

秦皇岛市人民政府办公室
关于印发《关于健全完善医疗救助制度的实施方案》的通知

各县、区人民政府，秦皇岛开发区、北戴河新区管委会，市政府各部门，各有关单位：

《关于健全完善医疗救助制度的实施方案》已经市政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。

秦皇岛市人民政府办公室

2022年12月30日

关于健全完善医疗救助制度的实施方案

为进一步深化医疗保障制度改革，全面落实国家医疗保障待遇清单，筑牢民生保障底线，防止因病致贫返贫，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）、《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）等有关规定，结合我市实际，制定本实施方案。

一、总体要求

（一）指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻落实党中央、国务院决策部署和省委、省政府以及市委、市政府工作要求，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，增强基本医疗保险、大病保险、医疗救助（以下统称三重制度）综合保障功能，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。加强三重制度与慈善救助、商业健康保险协调发展，构建政府主导、多方参与的多层次医疗保障体系。

（二）工作目标。健全统一规范的医疗救助制度，实现医疗救助政策市级统一规范，在全市范围内统一救助对象范围、统一救助资金支付范围、统一救助待遇标准、统一经办服务流程、统一经办信息系统，三重制度“一站式”直接结算覆盖特困人员和

低保对象。根据实际情况适时实行医疗救助资金市级统筹。推进建设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。医疗救助公平覆盖依法参加我市基本医疗保险，符合医疗救助条件的以下困难群众：

- 1.脱贫人口；
- 2.返贫致贫人口；
- 3.特困人员；
- 4.低保对象（含低保边缘家庭中的低保对象）；
- 5.低保边缘家庭成员；
- 6.纳入监测范围的农村易返贫致贫人口（边缘易致贫人口、一般农户识别的突发严重困难人口）；
- 7.不属于上述六类人员，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）。

(二)规范分类参保资助政策。医疗救助对象参加基本医疗保险个人缴费部分给予分类资助。

1.对医疗救助对象参加城乡居民基本医疗保险的资助：(1)特困人员给予全额资助；(2)低保对象按90%的比例给予定额资助；(3)纳入监测范围的农村易返贫致贫人口参保资助标准逐年递减，2022年90%、2023年80%、2024年70%、2025年60%，

2026年起不再进行资助。

除特困人员、低保对象以外的重度残疾人参加城乡居民基本医疗保险，按照市残联、市医保局、市财政局《关于印发〈进一步做好重度残疾人基本医疗保险参保工作的意见〉的通知》（秦残〔2022〕28号）规定给予资助；其他特殊困难人员参加城乡居民基本医疗保险的，各县（区）可视情况，按照有关政策给予资助。

2.特困人员参加灵活就业人员基本医疗保险，同级财政按照缴费基数 2.2% 给予补助。

3.医疗救助对象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）合理确定医疗救助待遇水平。根据我市经济社会发展水平、医疗救助基金支撑能力，确定我市门诊慢特病救助、住院救助、倾斜救助相关待遇水平。

1.门诊慢特病（门诊慢性病和门诊特殊疾病）救助。医疗救助对象门诊慢特病（限救助对象基本医疗保险、大病保险待遇享受的门诊慢特病病种）费用经基本医疗保险、大病保险等支付后政策范围内个人年度自付部分，特困人员、低保对象不设起付线，按 70% 的比例进行救助；低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口起付标准为 3000 元，因病致贫重病患者起付标准为 7500 元，起付标准以上部分均按 67% 的比例进行救助。门诊慢性病救助年度限额为 5000 元；门诊特殊疾病救助年度限

额为 2 万元。

2.住院救助。医疗救助对象住院费用经基本医疗保险、大病保险等支付后政策范围内个人年度自付部分，特困人员、低保对象不设起付线，救助比例为 80%；低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口起付标准为 3000 元，因病致贫重病患者起付标准为 7500 元，起付标准以上部分均按 77%的比例进行救助。住院救助年度限额为 2 万元。

医疗救助对象具有多重特殊身份属性的按就高不就低的原则享受医疗费用救助，不得重复救助。医疗救助对象门诊慢性病、门诊特殊疾病和住院救助共用年度救助限额，年度救助累计限额为 2 万元。

3.倾斜救助。医疗救助对象在定点医药机构就医发生的政策范围内医疗费用，经三重制度综合保障后政策范围内个人年度负担仍然较重的，给予倾斜救助。起付标准为 15000 元，救助比例为 70%，年度救助限额为 2 万元。

