长春市健全重特大疾病医疗保险 和救助制度实施办法

(征求意见稿)

第一章 总 则

第一条 为进一步健全完善重特大疾病医疗保险和救助制度，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）、《吉林省人民政府关于全面推进医疗保障市级统筹的意见》（吉政发〔2020〕3号）和《吉林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》（吉政办发〔2022〕16号）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 健全统一规范的医疗救助制度，增强基本医疗保险、大病保险、医疗救助（以下统称三重制度）综合保障能力，充分发挥医疗救助托底保障作用，切实巩固医疗保障脱贫攻坚成果，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。促进三重制度综合保障与慈善救助、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

第三条 医疗救助公平覆盖医疗费用负担较重的长春市困难职工和城乡居民，根据救助对象类别实施分类救助。

一类人员：特困人员。

二类人员：最低生活保障家庭成员（以下称低保对象）、返贫致贫人口。

三类人员：低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口（以下称农村易返贫致贫人口）。

四类人员：不符合上述3类人员条件，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）。因病致贫重病患者认定条件，由省民政厅会同省医保局等相关部门综合考虑该类人员家庭经济状况、医疗费用支出、医疗保险支付等情况另行制定。

第四条 巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略过渡期（以下简称过渡期）内，对脱贫人口按照吉林省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给予医疗救助托底保障。

第五条 具有多重身份的救助对象，按照就高不就低原则实施救助。

第三章 三重制度综合保障

第六条 积极推进全民参保计划，确保困难群众应保尽保，按照规定享有三重制度保障权益。

全面落实城乡居民基本医保参保财政补助政策，对个人缴费确有困难的群众给予分类资助。其中，对一类人员给予全额资助；对二类人员给予定额资助；对过渡期内脱贫不稳定且纳入相关部门农村低收入人口监测范围的，参照低保对象给予同等定额资助，定额资助标准按照省级统一设定的标准确定。

参保资助按照“身份认证、以缴定补”原则，由困难群众按规定参加基本医保并按居民个人缴费标准缴费后，通过医疗救助基金渠道分类给予参保资助。

第七条 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，过渡期内对一类人员、二类人员实施大病保险倾斜支付政策，发挥补充保障作用；夯实医疗救助托底保障功能，按照“先保险后救助”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实施救助，合力防范因病致贫返贫风险。

第四章 医疗救助费用保障范围

第八条 医疗救助用于保障困难群众政策范围内基本医疗需求。救助费用主要覆盖救助对象在定点医药机构发生

的住院费用、因慢性病需要长期服药或患重特大疾病需要长期门诊治疗的费用。

第九条 由医疗救助基金支付的药品、医用耗材、诊疗项目原则上应符合国家有关基本医保支付范围的规定。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。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。

第五章 医疗救助方式和标准

第十条 根据本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，分类设定救助标准。具体救助方式包括：住院救助、门诊救助和倾斜救助等。

第十一条 住院救助。住院救助对一类人员不设年度救助起付标准（以下简称起付标准），政策范围内个人自付医疗费用年度救助限额内按 100%比例救助。

二类人员中患有下列 13 种特殊疾病患者，不设起付标准，政策范围内个人自付医疗费用年度救助限额内按 100%比例救助，具体病种包括：渐冻症、精神病、尿毒症、肺结核、慢粒细胞白血病、不能切除或发生转移的胃肠道恶性间质瘤、艾滋病、血友病、红斑狼疮、急性坏死性胰腺炎、晚

期血吸虫病、器官移植抗排异治疗、自闭症（年龄在0—16周岁（不含16周岁）的患者，年龄范围以申请时间为准）。除上述13种特殊疾病患者外，其他二类人员起付标准为1000元，政策范围内个人自付医疗费用起付标准以上部分年度救助限额内按70%比例救助。

三类人员起付标准为3000元，政策范围内个人自付医疗费用起付标准以上部分年度救助限额内按40%比例救助。

四类人员起付标准为6000元，政策范围内个人自付医疗费用起付标准以上部分年度救助限额内按30%比例救助。

救助对象中的14周岁（含）以下儿童，住院救助比例上浮10%。孤儿参照特困人员给予同等住院救助待遇。

第十二条 门诊救助分为门诊慢性病救助和门诊特殊疾病救助。

（一）门诊慢性病救助。对一类、二类人员实施门诊慢性病救助，不设年度救助起付标准，政策范围内个人自付医疗费用年度救助限额内按50%比例救助，年救助限额为1000元，计入相应类别救助对象年度救助最高限额。门诊慢性病救助病种范围按救助对象参加的基本医疗保险（城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险）规定的慢性病病种范围确定。

