

# 长春市人民政府办公厅关于印发 长春市重特大疾病医疗保险和救助制度 实施办法的通知

长府办规〔2022〕10号

各县（市）、区人民政府，开发区管委会，市政府各委办局、各直属机构：

《长春市重特大疾病医疗保险和救助制度实施办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

长春市人民政府办公厅

2022年12月28日

# 长春市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，增强基本医保、大病保险、医疗救助（以下统称三重制度）综合保障能力，减轻困难群众和大病患者医疗费用负担，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》《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》《国家医保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意见》以及《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》等文件，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本市行政区域范围内重特大疾病医疗保险和救助适用本办法。

第三条 本市重特大疾病实行政府主导、部门协同、社会参与的保障工作机制。

第四条 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制定医疗救助具体政策措施，建立部门协同机制，构建多方参与的多层次医疗保障体系。

县（市）区人民政府、开发区管委会应当落实医疗救助

投入保障责任，加大医疗救助资金投入力度，拓宽医疗救助筹资渠道，统筹医疗救助资金使用，提高救助资金使用效率和抗风险能力。

第五条 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、低保边缘家庭成员等救助对象认定工作，支持慈善救助发展。

财政部门要按规定做好资金支持，按规定加强预算执行监督，实施财政预算绩效管理制度。

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。

第六条 乡镇人民政府、街道办事处负责做好相关救助对象医疗救助申请受理、初审、公示等具体工作。

第七条 构建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、多方参与的医疗保障体系。

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；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。

## 第二章 医疗救助的对象范围

第八条 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，包括下列人员：

（一）一类人员：特困人员；

（二）二类人员：最低生活保障家庭成员（以下简称低保对象）、返贫致贫人口；

（三）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（以下简称农村易返贫致贫人口）；

（四）四类人员：上述人员以外，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（以下简称因病致贫重病患者）。

### 第三章 医疗救助的标准

第九条 对个人缴费确有困难的群众给予分类参保资助：

（一）对一类人员给予全额资助；

（二）对二类人员给予定额资助；

（三）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。

第十条 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、因慢性病需长期服药或患重特大疾病需长期门诊治疗的费用。具体包括住院救助、门诊救助和倾斜救助等。

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。

第十一条 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〕的患者，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。

除上述 13 种特殊疾病患者外，其他二类人员起付标准为 800 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 3500 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 8000 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%（最高救助比例不超过 100%）。

孤儿（指经民政部门认定的孤儿，下同）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最高救助限额。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、三类和四类人员门诊特殊疾病救助标准参照相应类别救助对象住院救助标准执行。一类人员门诊特殊疾病救助不设起付标准，三类、四类人员门诊特殊疾病救助与住院救助共同累计起付标准。

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，不设起付标准。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，与住院救助共同累计起付标准。

孤儿参照特困人员给予同等门诊慢性病、门诊特殊疾病

救助待遇。

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

第十四条 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，倾斜救助不计入年度救助限额。具体救助范围及标准：

（一）门诊和住院倾斜救助。原则上救助对象医疗救助达到年度救助限额的，可通过召开困难群体联席会议“一事一议”方式给予倾斜救助。

（二）罕见病倾斜救助。对救助对象实施罕见病（以国家罕见病目录收录病种为准）救助，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。

第十五条 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。

第十六条 具有多重身份的救助对象，医疗救助范围和标准按照就高不就低原则执行。

## 第四章 医疗救助的服务与管理

第十七条 医疗保障部门应当会同同级乡村振兴等部门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 医保、民政、乡村振兴等行业部门应当加强信息共享和核查比对。医保部门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 畅通救助对象医疗救助申请渠道，对认定为一类、二类、三类人员的，纳入“一站式”结算范围，直接获得医疗救助。四类人员（因病致贫重病患者）通过依申请方式实施救助。

第二十条 加快推进一体化经办。医保经办部门应当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。

推动实行基本医保、大病保险和医疗救助“一站式”服务、“一窗口”办理、“一单制”结算。

第二十一条 市医保部门应当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。

第二十二条 各级医保部门应统一基金监管，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。

第二十三条 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”，免除其住院押金。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。

第二十四条 救助对象或定点医疗机构弄虚作假、骗取医疗救助基金的，由医疗保障行政部门按《医疗保障基金使用监督管理条例》有关规定处理。

## 第五章 附 则

第二十五条 本办法自 2023 年 1 月 1 日起施行，此前市政府执行的重特大疾病医疗保险和救助相关政策与本办法不一致的，按本办法执行。