对特别困难的医疗救助对象，各县（区）可视情况，按照有关政策给予补助或专题研究解决。

（四）脱贫人口、返贫致贫人口医疗救助。脱贫人口、返贫致贫人口，按照市医保局、市民政局、市财政局、市卫健委、市税务局、秦皇岛银保监分局、市乡村振兴局等七部门《转发河北省医疗保障局等七部门〈关于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实施方案〉的通知》（秦医保〔2021〕92

号)规定给予医疗救助。

(五)规范医疗救助费用保障范围。医疗救助用于保障困难群众政策范围内基本医疗需求。医疗救助资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、诊疗项目等医疗费用,除国家另有明确规定外,市、县(区)不得自行制定或用变通的方法擅自扩大医疗救助资金保障范围。基本医疗保险、大病保险起付线以下的政策范围内个人自付费用纳入救助保障。

三、强化三重制度综合保障

(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。强化市、县(区)、乡镇(街道)等各级党委、政府主体责任和行业主管部门工作责任,统筹做好全民参保工作,确保困难群众及时参保、应保尽保。

(二)促进三重制度互补衔接。发挥基本医疗保险主体保障功能,严格执行基本医疗保险支付范围和标准,实施公平适度保障;增强大病保险减负功能,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,对基本医疗保险、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。

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机制。实施医疗救助对象信息动态管理。对低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口中经基本医疗保险、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保的普通居民中经基本医疗保险、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) 健全跨部门、多层次、信息共享和交换机制。每月 5 日前，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。新增人员从次月起开始享受资格待遇，减少人员从次月起取消待遇资格。财政部门做好资助资金保障，医疗保障部门做好财政资金资助申报、参保身份变更和医疗保障待遇变更，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。

五、规范定点医药机构服务行为

(一) 加强定点医药机构协议管理。基本医疗保险定点医药机构即为医疗救助定点医药机构。定点医疗机构要严格执行医疗保障服务协议等规定，突出行为规范和控制考核评价，严格落实医疗服务质量管理，规范医疗行为，优先、合理使用国家基本药物和适宜诊疗技术，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。门诊保障定点零售药店和国家谈判药品“双通道”定点零售药店应严格执行医疗保障服务协议等规定，充分发挥便民、可及作用，更好满足困难群众用药需求。

(二)提升定点医疗机构综合服务水平。明确各类各级医疗机构功能定位，建立医疗救助对象基层首诊、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，引导医疗救助对象首先到基层医疗机构就诊，对超出基层医疗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。特困人员、低保对象在市域内定点医疗机构住院，持社会保障卡（医保电子凭证或有效身份证件）和民政部门出具的低保、特困相关证明（证件）办理入院手续，与定点医疗机构签订“先诊疗，后付费”协议后，直接住院治疗，无需交纳住院押金。

六、提升医疗救助经办服务与管理水平

(一)推进一体化经办服务。落实医疗救助服务事项清单及办事指南，细化完善医疗救助经办管理服务规程，依托全国统一的医疗保障信息平台，推动医疗救助和基本医疗保险、大病保险服务融合，实行“一站式”服务、“一窗口”办理，提高结算服务便利性，实现医疗救助对象信息共享互认、资助参保、待遇给付等一体化经办服务。

(二)优化医疗救助申请审核程序。除特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口可

直接获得医疗救助外，因病致贫重病患者实行依申请救助。因病致贫重病患者向户籍地乡（镇）政府、街道办事处提出医疗救助申请，经审核、公示后，符合条件的，由县（区）医疗保障部门发放；不符合条件的，由乡（镇）政府、街道办事处告知申请人。

（三）健全完善救助费用直接结算方式。健全完善医疗救助与基本医疗保险、大病保险相衔接的医疗费用结算经办流程，为医疗救助对象直接结算医疗费用提供便捷服务。医疗救助对象到定点医药机构就医发生的医疗费用，符合医保支付范围的，由定点医药机构直接结算，定点医药机构垫付的资金，由县（区）医保经办机构按月与其结算。

（四）做好救助费用手工报销。除因病致贫重病患者外的医疗救助对象未能在定点医药机构直接结算的，需提供社会保障卡（医保电子凭证或有效身份证件）和诊断证明、定点医药机构收费票据、费用清单、处方底方等相关材料到参保地医保经办机构办理医疗费用手工报销，报销款项以转账方式拨付到医疗救助对象银行账户。因病致贫重病患者手工报销，除提供上述证件和材料外，还需提供相关认定证明材料。

（五）简化异地就医备案服务。医疗救助对象在省域内定点医疗机构门诊、住院就医和跨省异地门诊就医无需登记备案，跨省异地住院就医实行登记备案管理，执行我市的医疗救助起付标准、救助比例和救助限额。跨省异地住院就医前需办理登记备案手续，如因病情紧急等特殊情况未能及时备案的，可先行住院，

