



蒙城县人民政府办公室关于印发 蒙城县基本医疗保险再救助实施办法的通知

蒙政办秘〔2020〕19号

各乡、镇人民政府，各街道办事处，县政府各部门、各直属机构：

《蒙城县基本医疗保险再救助实施办法》已经县政府研究同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

蒙城县人民政府办公室

2020年5月6日

（此件公开发布）

蒙城县基本医疗保险再救助实施办法

根据《安徽省人民政府办公厅关于印发健康脱贫综合医疗保障实施细则的通知》(皖政办秘〔2017〕56号)、《蒙城县人民政府办公室关于印发蒙城县基本医疗保险再救助实施办法的通知》(蒙政办秘〔2019〕92号)和省医保局、省财政厅、省扶贫办、省民政厅联合下发《困难人员救助暨困难职工帮扶工程实施办法之城乡医疗救助实施办法》等文件精神,结合实际,制定本办法。

一、主要目标

整合救助资源,利用医疗救助、临时救助等政策,通过实施重特大疾病医疗再救助,提升救助标准,简化救助程序,建立健康医疗社会保障长效机制,防范悬崖效应,防止重特大疾病患者家庭因医疗费用支出超出自身承受能力而积贫、返贫、致贫,助力打赢脱贫攻坚战。

二、救助办法

对未享受“351”政府兜底政策的参保居民(享受职工医保的除外),因患重特大疾病在省内定点医疗机构住院(含特殊慢性病门诊)就医后,医疗支出经城乡居民医保基金补偿、大病保险、

“1579”再补偿，扣除平台募捐、社会捐赠、企业或单位赞助等金额后，年度内合规费用支出仍超过1万元，家庭实际生活水平处于贫困边缘的人员给予医疗再救助（以下简称“1567”再救助）。

由县财政按1000万元/年标准设立“1567”再救助专项资金，切块列支。由承办蒙城县城乡医保大病保险或“1579”再补偿的保险公司与县医疗保障局合作办理“1567”再救助业务。

三、资金管理

“1567”再救助专项资金由县医疗保障局提出申请，县财政局按季度转入保险公司专户，按照规定的再救助比例支付参保对象补偿费用。保险公司应本着“保本微利”的原则，参照城乡医保大病保险盈利率保障经办费用，保险公司要设立收入账户和赔付出账户，实行专账管理、单独核算、封闭运行。

四、救助标准

（一）重特大疾病医疗再救助最高封顶线为10万元；

（二）对符合再救助条件的人员，经各种救助后，按个人年度自付合规费用减去1万元起付线后再分档救助：0—5万元的，按50%计算；5—8万元，按60%计算；8万元以上的，按70%计算。

（三）2020年对于连续三年参保的符合再救助条件的城乡居民患者，经各种救助后，按个人年度自付合规费用减去1万元

起付线后再分档救助：0—5 万元的，按 55% 计算；5—8 万元，按 65% 计算；8 万元以上的，按 75% 计算。

（四）2021 年对于连续五年参保的符合再救助条件的城乡居民患者，经各种救助后，按个人年度自付合规费用减去 1 万元起付线后再分档救助：0—5 万元的，按 60% 计算；5—8 万元，按 70% 计算；8 万元以上的，按 80% 计算。

（五）“1567”再救助严格执行《安徽省城乡居民基本医保和大病保险负面清单》，不属于负面清单的费用纳入再救助范围。

五、补偿材料

为深入推进“互联网+政务服务”，通过大数据实现信息共享，让“数据多跑路、百姓少跑腿”，简化报销手续，由保险公司通过保险结算系统自动筛选符合“1567”再救助政策的参保患者，结算系统审核后，保险公司联系参保患者提供银行卡，给予参保患者打卡发放。

六、盈亏结算

保险公司按照本办法赔付合同年度“1567”再救助补偿款，提取相应的盈利部分后，在合同年度期满的次年 4 月份，完成“1567”再救助补偿的盈亏结算。具体计算公式为：盈利额=实际再救助金额（不得超过合同约定额）×约定的盈利率。如有结余，全部转为下一年度“1567”再救助资金；如有不足，由县财政据实补足。

七、工作要求

城乡居民“1567”再救助保障工作涉及面广、政策性强，各乡镇（街道）、各有关部门要高度重视，完善政策，创新机制，优化流程，确保保障对象全覆盖、优惠政策全执行、保障人群全知晓。各乡镇（街道）要做到精准识别，精准录入，广泛宣传，提高政策知晓率和群众满意度；县医疗保障局要发挥牵头协调作用，加强医疗行为监管，控制过度医疗和不合规诊疗行为；县财政局、县医疗保障局、县卫生健康委、县扶贫开发局等部门和相关保险机构要加强协调配合，履行部门职责；县纪委监委、县审计局要支持行业主管部门对过度医疗行为的查处，促进诊疗规范。

八、本办法由县医疗保障局负责解释。