

保定市人民政府办公室

保政办函〔2022〕33号

保定市人民政府办公室 印发关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度 实施方案的通知

各县（市、区）人民政府、开发区管委会，市政府有关部门，有关单位：

《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施方案》已经市政府同意，现印发给你们，请结合实际，认真贯彻落实。

保定市人民政府办公室

2022年6月13日



关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度 实施方案

为贯彻落实《河北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》（冀政办字〔2021〕157号）要求，增强基本医保、大病保险、医疗救助（以下简称“三重制度”）综合保障功能，结合我市实际，制定本实施方案。

一、主要目标

健全统一规范的医疗救助制度，2022年实现医疗救助政策市级统一规范，三重制度“一站式”直接结算覆盖特困人员和低保对象。按照省级安排，推动医疗救助市级统筹，提高医疗救助基金管理使用效率。到2030年，全面建成以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业健康保险、慈善捐赠共同发展的医疗保障体系，编密织牢重特大疾病医疗保障网。

二、强化医疗救助托底保障功能

（一）明确医疗救助对象范围。医疗救助公平覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民，根据救助对象类别实施分类救助。低保对象、特困人员、低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口，按规定给予救助。对不符合低保、特困人员救助供养或低保边缘家庭条件，但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), 按规定给予一定救助。因病致贫重病患者认定条件, 按照省民政厅会同省医疗保障局等相关部门制定的有关政策执行。脱贫人口、返贫致贫人口、未纳入监测范围的农村易返贫致贫人口按照我市巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的有关政策规定给予救助。县级以上政府规定的其他特殊困难人员, 按上述救助对象类别给予相应救助。

(二) 规范分类参保资助政策。全面落实城乡居民基本医保财政补助政策, 对个人缴费确有困难的群众按规定给予分类资助。特困人员给予全额资助, 低保对象给予定额资助, 资助比例为 90%。国家规定的 5 年过渡期内, 边缘易致贫人口和突发严重困难人口资助标准逐年递减, 2022 年为 90%, 2023 年为 80%, 2024 年为 70%, 2025 年为 60%, 2026 年以后不再进行资助。困难群众具有多重特殊身份属性的按就高不就低的原则享受参保资助, 不得重复资助。

(三) 合理确定基本救助标准。区分普通救助和重特大疾病救助。

1. 普通救助。特困人员、低保对象不设起付标准。低保边缘家庭成员、边缘易致贫人口和突发严重困难人口 2022 年起付标准为 2500 元, 2023 年起按照我市上年居民人均可支配收入的 10% 左右确定, 由市医疗保障部门实时公布; 因病致贫重病患者 2022 年起付标准为 6500 元, 2023 年起按照我市上年居民人均可支配收入的 25% 左右确定, 由市医疗保障部门实时公布。对特困人员、

低保对象符合规定的门诊和住院医疗费用救助比例均为 70%，其他救助对象救助比例为 67%。门诊救助和住院救助共用年度救助限额，为 10000 元。

2. 重特大疾病救助。医疗救助对象规范转诊的且在省域内定点医疗机构发生的医疗费用，经三重制度综合保障后，政策范围内个人负担仍然较重的实施重特大疾病救助（不区分病种）。2022 年起付标准为 18000 元，2023 年起按照省医疗保障局确定的因病致贫监测标准执行，由市医疗保障部门实时公布。救助比例 70%，年度最高救助限额 20000 元。对特别困难的重特大疾病患者，县（市、区）、开发区医疗保障部门可采取一事一议方式，通过集体研究确定。

对患有 22 种发病率高的儿童血液病和儿童恶性肿瘤的特殊困难患儿和家庭按规定及时给予保障救助，报销比例提高 5 个百分点。困难群众具有多重特殊身份属性的按就高不就低的原则享受救助，不得重复救助。

（四）规范救助费用保障范围。医疗救助用于保障困难群众政策范围内基本医疗需求。医疗救助基金原则上按照国家规定的基本医保支付范围支付药品、医用耗材、诊疗项目，除国家另有明确规定外，各县（市、区）不得自行制定或用变通的方法擅自扩大医疗救助费用保障范围。救助费用主要覆盖救助对象在定点医药机构发生的门诊费用、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。基本医保、大病保险起付线

以下的政策范围内个人自付费用，按规定纳入救助保障。

三、提升三重制度综合保障能力

(一) 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。不断强化县、乡党委、政府主体责任和行业主管部门工作责任，推进全民参保计划落地落实。健全跨部门、多层次、信息共享和交换机制，实施动态纳入基本医疗保险范围。每月5日前（法定节假日顺延），民政、乡村振兴部门将新增核准身份信息的资助参保对象和退出人员名单以部门文件抄送同级财政、医疗保障、税务部门。财政部门做好资助资金保障（资助资金要包括个人缴费和财政补助部分，确保基金完整性）。医疗保障部门做好财政资金资助申报，并及时进行参保身份变更和医疗保障待遇变更，确保次月起享受或取消医疗救助待遇。对按规定纳入个人参保缴费定额资助的人员，原则上应由医保经办机构做核定参保后再缴费，也可由其先行全额缴纳参保费用，再将资助资金支付本人，确保人费对应、足额缴纳、及时参保。税务部门根据医疗保障部门变更后的参保身份信息开展个人费用征缴工作。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，确保及时参保、应保尽保。

(二) 增强基本医疗保险保障功能。完善统一的城乡居民基本医疗保险制度，巩固住院待遇保障水平，县域内政策范围内住院费用报销比例总体稳定在70%左右。规范门诊慢性病、特殊病保障范围。进一步优化高血压、糖尿病（以下统称“两病”）门