自入院之日起 10 日内补办备案。未经备案到省外定点医疗机构或到未在国家医疗保障信息平台登记的医疗机构就医产生的医疗费用不纳入医疗救助范围。

七、鼓励社会力量参与救助保障

(一) 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。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。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。

(二) 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,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。

八、加强医疗救助资金的筹集与管理

(一) 规范医疗救助资金筹集渠道。医疗救助资金来源主要包括:各级财政安排的补助资金;彩票公益资金中安排的救助资金;社会各界自愿捐赠的资金;医疗救助资金形成的利息收入;按规定可用于医疗救助的其他资金。

(二) 明确各级医疗救助资金担负。市、县(区)财政部门会同医疗保障部门根据上年度医疗救助工作开展和医疗救助资

金支出等情况，分别按照《河北省人民政府办公厅关于印发基本公共服务领域省与市、县共同财政事权和支出责任划分改革实施方案的通知》（冀政办字〔2018〕79号）和《秦皇岛市人民政府办公厅关于印发〈基本公共服务领域市与区共同财政事权和支出责任划分改革实施方案〉的通知》（秦政办字〔2018〕173号）规定的支出责任，统筹上级专项资金，科学合理安排当年医疗救助资金预算。市、县（区）根据资金支出情况，适时调整医疗救助资金预算。

（三）建立县（区）医疗救助资金账户。各县（区）财政部门设立医疗救助资金财政专户，用于归集各级财政补助资金、社会捐赠资金、利息收入和其他应纳入医疗救助管理的资金收入。各县（区）医保经办机构设立医疗救助资金支出户，用于支付待遇款项、接收财政专户拨入资金、暂存账户利息等。账户利息按季度上缴至同级财政专户。医疗救助资金参照《社会保险基金财务制度》《社会保险基金会计制度》进行会计核算，实行收支两条线管理，专款专用，单独建账。各县（区）医疗保障部门按月向市医疗保障部门报送医疗救助资金财务报表。

（四）做好医疗救助资金的申请拨付。各县（区）医疗保障部门负责向同级财政部门申请拨付医疗救助资金，各县（区）财政部门审核后，将医疗救助资金拨付到同级医保经办机构医疗救助资金支出户。医疗救助对象参加基本医疗保险个人缴费部分的资助，通过医疗救助资金支出户上缴至同级基本医疗保险基金财

政专户；符合三重保障制度“一站式”结算的医疗救助对象发生的医疗救助费用，通过医疗救助资金支出户上缴至市级城乡居民基本医疗保险基金支出户；其他医疗救助待遇结算资金通过医疗救助资金支出户拨付定点医药机构和医疗救助对象。

（五）明确医疗救助工作经费预算。各县（区）政府要根据医疗救助工作需要，安排必要的工作经费，纳入年度财政预算，保证医疗救助工作正常开展。救助资金不得用于医疗救助管理部门和经办机构办公、人员等经费支出。

九、加强医疗救助资金监督与管理

（一）加强医疗救助资金监督。加强医疗救助资金监管，做好费用监控、稽查审核。对开展医疗救助服务的定点医药机构实行重点监控，确保资金安全高效、合理使用。各级财政、医疗保障、审计等部门要加强对医疗救助资金收支、使用管理的监督检查。市、县（区）医疗保障部门应定期将资金支出等情况向社会公布，接受社会监督。

（二）加强对相关部门、机构及其工作人员和医疗救助对象违法违规行为的处理。医疗救助相关部门、经办机构及其工作人员滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理。定点医药机构及其工作人员未遵守医疗保障服务协议等规定，存在违法违规行为并造成救助资金损失的，按照协议规定及有关规定给予处理；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理。医疗救助

对象有弄虚作假、虚报冒领、骗取医疗救助资金的，取消其医疗救助对象资格，追回医疗救助资金，并按照有关规定给予处罚；构成违反治安管理行为的，依法给予治安管理处罚。上述相关部门、机构及其工作人员和医疗救助对象构成犯罪的，依法追究刑事责任。

十、加强组织保障

（一）强化组织领导。建立党委领导、政府主导、部门协同、社会参与的医疗救助工作机制。将困难群众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。加强政策宣传解读，及时回应社会关切，营造良好舆论氛围。

（二）凝聚各部门工作合力。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。审计机关按计划对全市医疗救助资金实施审计。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)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。加强医疗救助政策和业务能力培训,提升基层经办队伍服务能力水平。依托基层医疗卫生机构和基层政务服务中心,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。

本实施方案自2023年1月1日起施行。凡与本实施方案规定不符的,按照本实施方案执行。