



石台县人民政府办公室关于印发《石台县健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则》的通知

石政办〔2022〕5号

各乡镇人民政府、各景区管理中心，县政府各部门、各直属机构：

《石台县健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则》业经县政府第12次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

石台县人民政府办公室

2022年10月8日



石台县健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则

根据《池州市人民政府办公室关于印发池州市健全重特大疾病医疗保险和救助制度若干举措的通知》（池政办〔2022〕6号文件）精神，为建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制，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，结合本县实际，现提出本实施细则。

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，其中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**：县民政局；**配合单位**：县医保局，各乡镇人民政府）；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**：县乡村振兴局；**配合单位**：县民政局，县医保局，各乡镇人民政府）；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）（**牵头单位**：县民政局；**配合单位**：县医保局，各乡镇人民政府）；县政府规定的其他特殊困难人员（重点优抚对象），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**：县退役军人事务局；**配合单位**：县医保局，各乡镇人民政府）。

（二）明确因病致贫认定条件。

根据《石台县低收入人口认定及救助办法（试行）》（石民〔2022〕58号）规定，因病导致刚性支出较大或收入大幅缩减的困难家庭，家庭财产状况符合相关规定的人员，纳入因病致贫重病患者管理。具体认定条件由县民政局会同县医疗保障局、乡村振兴局等部门确定（**牵头单位**：县民政局；**配合单位**：县医保局、县乡村振兴局，各乡镇人民政府）。

（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，参照上年全省居民人均可支配收入设定监测标准。县医保局及时将达到监测标准的人员信息推送至县民政局、乡村振兴局等部门，符合条件的纳入医疗救助或其他社会救助范围



（**牵头单位**：县医保局；**配合单位**：县民政局、县乡村振兴局，各乡镇人民政府）。

二、发挥医疗保险主体保障功能

（四）规范分类参保资助政策。

全面落实城乡居民基本医保财政补助政策，对困难群众参加城乡居民医保个人缴费给予分类资助；特困人员给予全额资助，低保对象给予 90% 定额资助；返贫致贫人口在过渡期内给予 80% 定额资助；防止返贫监测对象在过渡期内给予 50% 定额资助；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参保资助，不得重复资助；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**：县医保局；**配合单位**：县民政局、县乡村振兴局，各乡镇人民政府）。

（五）促进三重制度互补衔接。

全面推进全民参保计划，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。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。增强大病保险补充保障功能，在全面落实普惠待遇政策基础上，对特困人员、低保对象等实行倾斜支付，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。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，由县医保局按规定实施医疗救助（**牵头单位**：县医保局；**配合单位**：县民政局、县乡村振兴局，各乡镇人民政府）。

三、完善分类救助托底保障作用

（六）明确救助费用保障范围。

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，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。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，除国家和省、市另有明确规定外，各乡镇各单位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**：县医保局；**配合单位**：县卫健委，各乡镇人民政府）。

（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。特困人员、低保对象医疗救助不设起付标准，返贫致贫人口起付标准为 1500 元（上年全省城



乡居民人均可支配收入的 5%左右)，防止返贫监测对象和低保边缘家庭成员起付标准为 3000 元(全省上年居民人均可支配收入的 10%)，因病致贫重病患者起付标准为 10000 元(全省上年居民人均可支配收入的 30%)，确定由市医疗保障局会同市财政局等部门根据全省人均可支配收入动态调整。特困人员救助比例为 90%，低保对象救助比例为 75%；在起付标准以上，返贫致贫人口救助比例为 70%，防止返贫监测对象和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%。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，年度救助限额为 5 万元（**牵头单位**：县医保局；**配合单位**：县财政局、县民政局、县乡村振兴局，各乡镇人民政府）。

（八）统筹完善倾斜救助措施。

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超过 10000 元以上的部分，给予倾斜救助，救助比例为 50%，年度救助限额为 5 万元（**牵头单位**：县医疗保障局；**配合单位**：各乡镇人民政府）。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**：县卫健委；**配合单位**：各乡镇人民政府）。



（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、乡镇审核、县医保与民政、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：**县医保局；**配合单位：**县财政局、县民政局、县乡村振兴局，各乡镇人民政府）。

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。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**：县民政局；**配合单位**：县医保局、县税务局、县金融办，各乡镇人民政府）。

（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**：县总工会；**配合单位**：各乡镇人民政府）。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**：县金融办；**配合单位**：县医保局，各乡镇人民政府）。

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，各乡镇政府认定的救助对象，统一交由县民政局完成重合身份核查、分类标识确



认后，及时向县医保局推送，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，对已认定为特困人员、低保对象、返贫致贫人口、防止返贫监测对象和低保边缘家庭成员的，实行基本医保、大病保险和医疗救助业务“一站式”服务、“窗口”办理、“一单制”结算。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方面工作，及时主动帮助困难群众。依托乡镇社会救助服务窗口，做好困难群众医疗救助申请受理、分办转办及结果反馈，确保符合条件的城乡困难群众能及时得到医疗救助（**牵头单位**：县医保局、县民政局、县乡村振兴局；**配合单位**：各乡镇人民政府）。

（十三）加强医疗服务管理。

积极推行分级诊疗，引导救助对象首先到基层定点医疗机构就诊，规范转诊，促进合理就医。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**：县卫健委；**配合单位**：



县医保局，各乡镇人民政府）

（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。加强医疗保险、医疗救助基金监管，大力查处定点医药机构违规违法行为，保持打击欺诈骗保高压态势，确保基金安全高效、合理使用。（**牵头单位：**县医保局；**配合单位：**县公安局、县财政局、县卫健委、县市场监管局，各乡镇人民政府）

六、强化组织保障

（十五）加强组织领导。完善党委领导、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，强化监督检查，确保政策落地见效，制度更可持续，群众得到实惠。

（十六）投入保障。落实医疗救助投入保障责任，合理安排医疗救助财政投入规模。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。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。加强预



算执行监督，全面实施预算绩效管理。

（十七）强化服务引导。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。