

宜春市人民政府办公室文件

宜府办发〔2022〕44号

宜春市人民政府办公室 关于印发宜春市健全重特大疾病医疗保险和 救助制度实施细则的通知

宜春经济技术开发区管委会，各县（市、区）人民政府，宜阳新区管委会、明月山温泉风景名胜区管委会，市直有关单位：

经第33次市政府常务会研究同意，现将《宜春市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则》印发给你们，请认真组织实施。



2022年12月8日

（此件主动公开）

宜春市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则

第一章 总则

第一条 为不断提升医疗救助制度托底保障能力，进一步健全我市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）、《中共江西省委 江西省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（赣发〔2021〕2号）、《江西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》（赣府厅发〔2022〕31号）等有关文件精神，结合我市实际，制定本细则。

第二条 以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大精神，深入贯彻落实习近平总书记视察江西重要讲话精神，紧紧围绕省第十五次党代会关于全面建设“六个江西”的目标要求，坚持以人民为中心，坚持共同富裕方向，坚持应保尽保、保障基本，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、医疗救助（以下统称三重制度）综合保障，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，同时避免过度保障。促进三重制度综合保障与慈善救助、商业健康保险等协同发展、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、低保边缘家庭人口、因病支出型困难家庭患者等救助对象认定和相关信息共享工作，鼓励和引导社会慈善力量对医疗费用负担过大的救助对象进行帮扶。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，规范诊疗行为，促进分级诊疗。退役军人事务部门要做好“六类对象”“两类人员”以及已失业又未纳入城镇职工基本医疗保险的14类退役士兵的人员信息共享和资助参加城乡居民基本医保工作。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返贫致贫人口和易返贫致贫人口监测、认定和信息共享。工会要做好职工医疗互助和因病致困建档困难职工帮扶。

第二章 科学确定医疗救助对象范围

第四条 及时精准确定救助对象。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。医疗救助对象包括以下四个类别人员：

一类人员：特困人员。

二类人员：低保对象、返贫致贫人口。

三类人员：纳入监测范围的农村易返贫致贫人口（脱贫不稳定、边缘易致贫和突发严重困难人口）、低保边缘家庭人口。

四类人员：因病支出型困难家庭患者，以及县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员。

孤儿参照特困人员享受医疗救助待遇。符合上述四个类别人员条件的“六类对象”（残疾军人、“三属”人员、“两红”人员、在乡老复员军人、带病回乡退伍军人、农村和城镇无工作单位且生活困难的参战参试退役人员）和“两类人员”（尚未纳入城镇职工基本医疗保险的企业在岗和退休军转干部及1953年底前参军后在企业退休的军队退役士兵）享受医疗救助待遇。不符合条件的“六类对象”和“两类人员”按照相关规定执行。

第三章 强化三重制度综合保障

第五条 确保困难群众应保尽保。困难群众依法参加基本医保，按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。对特困人员、孤儿给予全额资助；对低保对象给予定额资助；对返贫致贫人口、脱贫不稳定人口和边缘易致贫人口给

予定额资助。定额资助标准根据省人民政府规定执行。“六类对象”“两类人员”以及已失业又未纳入城镇职工基本医疗保险的14类退役士兵由退役军人事务部门按规定资助参保。

第六条 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。

第七条 增强大病保险减负功能，落实大病保险对特困人员、孤儿、低保对象和返贫致贫人口的倾斜支付政策，发挥补充保障作用。

第八条 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。落实巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果政策措施，实现与乡村振兴战略有效衔接。

第四章 夯实医疗救助托底保障

第九条 明确救助费用保障范围。坚持保基本，妥善解决救助对象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、门诊特殊慢性病费用、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。由医疗救助基金支付的药品、医用耗材、医疗服务项目应符合国家有关基本医保支付范围的规定。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。

第十条 合理确定基本救助水平。严格按照国家医疗保障待遇清单制度要求，对认定后的救助对象在定点医药机构发生的政策范围内医疗费用，经基本医疗保险、大病保险报销后的个人自付部分，根据救助对象家庭困难情况分类予以救助。根据医疗救助基金承受能力，合理设定年度救助起付标准、救助比例和年度救助限额，确保基金安全稳健。同一对象多重身份，待遇不叠加享受，按身份中的最高待遇执行。

1. 普通门诊救助。对特困人员和孤儿实施普通门诊救助，不设起付线和年度救助限额，按 100% 予以救助。

2. 门诊特殊慢性病救助及重特大疾病门诊医疗救助。对救助对象中的门诊特殊慢性病及患重特大疾病需长期门诊治疗的医疗费用个人自付部分，按其对应的住院救助起付标准、救助比例予以救助，与住院救助共用年度救助限额。