诊用药保障机制，确保“两病”患者用药保障和健康管理全覆盖，切实降低“两病”并发症、合并症风险。

（三）提高大病保险保障水平。巩固大病保险保障水平，全面落实参保城乡居民大病保险起付线降低并统一至我市上年居民人均可支配收入的50%，政策范围内支付比例稳定在60%以上。在全面落实大病保险普惠待遇政策基础上，对特困人员、低保对象、返贫致贫人口实施起付线降低50%、报销比例提高5个百分点、取消封顶线的倾斜保障政策。

四、建立健全防范和化解因病致贫返贫监测帮扶机制

（一）建立因病致贫和因病返贫双预警制度。依托省级防范化解因病返贫致贫预警监测平台，对低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口中经基本医保、大病保险等支付后个人年度累计负担的医疗费用超过全省上年农村常住居民人均可支配收入50%的，纳入医疗保障部门因病返贫预警监测范围。对参加城乡居民基本医疗保险的普通居民中经基本医保、大病保险等支付后个人年度累计负担的医疗费用超过全省上年农村常住居民人均可支配收入的，纳入医疗保障部门因病致贫预警监测范围。医疗保障部门每月将因病返贫和因病致贫预警监测数据推送同级民政、乡村振兴部门。民政、乡村振兴部门按规定将符合条件人员分别纳入监测范围，每月推送给医疗保障部门。医疗保障部门将符合医疗救助条件的对象及时纳入救助范围。

（二）建立依申请救助帮扶机制。按照“先保险（含自主参

加的商业保险等)后救助”的原则,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救助。已认定为低保对象、特困人员的,直接获得医疗救助;畅通低保边缘家庭成员、边缘易致贫人口、突发严重困难人口和因病致贫重病患者医疗救助申请渠道,确保符合条件的救助对象及时享受救助。加强医疗救助、临时救助、慈善救助等衔接,提高综合保障能力,精准实施分层分类帮扶。根据家庭经济状况、个人实际费用负担情况合理确定综合救助水平。

五、充分发挥慈善等社会力量救助保障功能

引导慈善救助积极参与,鼓励慈善组织和其他社会组织设立大病项目,发挥补充救助作用。同时,鼓励医疗互助和商业健康保险发展,在产品定价、赔付条件、保障范围等方面进行适当倾斜。

六、提高经办管理规范化服务水平

(一)全面推进一体化经办。细化完善救助服务事项清单,出台医疗救助经办管理服务规程,做好救助对象信息共享互认、资助参保、待遇给付等经办服务。推动实行“一站式”服务、“一窗口”办理,提高结算服务便利性。推动基本医保和医疗救助服务融合,依托全国统一的医疗保障信息平台,依法依规加强数据归口管理。完善定点医疗机构履行协议考核办法,突出行为规范、服务质量和控制考核评价,完善定点医疗机构退出机制,强化定点医疗机构费用管控主体责任。统一基金监管,做好费用监控、

稽查审核，保持打击欺诈骗保高压态势，对开展医疗救助服务的定点医疗机构实行重点监控，确保基金安全高效、合理使用。

（二）优化救助申请审核程序。简化申请、审核、救助金给付流程。对低保对象、特困人员进行系统标识，实行按月动态调整。将低保对象、特困人员直接纳入省内“一站式”结算，待条件成熟后，纳入跨省直接结算，探索完善其他救助对象费用直接结算方式。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。基层干部要依托基层医疗卫生机构做好政策宣传的同时，为低保边缘家庭成员和农村易返贫致贫人口、因病致贫重病患者做好救助申请委托代办等工作。

（三）提高综合服务管理水平。明确各级各类医疗机构功能定位，建立救助对象基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗模式。发挥家庭医生签约团队作用，引导救助对象首先到基层医疗卫生机构就诊，对超出基层医疗卫生机构功能定位和服务能力的疾病，按要求逐级规范转诊，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，持医保卡、有效身份证件和民政部门出具的低保、特困相关证明（证件）办理入院手续，与医疗机构签订“先诊疗，后付费”协议后，直接住院治疗，无需交纳住院押金。强化医疗服务质量管理，规范医疗行为，严控药品、耗材、检查化验费用占比和目录外费用占比，严控不合理费用支出。做好救助对象省域外网上异

地就医备案、异地安置和省域内定点医疗机构就医，执行户籍地所在统筹地区救助标准。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。

七、强化组织保障，形成推进制度发展合力

（一）加强组织领导。要建立党委领导、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的重要指标，纳入医疗救助工作绩效评价。各县（市、区）、开发区要加强政策宣传解读，及时回应社会关切。

（二）凝聚工作合力。建立健全部门协同工作机制，加强医疗保障、社会救助、医疗卫生制度政策及经办服务统筹协调。医疗保障部门要统筹推进基本医保、大病保险和医疗救助制度改革和管理工作，落实好医疗保障政策。民政部门要做好低保对象、特困人员、低保边缘家庭成员等救助对象认定工作，会同相关部门做好因病致贫重病患者认定和相关信息共享，支持慈善救助发展。财政部门要按规定做好资金支持。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，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。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监测和信息共享。工会要做好职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶。

（三）强化基金预算管理。在确保医疗救助基金安全运行基

基础上，统筹协调基金预算和政策制定，各级政府要落实医疗救助投入保障责任。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。

(四)加强基层能力建设。加强基层医疗保障经办队伍建设，根据参保人数和医疗救助对象人数，统筹医疗保障公共服务需求和服务能力配置，实现市、县、乡、村全覆盖，做好相应保障。积极引入社会力量参与经办服务，大力推动医疗救助经办服务下沉，重点提升信息化和经办服务水平。

本方案由市医疗保障局负责解释，自印发之日起执行，有效期截至2025年12月31日。