



淮南市人民政府办公室关于 印发淮南市健全重特大疾病医疗保险 和救助制度实施细则的通知

淮府办〔2022〕7号

各县、区人民政府，市政府各部门、各直属机构：

现将《淮南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，请结合实际认真贯彻落实。

淮南市人民政府办公室

2022年8月3日

淮南市健全重特大疾病医疗保险 和救助制度实施细则

为贯彻落实《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)、《安徽省人民政府办公厅关于印发安徽省健全重特大疾病医疗保险和救助制度若干举措的通知》(皖政办〔2022〕6号), 实事求是确定困难群众医疗保障待遇标准, 进一步减轻困难群众和大病患者医疗费用负担, 强化基本医疗保险、大病保险、医疗救助(以下简称三重制度)综合保障, 防范因病致贫返贫, 促进共同富裕, 制定如下实施细则。

一、科学确定救助对象范围

(一) 分类确定救助对象。医疗救助适用于医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民。包括民政部门认定的特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员,(牵头单位: 市民政局) 乡村振兴部门认定的返贫致贫人口、防止返贫监测对象(脱贫不稳定和纳入相关部门农村低收入人口监测范围的人口),(牵头单位: 市乡村振兴局) 以及虽不符合特困人员、低保对象或低保边缘家庭认定条件, 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) 等。(牵头单位: 市民

政局)县、区人民政府规定的其他特殊困难人员,由认定部门根据职责按上述救助对象类别给予相应救助。(牵头单位:各县、区人民政府)

(二)明确因病致贫认定条件。将《淮南市低收入人口认定及救助暂行办法》规定的支出型困难家庭中,因病导致刚性支出较大或收入大幅缩减,出现家庭人均年收入低于上年度户籍所在地居民人均可支配收入,且家庭人均年收入在扣减认定的因病刚性支出后低于户籍所在地年最低生活保障标准,同时家庭财产状况符合户籍所在地相关规定的人员,纳入因病致贫重病患者管理。具体认定条件由市民政局会同医疗保障、乡村振兴等相关部门确定。(牵头单位:市民政局)

(三)及时监测识别困难群众。分类健全因病致贫和因病返贫双预警机制,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、防止返贫监测对象等,参照15000元(上年全省居民人均可支配收入的50%左右)设定监测标准;对稳定脱贫人口、普通参保人员等,参照30000元(上年全省居民人均可支配收入)设定监测标准。医保部门及时将达到监测标准的人员信息推送民政、乡村振兴等部门,符合条件的纳入医疗救助或其它社会救助范围。(牵头单位:市医保局)

二、发挥医疗保险主体保障功能

(四)分类资助救助对象参保。困难群众依法参加基本医保，实现及时参保、应保尽保，享受统一的基本医保待遇。按照城乡居民基本医保参保财政补助政策，对参保个人缴费给予分类资助。对特困人员给予全额资助，对低保对象给予90%定额资助，过渡期内，乡村振兴部门认定的返贫致贫人口给予80%定额资助，防止返贫监测对象给予50%定额资助。剩余费用由个人按规定缴纳。已参加城乡居民基本医保，进入保障年度后新认定为救助对象的不再追补资助。(牵头单位：市医保局)

(五)增强大病保险补充保障功能。大病保险对特困人员、低保对象和返贫致贫人口实行倾斜支付，较普通参保人员起付标准降低50%、报销比例提高5个百分点、取消封顶线。(牵头单位：市医保局)

三、完善分类救助托底保障作用

(六)明确救助费用保障范围。按照“先保险后救助”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。救助费用主要覆盖救助对象一个年度内，在参保地定点医疗机构或按规定转诊异地就医发生的住院费用及慢性病、特殊病门诊费用。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。由医疗救助基金支付的药

品、医用耗材、诊疗项目，与基本医保、大病保险支付范围有效衔接。基本医保、大病保险起付标准以下的政策范围内个人自付费用按规定纳入救助保障。妥善解决救助对象政策范围内基本医疗需求，除国家另有明确规定外，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。（牵头单位：市医保局）

（七）合理确定基本救助水平。按救助对象家庭困难情况，分类设定年度救助起付标准（以下简称起付标准）、救助比例。对救助对象在参保地定点医疗机构或按规定转诊异地就医（急诊、抢救除外）发生的合规医疗费用，经基本医疗保险、大病保险等报销后的个人自付部分按规定给予救助。特困人员、低保对象取消起付标准；低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者起付标准分别暂按全省上年居民人均可支配收入的 10%、30%（3000 元、10000 元）确定，返贫致贫人口、防止返贫监测对象起付标准分别暂按全省上年居民人均可支配收入的 5%、10%（1500 元、3000 元）确定，按照国家及我省要求动态调整，逐步与国家规定标准相衔接。特困人员救助比例为 80%，低保对象救助比例为 75%；在起付标准以上，低保边缘家庭成员救助比例为 60%，因病致贫重病患者救助比例为 50%；返贫致贫人口救助比例为 70%，监测人口救助比例为 60%；年度救助限额 5 万元。（牵头单位：市医保局）

