

黔南布依族苗族自治州人民政府 办公室文件

黔南府办发〔2022〕26号

黔南州人民政府办公室关于印发 黔南州健全重特大疾病医疗保险和救助制度的 实施方案的通知

各县（市）人民政府，州政府各部门、各直属机构：

《黔南州健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施方案》已经州政府同意，现予以印发，请认真抓好贯彻落实。



（此件公开发布）

黔南州健全重特大疾病医疗保险 和救助制度的实施方案

为进一步减轻困难群众和大病患者医疗费用负担，有效防范因病致贫返贫风险，筑牢民生保障底线，按照《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》（黔府办发〔2022〕19号）要求，制定本实施方案。

一、落实分类救助政策

（一）救助对象分类与认定。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。其中，城乡居民救助对象共分为一类、二类、三类、四类人员（具体范围及认定部门详见附件）。已纳入全国工会帮扶管理平台的深度困难职工、相对困难职工、意外致困职工分别参照二类、三类、四类人员管理。县级民政、乡村振兴、工会等救助对象认定部门，按月将增减人员名单以书面形式抄送同级医保、税务部门。（责任单位：州民政局、州乡村振兴局、州总工会、州医保局、州税务局，各县〔市〕人民政府）

（二）分类资助救助标准。对参加我省城乡居民医保个人缴费确有困难的群众给予参保资助。其中，城乡居民医保集中征缴期结束前认定身份并缴费的，均可享受参保资助；集中征缴期结束后缴费的，只享受动态参保，不享受参保资助；二十世纪六十

年代初精减退职老职工、肇事肇祸的精神障碍患者继续享受全额资助；具有多重身份的救助对象，按照就高、不重复原则资助；年度内身份属性发生变化的，不进行二次资助。对困难的职工和城乡居民实施分类救助，深度困难职工、相对困难职工、意外致困职工政策范围内个人自付费用，分别对应二类、三类、四类人员标准给予医疗救助保障；身份变更后不属于特殊困难人群的，次月起不再享受医疗救助待遇（具体标准详见附件）。（责任单位：州医保局、州财政局、州税务局、州乡村振兴局、州民政局、州残联、州总工会，各县〔市〕人民政府）

（三）优化救助规则。救助对象享受待遇从认定之日起计算。认定对象未参加城乡居民医保的，办理参保缴费后，可对其当次申请的慢特病门诊和住院政策范围内医疗费用按照对应类别救助标准的 50% 给予一次性救助。救助对象因个人原因未按规定办理转诊或备案手续的，政策范围内个人自付的慢特病门诊和住院医疗费用，按照对应类别救助标准降低 10 个百分点给予救助。到非医保定点医疗机构治疗（急诊抢救除外）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。患有重大疾病的城乡居民参保人员在定点医院就诊发生的医疗费用，按规定纳入医疗救助。（责任单位：州医保局，各县〔市〕人民政府）

（四）统一倾斜救助。救助对象在省内定点医疗机构就医、转诊或备案到省外医保定点医疗机构就诊，经三重制度保障后政策范围内个人负担医疗费用仍然较重的，依申请给予倾斜救助。

倾斜救助费用范围是“基本医保三目录(国家基本医保药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录)范围内、超出医疗救助限额之上”的高额费用，倾斜救助比例为 70%，倾斜医疗救助年度最高限额为 5 万元。(责任单位：州医保局、州财政局，各县〔市〕人民政府)

二、落实综合保障政策

(一)促进医保三重制度互补衔接。发挥基本医保主体保障功能，巩固住院医疗费用实际报销比例，稳步提升门诊保障待遇水平。增强大病保险减负功能，对参加我州城乡居民医保的一类、二类人员实施大病保险起付标准降低 50%、支付比例提高 5 个百分点、取消封顶线的倾斜保障政策。夯实医疗救助托底保障，按“先保险后救助”的原则，将救助对象在定点医药机构发生的住院费用、慢特病门诊费用，经基本医保、大病保险报销后的政策范围内个人自付费用(包括基本医保和大病保险起付标准以下、乙类先行自付部分以及超限价自付部分的费用)，按规定纳入救助保障。医疗救助保障范围严格执行基本医保三目录规定。(责任单位：州医保局，各县〔市〕人民政府)

(二)强化预警监测及综合帮扶。做好因病返贫、致贫风险监测，分类健全因病返贫和因病致贫双预警机制。根据防止因病返贫致贫行业部门预警标准，重点监测救助对象个人年度自付费用，同步监测个人年度自付费用较重的普通参保人员，实行动态监测预警。加强医保、民政、乡村振兴、残联等部门间信息互联

互通、共享共用、动态更新，协同做好风险研判和处置。对已经相关部门核准身份的救助对象，医保部门及时落实相应医疗救助待遇。经医疗救助后个人实际负担费用仍然较高的，通过实施临时救助、慈善救助帮助解决困难。（责任单位：州民政局、州乡村振兴局、州残联、州医保局，各县〔市〕人民政府）

（三）鼓励和支持社会综合救助。鼓励慈善组织和其他社会组织设立大病救助项目，为困难群众提供慈善医疗救助。加强慈善组织医疗救助募捐项目的管理，推进阳光救助。逐步提升我州慈善组织互联网募捐能力，为大病救助提供支持，鼓励慈善力量参与医疗救助。支持开展职工医疗互助，落实职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶政策，引导医疗互助有序发展。支持并规范商业保险健康发展，满足基本医保以外的保障需求。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。（责任单位：州民政局、州总工会、黔南银保监分局，各县〔市〕人民政府）