（二）门诊特殊疾病救助。对救助对象实施门诊特殊疾病救助，门诊特殊疾病救助病种范围按救助对象参加的基本

医疗保险（城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险）规定的门诊特殊疾病病种范围确定。

一类人员、三类人员和四类人员救助标准参照相应类别救助对象住院救助比例执行，不设起付标准。

二类人员中的 13 种特殊疾病患者门诊政策范围内自付医疗费用年度救助限额内按 100%比例救助。除 13 种特殊疾病患者外的其他二类人员门诊特殊疾病救助标准按 70%比例救助，不设起付标准。

孤儿参照特困人员给予同等门诊慢性病、特殊疾病救助待遇。

第十三条 救助限额。住院救助和门诊救助共用年度最高救助限额。一类、二类人员年度救助最高限额为 3 万元，三类、四类人员年度最高救助限额为 1 万元。

孤儿年度最高救助限额参照特困人员执行。

第十四条 倾斜救助。对规范转诊且在省域内就医的救助对象，经三重制度综合保障后政策范围内个人负担仍然较重的，视资金承受能力，适当给予倾斜救助，倾斜救助额度一般不超过 2 万元，且不计入年度救助限额。具体救助范围及标准：

（一）门诊慢性病倾斜救助。一、二类人员如患有下列慢性病，门诊购药负担较重的，可享受倾斜救助，标准同门诊慢性病救助（第十二条），且计入倾斜救助限额，具体病种包括：

特发性肺纤维化、胃食管反流病、强直性脊柱炎、慢性乙型肝炎门诊抗病毒治疗、慢性前列腺增生症、高胆固醇血症、慢性前列腺炎、扩张性心肌病、甲状腺功能减退症、类风湿性关节炎、肾上腺皮质功能减退症、皮质醇增多症、多发性硬化病、溶血性贫血、慢性胰腺炎、溃疡性结肠炎、血小板减少性紫癜、慢性盆腔炎、高脂血症、骨髓增生异常综合症、心内膜炎、银屑病、多发性肌炎和皮炎、重症肌无力、肝硬化、脉管炎、股骨头坏死（股骨头置换术除外）、骨关节炎、慢性肾功能不全、青光眼、肺气肿、冠状动脉支架植入术后抗血小板治疗、消化性溃疡病、胃溃疡、慢性缺血性心脏病、慢性肠炎、慢性鼻（咽）炎、慢性鼻窦炎、脑出血恢复期、脑梗塞恢复期、精神病、尿毒症、肺结核、白血病、血友病、红斑狼疮。

（二）门诊特殊疾病和住院倾斜救助。二类人员患恶性肿瘤放化疗的经三重制度综合保障后政策范围内自付医疗费用按 20%给予倾斜救助。除上述规定外，对规范转诊且在省域内就医的救助对象，经三重制度综合保障后政策范围内自付医疗费用超过 1 万元的部分，给予 50%的倾斜救助。

（三）罕见病倾斜救助。对救助对象实施罕见病救助（罕见病，指国家卫生健康委员会、科技部、工业和信息化部、国家药品监督管理局、国家中医药管理局等五部门联合发布了《第一批罕见病》目录，共涉及 121 种疾病），在符合条件的医疗机构诊治罕见病的指定药品、治疗性食品费用，经三重制度综合保障后政策范围内个人自付医疗费用按比例

给予救助，救助比例参照相应类别救助对象住院救助标准执行，罕见病救助年度救助限额为 5000 元，合并到年度倾斜救助限额中。孤儿参照特困人员给予同等罕见病倾斜救助待遇。

第十五条 对脱贫人口倾斜救助按照吉林省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托底救助政策标准执行。

第十六条 特殊情形办理

(一) 救助对象住院治疗期间，其救助身份因申请时弄虚作假而被取消的，医疗救助资格随之取消。

(二) 救助对象住院治疗期间，因家庭经济状况发生变化被取消救助对象身份的，当次住院按救助对象身份办理。

(三) 患者在住院治疗期间取得救助对象资格的或救助对象类别发生变化的，当次住院按新取得救助对象类别标准（含封顶线）办理。

(四) 救助对象住院期间死亡的，按死亡前身份办理。

(五) 上年度发生的医疗费用下年度提出救助申请的，按上年度救助办理。

(六) 未参加基本医疗保险的，政策范围内自付医疗费用按其总医疗费用的 50% 计算。

(七) 基本医疗保险实行单病种定额付费医疗费用包干或按床日付费的，政策范围内自付医疗费用按基本医疗保险（大病保险）报销后剩余的医疗费用计算。

第六章 健全监测帮扶机制

第十七条 实施医疗救助对象信息动态管理。分类健全因病致贫和因病返贫双预警机制，结合实际合理确定监测标准，对经基本医保、大病保险等支付后个人年度医疗费用负担仍然较重的低保边缘家庭成员和农村易返贫致贫人口重点监测、及时预警，协同做好风险研判和处置。