3. 住院救助。一类人员不设起付标准和年度救助限额，按 100% 予以救助。二类人员不设起付标准，按 75% 予以救助，年度最高支付限额 5 万元。对三类人员年度累计超过我市上一年度城乡居民人均可支配收入 10% 以上的个人自付部分，按 65% 予以救助，年度救助限额 3 万元。对四类人员年度累计超过我市上一年度城乡居民人均可支配收入 25% 以上的个人自付部

分，按 60%予以救助，年度救助限额 2 万元。

4.倾斜救助。对规范转诊且在省域内就医的救助对象，经基本医保、大病保险、医疗救助三重制度支付后政策范围内个人自付费用仍然较重的依申请给予倾斜救助，倾斜救助费用为基本医保“三个目录”范围内且超出医疗救助限额之上的高额费用，当年内动态新增加的救助对象计入倾斜救助范围费用的时间追溯到身份认定前 3 个月内。倾斜救助起付标准为 1 万元，救助比例为 60%，年度救助限额 1 万元。倾斜救助标准由市医保局、市财政局根据我市医疗救助资金支撑能力实行动态调整。

第五章 建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制

第十一条 强化高额医疗费用支出预警监测。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。重点监测经基本医保、大病保险、医疗救助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，做到及时预警。加强部门间信息共享和核查比对，协同做好风险研判和处置。加强对监测人群的动态管理，符合条件的及时纳入救助范围。

第十二条 依申请落实综合保障政策。已认定为一类人员、二类人员的，直接获得医疗救助。已认定为三类人员、四类人员的，加大政策范围内个人自付医疗费用监测，达到相应救助

起付标准后进行医疗救助。对有倾斜救助需求的救助对象，建立依申请救助机制，畅通医疗救助申请渠道，增强救助时效性。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。综合救助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。

第六章 积极引导慈善等社会力量参与救助保障

第十三条 发展壮大慈善救助。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。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。落实国家罕见病用药保障机制，整合医疗保障、社会救助、慈善帮扶等资源，实施综合保障。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。

第十四条 鼓励医疗互助和商业健康保险发展。支持工会组织积极开展职工医疗互助，规范互联网平台互助，加强风险管控，引导职工医疗互助保障事业健康发展。支持商业健康保险发展，满足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。

第七章 规范经办管理服务

第十五条 加快推进一体化经办。细化完善救助服务事项清单和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。推动实行“一站式”服务、“一窗口”办理，提高结算服务便利性。

第十六条 加强基金监管。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。定点医药机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围。除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。参保人要严格遵守《医疗保障基金使用监督管理条例》。对骗取医疗保障基金行为，依法追究责任。

第十七条 优化救助申请审核程序。简化救助金申请、审核、给付流程，特困人员、孤儿、低保对象、返贫致贫人口和易返贫致贫人口直接纳入“一站式”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。动员基层干部，依托基层医疗卫生机构，

做好政策宣传和救助申请委托代办等，及时主动帮助困难群众。

第十八条 提高综合服务管理水平。卫生健康部门要严格落实分级诊疗制度，遵循县域内首诊、逐级转诊的原则，引导救助对象在市域内定点医疗机构就诊，就诊率不低于 90%；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，在定点医疗机构，救助对象目录外医疗费用占医疗总费用比例不超过 10%，并纳入对医疗机构的管理考核指标体系。按规定经基层首诊转诊的特困人员、孤儿、低保对象、返贫致贫人口和易返贫致贫人口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。医保部门要结合实际进一步完善相应管理制度，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的救助政策。未按规定转诊的救助对象，所发生的医疗费用不纳入医疗救助范围。将救助对象政策范围外医疗费用占比纳入医保定点协议管理，强化定点医疗机构费用管控主体责任。

第八章 强化组织保障

第十九条 加强组织领导。强化党委领导、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）人民政府要落实主体责任，强化监督检查，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。

第二十条 加强部门协同。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。加强救助对象数据动态共享，对新增、退出困难群众名单，县级民政、乡村振兴部门要在认定后7个工作日内推送医保、税务部门，做好身份信息共享工作。

第二十一条 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，落实医疗救助投入保障责任，强化市、县两级财政事权责任。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。医疗救助基金纳入社保基金财政专户管理，与医疗保险基金分账核算。加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理。促进医疗救助统筹层次与基本医保统筹层次相协调，提高救助资金使用效率。

第二十二条 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。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。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。

第九章 附则

第二十三条 本细则由宜春市医疗保障局负责解释。

第二十四条 本细则自 2022 年 10 月 1 日起施行。本细则实施后，我市原有关重特大疾病医疗保险和医疗救助政策与本细则不一致的，按本细则规定执行，上级有调整的，从其规定。

抄送：市委办公室，市纪委监委机关，市人大常委会办公室，市政协办公室。

宜春市人民政府办公室

2022 年 12 月 9 日印发
