

# 罗山县人民政府办公室文件

罗政办〔2023〕66号

## 罗山县人民政府办公室 关于调整罗山县建档立卡贫困人口轻度 慢性病门诊医疗救助政策的通知

各乡、镇人民政府，各街道办事处，县政府有关部门：

经县政府研究同意，决定不再执行2017年出台的《罗山县建档立卡贫困人口轻度慢性病管理办法》，相关医疗救助政策按照《信阳市人民政府办公室关于印发信阳市健全重大疾病医疗保险和救助制度实施办法的通知》（信政办〔2022〕26号）实施。

各乡镇（街道）、有关部门要高度重视，安排精干力量，根据办理发放名单，逐户逐人做好轻度慢性病救助政策调整工作的宣传解释和政策引导，争取群众理解和支持。原轻度慢性病诊疗卡由原发卡单位收回封存。实施新的医疗救助政

策后，各相关医疗机构要强化脱贫户健康保障，持续提升医疗服务质量，让脱贫户有更多的获得感和幸福感。



# 信阳市人民政府办公室文件

信政办〔2022〕26号

---

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

各县、区人民政府，各管理区、开发区，市政府有关部门：

《信阳市健全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，请认真贯彻落实。

信阳市人民政府办公室

2022年5月9日

# 信阳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《河南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》（豫政办〔2022〕26号），结合工作实际，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、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。

**第三条** 重特大疾病医疗保险和救助坚持政府主导、部门协作；应保尽保、保障基本；尽力而为、量力而行；公开、公平、公正、便民。

**第四条** 市、县（区）人民政府负责本行政区域内重特大疾病医疗保险和救助工作的组织实施。医疗保障部门负责统筹推进医疗保险、医疗救助制度改革和管理工作，落实好医疗保障政策。民政部门负责特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员、孤儿（含事实无人抚养儿童，下同）的认定，会同相关部门做好因高额医

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)认定和相关信息共享,支持慈善救助发展。财政部门负责按规定做好资金支持。卫生健康部门负责强化对医疗机构的行业管理,规范诊疗路径,促进分级诊疗。税务部门负责做好基本医疗保险保费征缴相关工作。银保监会部门负责加强对商业保险机构承办大病保险、职工大额医疗保险的行业监管,规范商业健康保险发展。乡村振兴部门负责做好返贫致贫人口、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)监测管理和信息共享。工会负责做好职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶。

## 第二章 医疗救助对象范围

**第五条** 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,救助对象包括:

- (一) 特困人员、孤儿、低保对象和低保边缘家庭成员;
- (二) 返贫致贫人口和农村易返贫致贫人口;
- (三) 不符合低保、特困人员救助供养或低保边缘家庭条件的因病致贫重病患者。

**第六条** 县(区)人民政府规定的其他特殊困难人员属于上述救助对象的,按相应类别实行救助。

## 第三章 强化三重制度综合保障

**第七条** 实现困难群众应保尽保。推进全民参保计划,用人

单位及其职工和城乡居民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，其中基本医保和大病保险权益按照我市城乡居民基本医疗保险、城镇职工基本医疗保险、城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗保险等有关规定执行。

**第八条** 促进三重制度互补衔接。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；增强大病保险补充减负功能，全面落实特困人员、低保对象、返贫致贫人口起付线降低50%、支付比例提高5个百分点、取消年度最高支付限额等倾斜保障政策；强化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，合力防范化解因病致贫返贫风险。