第十八条 加强医保、民政、乡村振兴等行业部门之间信息共享和核查比对。医保部门要根据民政、乡村振兴部门提供的人员身份信息，定期将因病致贫和因病返贫预警监测数据推送同级民政、乡村振兴部门。经民政、乡村振兴部门认定的救助对象，要及时推送至医保部门，由医保部门按规定跟进落实三重制度。

第十九条 建立依申请救助机制，规范申请程序，畅通申请渠道，增强救助时效性。对认定为一类、二类、三类人员的，纳入“一站式”结算，直接获得医疗救助。对四类人员（因病致贫重病患者）通过依申请方式实行救助，救助对象履行个人申请、乡镇（街道）受理及初审、县级民政部门会同相关部门认定身份类别、县级医保部门按规定审批的程序。

第二十条 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，综合保障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。

第七章 鼓励引导社会力量参与救助保障

第二十一条 鼓励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。规范发展互联网慈善，推动慈善救助资源和需求精准对接，促进互联网公开募捐信息平台发展和平台间慈善资源共享，规范互联网个人大病求助平台信息发布，推行阳光救助。支持医疗救助领域社会工作服务和志愿服务发展，丰富救助服务内容。根据经济社会发展水平和各方承受能力，通过整合拓展慈善帮扶等资源，探索建立罕见病用药保障机制。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。

第二十二条 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，规范互联网平台互助，加强风险管控，引导医疗互助健康发展。支持商业健康保险发展，丰富健康保险产品供给，满足群众基本医疗保障以外的保障需求。鼓励商业保险机构加强产品创新，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。

第八章 服务和管理

第二十三条 加快推进一体化经办。细化完善救助服务事项清单，优化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、“一单制”结算，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。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，动员基层干部，做好政策宣传和救助申请委托代办，及时主动帮助困难群众。

第二十四条 加强医疗救助监督管理。统一协议管理，在基本医保定点医疗机构范围内合理确定医疗救助定点医疗机构，建立完善定点医疗机构绩效考核办法，突出行为规范、服务质量，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，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。

第二十五条 提高综合服务管理水平。完善定点医疗机构医疗救助服务内容，提高服务质量，按规定做好基本医保和医疗救助费用结算。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、医用耗材和诊疗项目，严控不合理费用支出。

第二十六条 加强对救助对象就医行为的引导，积极推行基层首诊，规范转诊，促进合理就医。经基层首诊转诊的一类、二类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。做好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，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。

第九章 基金预算管理

第二十七条 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，各级政府要落实医疗救助投入保障责任，加大医疗救助资金投入力度。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。推进实施医疗救助统筹层次与基本医保统筹层次相一致，提高救助资金使用效率和抗风险能力。

第十章 组织保障

第二十八条 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

困难群众重特大疾病医疗救助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。

市政府负责统筹全市医疗救助工作，根据国家和省有关规定，合理制定具体政策措施，规范工作流程，按规定开展实施医疗救助，并依托乡镇（街道）做好相关救助对象医疗救助申请受理、初审、公示等工作，确保政策落地、待遇落实、群众得实惠。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。

第二十九条 凝聚工作合力，建立健全部门协同机制，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医疗保险、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疗保险保费征缴相关工作。

乡村振兴部门要做好返贫致贫人口认定、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。

第三十条 加强基层医疗保障服务能力建设，大力推动医疗救助经办服务下沉，将医疗救助经办服务纳入城乡社区公共服务一体化建设，推进建设医保基层服务示范点，实现医保政务服务乡镇（街道）、村（社区）全覆盖，提高医疗救助经办管理服务可及性。鼓励基层医保经办服务进驻政务服务综合大厅，方便群众“一站式”联办。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。加强医疗救助政策和业务能力培训，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。积极引入社会力量参与经办服务，乡镇（街道）要配备专人，重点提升信息化和经办服务水平。

第十一章 附 则

第三十一条 本办法由市医疗保障局负责解释。市医疗保障局可根据人民健康需求和本市医疗救助基金运行情况，会同相关部门对救助对象的起付标准、救助比例、救助限额、门诊慢特病救助病种等适时进行调整，报市政府同意后实施。

第三十二条 本办法自2023年1月1日起施行，此前相关政策与本办法不一致的，按本办法执行。本办法施行后，国家、省有新规定的，依照新规定执行。