附件2

中山市医疗救助实施细则的起草说明

1. 起草背景

2020年11月我市根据《社会救助暂行办法》《广东省社会救助条例》等规定出台《中山市人民政府办公室关于印发中山市医疗救助办法的通知》（中府办〔2020〕48号），近两年国家和广东省相继出台医疗救助方面的相关政策文件。2023年，省医保局出台《广东省医疗保障局 广东省民政厅等部门关于印发广东省医疗救助办法的通知》（粤医保规〔2023〕4号，以下简称《省办法》）省医保局出台《广东省医疗救助办法》（以下简称《省办法》），**一是**规定医疗救助对象范围，具体包括特困人员、孤儿等收入型医疗救助对象，以及支出型困难家庭中符合条件的重病患者，即支出型医疗救助对象，**二是**明确医疗救助待遇内容，包括资助收入型医疗救助对象参加基本医疗保险，以及按规定支付医疗救助对象经基本医保、大病保险等保障后的合规医疗费用，**三是**建立倾斜救助，医疗救助对象经基本医保、大病保险和医疗救助综合保障后个人负担较重的，可进一步享受救助,具体救助标准由各地市设定。根据《省办法》要求，结合我市实际，我局会同市民政局、市财政局等部门讨论，起草形成《中山市医疗救助实施细则》（以下简称《实施细则》）。

二、主要内容

《实施细则》主要内容共十一条。

1. 第一条起草背景。
2. 第二条各部门工作职责。
3. 第三条医疗救助对象范围。
4. 第四条收入型医疗救助对象参保资助。
5. 第五条医疗救助对象首次救助待遇。
6. 第六条医疗救助对象倾斜救助待遇。
7. 第七条医疗救助对象异地就医待遇。
8. 第八条医疗救助对象结算方式。
9. 第九条医疗救助对象相关解释说明。
10. 第十条明确文件解释权问题。
11. 第十一条明确实施时间、有效期等问题。

三、主要修订内容

（一）明确医疗救助对象范围

《实施细则》按照《省办法》第六条执行，具体包括本市民政部门认定的特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员等收入型医疗救助对象，以及经本市民政部门认定的支出型困难家庭中符合条件的重病患者，即支出型医疗救助对象。我市部分医疗救助对象名称已在《中山市人民政府关于落实广东省医疗保障待遇清单制度的通知》（中府〔2022〕133 号）修订。

（二）明确收入型医疗救助对象参保资助范围和标准

根据《省办法》第八条“特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障对象（含最低生活保障边缘家庭中单独纳入最低生活保障的成员，下同）参加资格认定地城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）的，其个人缴费部分给予全额资助；最低生活保障边缘家庭成员（不含单独纳入最低生活保障的成员，下同）参加资格认定地居民医保的，其个人缴费部分依法给予资助，法律、法规、规章未作明确的，具体由各市设定。参加非资格认定地居民医保的，原则上不给予资助”的规定，明确收入型医疗救助对象参加本市城乡居民基本医疗保险一档的，其个人缴费部分由资格认定所在镇街财政给予全额资助，由资格认定所在镇街统一办理参保登记手续。参加本市城乡居民基本医疗保险二档的，其个人缴费资助标准按参加城乡居民基本医疗保险一档标准执行。收入型医疗救助对象除参加本市居民医保的，参加其他医疗保险的，不再给予资助或补贴。

（三）按省规定扩大医疗救助对象首次保障范围

根据《省办法》第十条“医疗救助对象在定点医药机构发生的符合基本医疗保险规定的普通门诊、门诊特定病种、住院医疗费用，经基本医保、大病保险等支付后，个人负担的合规医疗费用由医疗救助基金按规定支付。由医疗救助基金支付的药品、医用耗材、诊疗项目参照国家和省关于基本医保支付范围的相关规定执行”的规定，首次救助保障范围由医保费用[含起付标准（线）以下、按比例自付、最高支付限额（封顶线）以上]扩大为合规医疗费用[在医保费用的基础上增加乙类先行自付、目录范围内超限价部分]。

（四）按省规定调整医疗救助对象首次医疗救助待遇

根据《省办法》第十一条“特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童按100%的比例予以救助，最低生活保障对象按不低于80%的比例予以救助，均不设年度救助起付标准；最低生活保障边缘家庭成员按不低于70%的比例予以救助，年度救助起付标准按各市上上年度居民年人均可支配收入的10%左右确定。支出型医疗救助对象按不低于70%的比例予以救助，年度救助起付标准按各市上上年度居民年人均可支配收入的25%左右确定”的规定，《实施细则》结合省文件要求及我市现行政策，进一步明确低保边缘家庭成员年度救助起付标准为6000元，救助比例为85%；支出型医疗救助对象年度救助起付标准为1.5万元，救助比例为70%，特困人员孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障对象起付标准和支付比例维持不变。收入型医疗救助对象的年度救助限额为20万元。

（五）按省规定规范医疗救助对象倾斜医疗救助待遇

1.明确倾斜救助待遇保障范围。根据《省办法》第十三条“对规范转诊且在省域内就医的医疗救助对象，经基本医保、大病保险、医疗救助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，具体由统筹地区人民政府确定”的规定，明确本市或规范转诊且在省域内就医的医疗救助对象，在一个医保年度内，经基本医保、大病保险、医疗救助等支付后，医疗救助对象个人负担的合规医疗费用按规定予以倾斜救助。待遇保障范围由原个人负担的医疗费用按规定调整为个人负担的合规医疗费用。

2.合理设置倾斜救助起付标准、报销比例和救助限额。特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童，不设年度救助起付标准，按100%的比例予以倾斜救助；最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员个人负担的合规医疗费用超过6000元的部分，按80%的比例予以倾斜救助；支出型医疗救助对象个人负担的合规医疗费用超过1.5万元的部分，按70%的比例予以倾斜救助；倾斜救助年度限额为15万元。