**第九条** 自2022年1月1日起，将困难群众大病补充医疗保险（以下简称大病补充保险）制度并入医疗救助制度。自2022年5月1日起，将我市脱贫攻坚期内自行出台的其他医疗保障扶贫措施并入医疗救助制度。

#### **第四章 医疗救助方式和标准**

**第十条** 全面落实困难群众医疗救助。医疗救助方式包括资助参保、住院救助和门诊救助。

**第十一条** 资助参保。对参加我省城乡居民基本医疗保险、个人缴费确有困难的群众个人缴费部分给予分类资助，保障其获得基本医疗保险服务。对特困人员、孤儿给予全额资助；对低保

对象、返贫致贫人口按每人每年不低于 80 元的标准给予定额资助；在脱贫攻坚目标任务完成后的 5 年过渡期内，对农村易返贫致贫人口给予定额资助，定额资助标准按照省医保局、省财政厅有关要求确定。在城乡居民医保集中缴费期结束后新增的各类困难群众，当年不享受资助参保待遇。

**第十二条** 住院救助。对救助对象经基本医疗保险、大病保险等支付后，符合基本医疗保险政策支付范围、医疗救助起付标准以上的自付医疗费用实行救助。特困人员、孤儿、低保对象和返贫致贫人口住院救助不设起付标准。低保边缘家庭成员和农村易返贫致贫人口的住院救助起付标准为 2400 元/年，因病致贫重病患者的住院救助起付标准为 6000 元/年。对特困人员、孤儿按照 90%比例给予救助，对低保对象、返贫致贫人口按照 70%比例给予救助，对低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口、因病致贫重病患者按照 65%比例给予救助。

**第十三条** 门诊救助。对救助对象因患慢性病需长期服药或患重特大疾病、罕见病需要长期门诊治疗且政策范围内自付医疗费用较高的病种实行救助，不设起付标准。

（一）重点病种门诊救助：终末期肾病(门诊血液透析或腹膜透析方法治疗)、血友病(凝血因子治疗)、慢性粒细胞性白血病(门诊酪氨酸激酶抑制剂治疗)、I 型糖尿病(门诊胰岛素治疗)、耐多药肺结核(门诊抗结核药治疗)、再生障碍性贫血(门诊药物治疗)、恶性肿瘤门诊放化疗（含恶性肿瘤治疗相关的门诊特定药品和重特大疾病用药）、器官移植术后抗排异治疗、重性精神病

人药物维持治疗。对在定点医药机构发生的以上 9 类病种门诊医疗费用，经基本医疗保险、大病保险等支付后的政策范围内自付医疗费用实行救助。对特困人员、孤儿、低保对象、返贫致贫人口按照 50%比例给予救助，对低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口、因病致贫重病患者按照 30%比例给予救助。

(二)罕见病门诊救助：对救助对象在定点医药机构发生的、纳入国家罕见病目录的罕见病门诊医疗费用，经基本医疗保险、大病保险等支付后的政策范围内自付医疗费用，按照 30%比例给予救助。

**第十四条** 住院救助和门诊救助共用年度最高救助限额。对特困人员、孤儿、低保对象、返贫致贫人口年度最高救助限额为 3 万元，对低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口、因病致贫重病患者年度最高救助限额为 1 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救助对象，救助金额达到年度最高救助限额，经三重制度综合保障后政策范围内自付医疗费用超过 12000 元以上的部分，按照 60%比例给予倾斜救助，年度最高救助限额 1 万元。

**第十六条** 基本医疗保险、大病保险起付线以下的政策范围内自付医疗费用，按规定纳入医疗救助费用保障范围。各县(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。

**第十七条** 困难群众具有多重特殊身份属性的，按“就高不就低”的原则享受救助，不得重复救助。

**第十八条** 原则上，困难群众由其困难身份认定地医保部门



按规定实施医疗救助。

**第十九条** 对由于个人原因未参加基本医疗保险的救助对象，医疗救助按基本医疗保险、大病保险等预计支付后的剩余部分计算其个人自付医疗费用。

## 第五章 医疗救助申请和确认

**第二十条** 特困人员、孤儿、低保对象和返贫致贫人口在市域内定点医疗机构就医时，直接享受医疗救助待遇，应由医疗救助基金支付的费用，由定点医疗机构按规定即时结算；经规范转诊在市域外定点医疗机构就医和长期异地居住的救助对象，不能即时结算的，凭住院病历、诊断证明、医疗费用结算单据、相关身份证件等材料，到困难身份认定地医疗救助服务窗口申请手工结算。

