返贫致贫人口分别按其个人年度应缴费标准的92%、90%给予定额资助；

三类医疗救助对象，纳入监测范围内的农村易返贫致贫人口**过渡期内**按其个人应缴费标准的50%给予定额资助。

第六条 确保困难群众及时参保、应保尽保。各级人民政府要落实主体责任，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。根据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，跨区域参保关系转移接续以及非因个人原因停保断保的，不设置待遇等待期，确保其及时参保、应保尽保。

第七条 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。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。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。

第八条 发挥基本医疗保险主体保障功能，我市参保人员享受同等的基本医疗保险待遇，严格执行基本医疗保险支付范围和标准；增强大病保险补充保障作用，在全面落实普惠待遇政策基础上，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标准降低50%、报销比例提高5%、不设封顶线的倾斜支付政策，发挥补充保障作用。

第四章 医疗救助支出范围和待遇水平

第九条 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**（**指基本医疗保险药品、医用耗材、医疗服务项目目录**等**医保基金可支付的范围，下同**）**的基本医疗保障需求。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（含住院起付标准、乙类先行自付费用、转诊先行自付费用等），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、诊疗项目、服务设施费用按国家和省有关基本医保支付范围执行。

第十条 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。

第十一条 医疗救助基金年度支付限额。一类医疗救助对象：3万元；二类医疗救助对象：2万元；三类、四类医疗救助对象：1万元。门诊重症慢性病医疗救助和住院医疗救助报销额度不超过医疗救助基金年度支付限额。

第十二条 **住院医疗救助**

一类医疗救助对象：不设置起付标准，政策范围内个人自付医疗费用按100%比例支付。

二类医疗救助对象：不设置起付标准，政策范围内个人自付医疗费用按70%比例支付。

三类医疗救助对象：医疗救助起付标准2000元，政策范围内个人自付医疗费用按65%比例支付。

四类医疗救助对象：医疗救助起付标准5000元，政策范围内个人自付医疗费用按55%比例支付。

第十三条 **门诊重症慢性病医疗救助**

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政策范围内费用，按我市基本医疗保险门诊重症慢性病政策报销后，政策范围内个人自付医疗费用，给予门诊慢特病医疗救助，一类、二类、三类、四类医疗救助对象分别报销100%、70%、65%、55%。

第十四条 托底保障。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累计超过7000元**，**且有致贫返贫风险的人员，依本人申请，经民政、乡村振兴等相关部门确定为倾斜救助对象后，医保部门照单全收，对于超过7000元的费用给予倾斜救助。一类医疗救助对象支付比例100%；二类医疗救助对象中的低保、返贫致贫人口，支付比例分别为90%、70%；三类医疗救助对象支付比例70%；四类医疗救助对象支付比例50%。

第十五条 引导合理诊疗。医疗救助对象应严格遵循市域内基层首诊、逐级转诊的原则，严禁无序就医。医疗救助对象因病情需要转往市域外医疗机构就诊的，应按照我市分级诊疗政策执行。

严格控制医疗救助对象政策范围内自付费用比例，医疗救助对象住院治疗政策范围外医疗费用占医疗总费用比例，市域内定点一级医疗机构不超过3%，市域内定点二级、三级医疗机构不超过8%，市域外省内定点三级医疗机构不超过10%。超出规定比例的医疗费用，原则上由医疗机构承担。

第五章 建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制

第十六条 建立因病致贫和因病返贫双预警机制。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付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；将个人当年累计自付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。经两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帮扶措施，其他部门按规定给予救助。

第十七条 建立依申请救助工作机制。乡村振兴和民政部门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。经乡村振兴和民政部门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，由医疗保障经办机构按规定给予一次性救助。救助起付标准为7000元，救助比例和救助限额按照本办法救助对象类别对应的医疗救助政策执行。

第六章 引导社会力量发挥救助保障合力

第十八条 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、扶贫帮扶、慈善救助、商业保险等资源，实施分层分类帮扶和综合保障。

第十九条 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。

第七章 医疗救助经办管理服务

第二十条 加快推进一体化经办。市、区两级相关部门要以高效、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。医疗救助对象医疗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。

第二十一条 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。

第二十二条 提高综合服务水平。医疗救助对象和定点医疗机构应按照安全有效、经济适宜、救助基本的原则，优先选择纳入基本医保支付范围的药品、医用耗材和诊疗项目，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。经基层首诊转诊的各类医疗救助对象，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、就医结算工作。

第八章 组织保障

第二十三条 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。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。各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、医疗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。各地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。

第二十四条 加强部门协同。各级各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、低保对象、城乡低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者及倾斜救助对象等医疗救助对象认定，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及倾斜救助对象认定、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。红十字会负责实施人道救助等工作。审计部门负责对医疗救助资金管理、使用及相关政策措施情况依法独立行使审计监督权。

第二十五条 加强基金预算管理。与基本医保统筹层次相协调，实行医疗救助基金市级统筹管理，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，医疗救助基金全市统一调剂使用，提高救助基金使用效率和抗风险能力。落实医疗救助市、区投入保障责任，加强医疗救助资金投入力度，强化市区事权责任和区级财政托底保障，市本级兜底保障资金并入医疗救助基金；各区、葛店开发区、临空经济区要将脱贫攻坚期内用于医疗保障扶贫措施资金统一并入医疗救助基金，并将医疗救助基金纳入本级年度预算给予足额保障，年度缺口部分由市、区两级财政按照各50%的比例分担兜底。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。

第二十六条 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，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。

第九章 附则

第二十七条 本办法由市医疗保障局负责解释。

第二十八条 本办法自2022年9月1日起施行。此前出台的有关医疗救助规定与本实施办法不一致的，以本实施办法为准。本办法施行后，国家、省有新规定的，依照其规定。