

# 黄石市人民政府办公室文件

黄政办发〔2022〕52号

## 市人民政府办公室 关于印发黄石市健全重特大疾病医疗保险和 救助制度实施办法的通知

大冶市、阳新县、各区人民政府，黄石经济技术开发区管委会，  
市政府各部门：

《黄石市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施办法》已  
经市人民政府同意，现印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。

黄石市人民政府办公室

2022年10月19日



# 黄石市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施办法

## 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，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《湖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》（鄂政办〔2022〕35号），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，强化基本医疗保险、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（以下统称三重制度），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。

**第三条** 重特大疾病医疗保险和救助坚持应保尽保、保障基本，坚持尽力而为、量力而行、避免过度保障。

## 第二章 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。医疗救助对象包括：一类是

城乡特困人员、孤儿；二类是城乡最低生活保障对象、返贫致贫人口；三类是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）；四类是因病致贫重病患者和县级以上地方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除前三类医疗救助对象外的基本医保参保人员。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。

**第五条** 各类医疗救助对象根据相关规定实行动态管理。

**第六条** 除一类医疗救助对象外的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。

### 第三章 强化三重制度综合保障

**第七条** 现困难群众应保尽保。推进全民参保计划，困难群众依法依规参加基本医疗保险，按规定享有三重制度保障权益。纳入参保资助范围且核准身份信息的医疗救助对象，应及时资助参保，不设置待遇等待期，确保应保尽保。

**第八条** 促进三重制度有效衔接。坚持基本医保主体保障功能，对所有参保人员实施公平普惠保障。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，发挥补充保障作用。强化医疗救助托底保障功能，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，实现梯次减负。

#### **第四章 医疗救助方式和标准**

**第九条** 困难群众医疗救助方式包括资助参保、住院医疗救助和门诊慢特病医疗救助。

**第十条** 资助参保。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缴费标准给予全额资助；二类医疗救助对象，按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，低于 320 元按 320 元资助；三类医疗救助对象中纳入监测范围的农村易返贫致贫人口过渡期内按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。医疗救助对象参加城乡居民基本医疗保险同时符合多种资助缴费政策时，按照就高不就低的原则予以资助，不得重复资助。集中缴费期后新增救助对象，已缴纳个人

保费不予退还。

**第十一条** 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部分，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、医疗服务项目费用按国家和省有关基本医保支付范围执行。除国家和省另有明确规定外，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。

**第十二条** 住院医疗救助。对医疗救助对象经基本医疗保险、大病保险等支付后政策范围内、医疗救助起付标准以上的住院自付医疗费用实施救助。一类救助对象，不设置起付标准，救助比例为 100%；二类救助对象，不设置起付标准，大病保险起付线以下的部分救助比例为 70%，以上部分救助比例为 75%；三类救助对象，医疗救助起付标准为 3000 元，救助比例为 65%；四类救助对象，医疗救助起付标准为 7500 元，救助比例为 50%。

**第十三条** 门诊慢特病救助。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政策范围内个人自付医疗费用，给予门诊慢特病医疗救助，救助标准按照住院医疗救助标准分类救助。

**第十四条** 住院救助和门诊慢特病救助共用年度医疗救助

限额。一、二类医疗救助对象，年度医疗救助限额为 6 万元；三、四类医疗救助对象，年度医疗救助限额为 4 万元。

**第十五条** 实施倾斜救助。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负担仍然较重的，给予倾斜救助，一类救助对象不设起付线，其他救助对象年度起付标准为 7500 元，年度救助限额原则上为 5 万元。在年度救助限额内，一类医疗救助对象救助比例为 100%；二类医疗救助对象救助比例为 85%；三类医疗救助对象救助比例为 70%；四类医疗救助对象救助比例为 60%。

**第十六条** 困难群众具有多重特殊身份属性的，按“就高不就低”的原则给予救助，不得重复救助。

**第十七条** 根据医疗救助基金支撑能力和基本医疗保险保障情况，在国家和省规定范围内，市医疗保障部门会同市财政部门可对医疗救助起付标准、救助比例、救助限额等适时进行调整，报市政府同意后实施。

## 第五章 健全防范化解因病致贫返贫长效机制

**第十八条** 强化高额医疗费用支出预警监测。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。

**第十九条** 建立依申请救助工作机制。各县（市、区）根据市人民政府建立的依申请救助帮扶机制，规范申请程序，畅通申请渠道，增强救助时效性。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申请获得医疗救助。因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 个月内发生的符合政策规定的医疗费用，由县级医疗保障经办机构按规定给予救助。救助起付标准为 7500 元，救助比例和救助限额按照本办法认定人员类别对应的医疗救助（含倾斜救助）比例降低 10 个百分点，救助限额为 4 万元。过渡期内，农村低收入人口依申请救助按照《关于做好农村低收入人口依申请救助工作的通知》（黄医保发〔2022〕16 号）文件规定执行。

## **第六章 引导社会力量参与救助保障**

**第二十条** 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。

**第二十一条** 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。

## 第七章 规范经办管理服务

**第二十二条** 推进一体化经办。各级医疗保障经办机构要以高效、便捷、利民为原则，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，对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，要实现“一站式”服务、“一单制”结算、“一窗口”办理，提高结算服务便利性。可购买社会力量参与一体化经办服务。

**第二十三条** 提高综合管理服务水平。引导救助对象、定点医疗机构优先选择纳入基本医疗保险支付范围的药品、医用耗材、诊疗项目，严控不合理费用支出。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** 加强异地救助管理。做好医疗救助对象异地安置、异地居住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。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。

## 第八章 强化组织保障

**第二十五条** 加强组织领导。市人民政府负责统筹本地区医疗救助工作，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进民生的重要指标，纳入医保工作绩效评价。县（市、区）人民政府负责本地区重特大疾病医疗保险和救助工作的组织实施，加强医疗保障、参保缴费、社会救助、职工互助、经办服务、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。

**第二十六条** 加强部门协同。各地各相关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。医保部门要统筹推进医疗保险、医疗救助制度改革和管理工作，抓好医疗保障政策的落实。民政部门要做好城乡特困人员、孤儿、低保、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。财政部门要按规定做好医疗救助资金投入保障和监督管理工作。卫生健康部门要指导医疗机构落实“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认定、监测和信息共享工作。工会要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。

**第二十七条** 强化基金预算管理。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。落实医疗救助市县

投入保障责任，加强医疗救助资金投入力度，强化市县事权责任和县级财政托底保障。拓宽医疗救助筹资渠道，动员社会力量，通过慈善、社会捐助和福彩公益金等多渠道筹集资金，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和抗风险能力。

**第二十八条** 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

**第二十九条** 本办法由黄石市医疗保障局负责解释。

**第三十条** 此前出台的医疗救助规定与本办法不一致的，以本办法为准，上级有新规定的，从其规定。

---

抄送：市委各部门，黄石军分区，各人民团体；  
市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院；  
湖北师范大学、湖北理工学院，垂直管理机构，有关企业。

---

黄石市人民政府办公室

2022年10月19日印发

---