**第二十一条** 对低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口和因病致贫重病患者，通过依申请方式给予救助，经申请、公示、审核后享受医疗救助待遇。经申请符合救助条件的低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口、因病致贫重病患者医疗费用救助，可追溯至申请之日前 12 个月内。

## 第六章 医疗救助管理

**第二十二条** 提升医疗救助统筹层次，与我市基本医疗保险市级统筹层次相协调。在全市范围内统一救助对象范围、统一救助方式、统一救助待遇标准、统一经办服务、统一信息系统。

**第二十三条** 拓宽医疗救助筹资渠道，加强财政对医疗救助的投入。医疗救助基金通过财政预算、福彩公益金、社会捐赠等多渠道筹集。

**第二十四条** 强化基金预算管理和执行监督，全面实施预算绩效管理。各级医疗保障部门根据救助对象规模、救助标准、医药费增长等因素科学测算医疗救助资金需求，各级财政部门根据上级财政补助资金、社会捐赠资金、上年度医疗救助基金支出规模、资金需求等情况，合理安排财政补助资金。将全市大病补充保险资金、我市脱贫攻坚期内自行出台的其他医疗保障扶贫措施资金统一并入医疗救助基金。合并后，市县两级财政对救助对象按财权事权划分进行补助，医疗救助基金缺口部分由县（区）财政补足。

**第二十五条** 推进一体化经办，统一基本医保、医疗救助服务协议管理和基金监管，强化定点医疗机构费用管控主体责任。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服务融合，实行“一站式”服务、“一单制”结算、“一窗口”办理，提高结算服务便利性，实现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。

**第二十六条** 强化高额医疗费用支出预警监测。建立健全因病致贫返贫风险监测预警工作机制，重点监测经基本医疗保险、大病保险等支付后，政策范围内年度自付医疗费用超过信阳市上一年度城乡居民人均可支配收入50%的低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口，做到及时预警。加强部门间信息共享、核查比

对，县（区）民政、乡村振兴部门每月 10 日前将新增、退出困难群众名单抄送同级财政、卫生健康、医保部门，协同做好风险研判和处置工作。加强对监测人群的动态管理，及时将符合条件的困难群众纳入救助范围。

**第二十七条** 提高综合服务管理水平。加强对救助对象就医行为的引导，推行基层首诊，规范转诊，促进合理就医。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。救助对象每次在市域内基层定点医疗机构、二级定点医疗机构、三级定点医疗机构住院发生的超出医疗保险支付范围的医疗费用，分别不得超过其当次住院医疗总费用的 2.5%、5%、10%，超出部分由定点医疗机构承担。经基层首诊转诊的特困人员、孤儿、低保对象、返贫致贫人口、农村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。做好异地安置、异地居住和异地转诊救助对象登记备案、就医结算工作，对按规定转诊的救助对象，执行其困难身份认定地救助标准；对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。

**第二十八条** 对医疗救助政策难以解决的个案问题，要充分利用当地社会救助协调工作机制，专题研究解决措施，避免冲击社会道德和心理底线的事件发生。

**第二十九条** 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。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。规范互联网个人大病求助平台信息发布，推行阳光救助。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。

**第三十条** 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，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。

## 第七章 附 则

**第三十一条** 根据医疗救助基金支撑能力和基本医疗保险门诊慢性病、特殊疾病保障情况，市医疗保障部门会同市财政部门可对资助参保标准、起付标准、救助比例、救助限额、门诊救助病种等适时进行调整，报市政府同意后实施。

**第三十二条** 本办法自 2022 年 5 月 1 日起施行。《信阳市人民政府办公室关于转发市民政局等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作的实施意见的通知》（信政办〔2017〕45 号）同时废止。