三、医疗救助资金州级统筹

（一）资金统收统支管理。从2023年1月1日起，医疗救助资金实行州级统筹。医疗救助资金管理执行统一的预决算管理制度、财务制度和会计制度，纳入州级社会保障基金财政专户管理，实行统收统支、分账核算、专项管理、专款专用。若出现中央和省级财政补助资金不能满足本地救助需求时，再视具体情况由州结合实际制定补助标准，经州政府同意后，州、县两级按分

担比例分别安排本级医疗救助资金予以补助。州级财政、医保部门建立健全医疗救助资金财务管理机制。（责任单位：州财政局、州医保局，各县〔市〕人民政府）

（二）资金账户管理。各县（市）医疗救助资金累计结余转入州级社会保障基金财政专户，分账核算。各级财政当年医疗救助补助资金划入州级社会保障基金财政专户。州县两级设立支出户，按县（市）分账核算，执行资金预决算及绩效管理。（责任单位：州财政局、州医保局，各县〔市〕人民政府）

（三）资金清算归集。2022年12月31日前，州财政局、州医保局初步核定各县（市）医疗救助累计结余资金。2023年3月31日前，各县（市）将医疗救助核定资金上划至州级社会保障基金财政专户。2023年6月30前，委托第三方机构开展全州医疗救助资金审计，各县（市）历年累计滚存的医疗救助资金，应按时上解至州级社会保障基金财政专户，涉及超支的县（市）由县级财政承担。（责任单位：州财政局、州医保局，各县〔市〕人民政府）

四、加强经办管理服务能力

（一）加快推进一体化经办。构建统一的医保经办管理体系，拓宽经办服务载体，开展线上线下相融合的医保经办服务，积极推动医保公共服务“掌上办”“网上办”和“身边办”。（责任单位：州医保局，各县〔市〕人民政府）

（二）优化救助申请审核程序。救助对象在省内定点医疗机

构就医实行“一站式”即时结算。未在定点医疗机构“一站式”即时结算的，可到县级医保经办窗口或乡镇（街道）社会救助“一门受理”窗口申请。因病致贫重病患者按个人申请、乡镇审核、县级确认的程序进行对象认定，个人可在医疗费用结算后的12个月内，向户籍地或经常居住地所在乡镇（街道）社会救助“一门受理”窗口提出申请（申请费用可追溯至申请之日前12个月内），乡镇政府（街道办事处）要对申请救助的家庭进行入户调查并根据其经济状况、困难情形等提出审核意见，经公示无异议后，报县级民政部门，由县级民政部门和医保部门确认相应救助待遇。（责任单位：州医保局、州民政局，各县〔市〕人民政府）

（三）提高综合服务管理水平。推进按人头、按病种、按病种分值、县域医共体医保总额等方式付费。鼓励常见病、多发病患者基层首诊、规范转诊，促进分级诊疗，合理就医。经基层首诊转诊的低保对象、特困人员在州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。强化对医疗机构的行业管理，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。（责任单位：州医保局、州卫生健康局，各县〔市〕人民政府）

（四）健全资金安全防控机制。完善定点医疗机构医保协议管理，强化定点医疗机构费用管控主体责任。推进定点医疗机构医保信用管理。持续保持基金监管高压态势，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。

（责任单位：州医保局、州卫生健康局、州公安局、州市场监管局，各县〔市〕人民政府）

五、强化组织保障

（一）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。在实施过程中，按照国家、省相关政策，以及我州医疗救助资金运行情况，适时调整待遇标准。

（二）强化部门协作。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，加强部门信息共享，防范因病返贫致贫风险，筑牢民生保障底线。

（三）稳妥有序推进。加强基层医保队伍建设，统筹医保公共服务需求和能力配置，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。做好政策解读和宣传，合理引导社会舆论，营造良好社会氛围。

本方案规定的待遇政策自 2023 年 1 月 1 日起施行，其中参保资助政策自 2023 年城乡居民医保集中征缴期开始实施。此前相关医疗救助规定与本方案不一致的，以本方案为准。

附件：黔南州救助对象分类资助救助标准一览表

附件

黔南州救助对象分类资助救助标准一览表

类别	救助人群		参保资助标准	医疗救助标准		
	对象范围	认定部门		起付线	比例	限额
一类	特困人员（孤儿、事实无人抚养未成年人参照特困人员管理）	民政部门	100%	无	100%	50000 元/人/年
二类	低保对象、脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口、突发严重困难人口	低保对象由民政部门认定；其他由乡村振兴部门认定	50%	无	70%	
三类	低保边缘家庭人口（年满 60 周岁以上、未满 18 周岁未成年人、重度残疾人予以资助参保）	民政部门	30%	1000 元	60%	
四类	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（简称 因病致贫重病患者 ）	由乡镇政府（街道办事处）负责申请、初审和公示并报县级民政部门，由县级民政部门和医保部门组织认定	无	2000 元	50%	

备注：1.**因病致贫重病患者：**指不符合最低生活保障条件和最低生活保障边缘家庭条件，在申请医疗救助家庭经济状况调查之日前 12 个月内，家庭可支配收入扣除政策范围内个人自付费用后，家庭人均收入低于当地最低生活保障标准 1.5 倍，且财产状况符合当地最低生活保障家庭财产规定的重病患者。2.**参保资助标准：**按个人缴费标准予以资助。3.**起付线与救助限额：**起付线实行年度累计且只计算一次，慢特病门诊和住院共用年度救助限额。

黔南州人民政府办公室

2022 年 12 月 13 日印发

共印 1 份