(八) 统筹完善倾斜救助措施。加强门诊慢性病、特殊病救助保障，门诊和住院救助共用年度救助限额。对规范转诊且在省域内就医的特困、低保、低保边缘户、返贫致贫人口、防止返贫监测对象，经三重制度综合保障后政策范围内个人负担仍然较重的给予倾斜救助。对倾斜救助对象在参保地定点医疗机构或按规定省内转诊异地就医（急诊、抢救除外）发生的合规医疗费用，经基本医疗保险、大病保险、医疗救助等报销后，个人自付部分超过 1.5 万元以上的，救助比例为 50%，年度救助限额 5 万元。（牵头单位：市医保局）通过明确诊疗方案、规范诊疗等措施降低医疗成本，合理控制困难群众政策范围内自付费用比例。（牵头单位：市卫生健康委）

(九) 畅通依申请救助渠道。全面建立依申请救助机制，按照户申请、村（社区）评议、乡镇（街道）审核、县（区）级医保与民政、乡村振兴等部门联合确定的程序，对因病致贫重病患者在身份认定前当年内个人自付的合规医疗费用给予相应救助。年度内动态新增加的救助对象在身份认定前当年内个人自付的合规医疗费用可依申请追溯给予相应救助。因个人原因未参加基本医保的原则上不纳入医疗救助范围。（牵头单位：各县、区人民政府）

四、拓宽社会综合救助渠道



(十) 发展壮大慈善救助。推动建立社区(村)慈善基金,鼓励将大病救助作为协议重要内容,探索实施人人参与、互助共济的大病慈善救助模式。鼓励慈善组织和其他社会组织以困难群众医疗需求为导向,优先设立医疗费用高、社会影响大、诊疗路径明确的大病救助项目和困难家庭符合规定的异地就医交通等补贴项目,发挥补充救助和补缺救助作用。建立社会救助信息与本地慈善资源双向推送工作机制,促进互联网公开募捐信息平台建设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,探索制定医疗机构社会工作服务标准,丰富救助服务内容,提升服务品质。根据经济社会发展水平和各方承受能力,探索建立罕见病用药保障机制,整合医疗保障、社会救助、慈善帮扶和商业保险等资源,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。(牵头单位:市民政局)

(十一) 鼓励医疗互助和商业健康保险发展。扩大职工医疗互助覆盖面。(牵头单位:市总工会)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。引导商业保险机构进一步完善健康保险产品供给,将更多医保目录外合理医疗费用科学纳入健康保险保障范围,提高重特大疾病补充医疗保障水平。可根据

实际，开展与基本医保、大病保险相衔接的商业健康保险，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，逐步实现与基本医保、大病保险、医疗救助“一站式结算”。（牵头单位：淮南银保监分局）

五、规范三重保障服务管理

（十二）提升公共服务水平。建立健全救助对象信息动态管理机制，民政部门、乡村振兴部门认定的救助对象，统一交由民政部门完成重合身份核查、分类标识确认后，及时向医保部门推送，（牵头单位：市民政局）医保部门根据救助对象身份分类落实资助参保、医疗救助待遇。细化医疗救助服务事项清单和经办管理服务规程，依托全国统一的医疗保障信息平台，推进医疗救助业务“一站式”服务、“一窗口”办理、“一单制”结算。（牵头单位：市医保局）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。（牵头单位：各县、区人民政府）

（十三）加强医疗服务管理。完善定点医疗机构医疗救助服务内容，推行基层首诊、规范转诊、提升服务，引导促进救助对象合理就医。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，严控不合理费用支出。经基层首

诊转诊的特困人员、低保对象、防止返贫监测对象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。（牵头单位：市卫生健康委）

（十四）严格救助基金监管。加强医疗保险、医疗救助基金运行分析，强化基金风险预警管控。加强医保定点协议管理，强化定点医疗机构费用管控主体责任。统一医疗保险、医疗救助基金监管，实现自查自纠、日常稽核、抽查复查“三个全覆盖”，保持打击欺诈骗保高压态势，大力查处定点医药机构违规违法行为，确保基金安全高效、合理使用。（牵头单位：市医保局）

六、强化组织保障

（十五）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，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。将医疗救助保障政策落实情况，纳入市政府医疗保障事业发展目标管理绩效评价和医疗救助工作绩效评价。

（十六）加强投入保障。各级政府落实医疗救助投入保障责任。统筹协调基金预算和政策制定，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。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。加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理。

(十七) 加强服务引导。根据医疗保障公共服务需求，加强医疗保障经办队伍建设，积极引入社会力量参与经办服务，推动医疗救助经办服务下沉，提升信息化和经办服务水平。加强政策宣传解读，及时回应社会关切，妥善处理风险隐患。