

# 漳州市人民政府办公室文件

漳政办规〔2022〕15号

## 漳州市人民政府办公室关于印发漳州市健全 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，漳州开发区、常山开发区、古雷开发区、漳州台商投资区、漳州高新区管委会，市直各单位：

《漳州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，请认真贯彻执行。

漳州市人民政府办公室

2022年11月25日

（此件主动公开）

# 漳州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 根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《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）、国家医疗保障局等七部委《关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施意见》（医保发〔2021〕10号）、《福建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》（闽政办〔2022〕39号）等文件精神，为做好人民群众重特大疾病医疗保障，减轻困难群众重特大疾病医疗费用负担，强化基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障，建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制，结合我市实际，制定本办法。

第二条 医疗救助是保障困难群众获得国家基本医疗卫生服务，减轻困难群众医疗负担，维护困难群众基本医疗权益的基础性制度安排。对符合条件的救助对象参加城乡居民基本医保给予资助，保障其获得基本医保服务；对救助对象经基本医疗保险、补充医疗保险等支付后，仍难以负担且符合规定的自付医疗费用，给予适当比例补助，帮助困难群众获得基本医疗服务。

第三条 建立管理科学、标准合理、程序简便、操作规范的

医疗救助制度，加强医疗救助政策与基本医保政策的衔接，统筹集中各类医疗救助资金，加大医疗救助力度，切实解决参保群众因病致贫返贫问题，努力实现困难群众“病有所医”的目标。

**第四条** 医疗救助应遵循政府主导、社会参与，政府救助与社会扶助相结合；救助水平与我市经济社会发展水平和财政承受能力相适应，确保救助基金收支平衡、略有结余；明确救助条件标准、分类分层救助管理与基本医保制度相衔接，突出救急救难、促进公平便捷。

## **第二章 基金筹集和管理**

**第五条** 医疗救助基金实行市级统筹，救助基金的各项收入和支出实行专账核算、专项管理、专款专用。

**第六条** 医疗救助基金按规定多渠道筹集，主要来源于本级财政预算资金、彩票公益金、上级财政补助资金、社会捐赠资金、救助基金利息收入以及其他资金，脱贫攻坚期出台的三重保障制度外的保障措施资金，统一并入医疗救助基金。

**第七条** 2023 年度医疗救助基金按救助对象每人每年 600 元的标准筹集，所需资金按现行财政体制分级承担。医疗救助基金累计结余一般不超过当年筹集基金总额的 15%，年度有结余的应结转下一年度使用，累计结余不足以支付当期支出时，市级财政先予资金垫付，并由市财政局、医保局提出筹资调整方案，报市政府批准后执行，再根据现行财政体制分级承担。

**第八条** 加强基金预算执行监督，全面实施预算绩效管理，

提高救助基金使用效率。医疗救助基金建立定期对账制度，医保经办机构按规定做好对账工作，向市财政局报送医疗救助基金年度执行情况及相关说明。

**第九条** 医疗救助基金必须全部用于救助对象的医疗救助，不得用于医疗救助工作经费和人员经费。医疗救助基金的筹集和使用情况，应积极主动向社会公开，接受社会监督。

**第十条** 医保、财政、审计等部门加强对医疗救助基金使用情况的监督检查。有关单位、组织和个人应如实提供所需资料，配合做好医疗救助工作调查核实和监管。

### 第三章 救助对象

**第十一条** 医疗救助对象是指符合救助条件的困难职工和城乡居民，分为五类：

第一类：特困供养人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）；

第二类：县以上地方政府相关部门认定的重点优抚对象、革命“五老”人员、计划生育特殊家庭成员、重度残疾人；

第三类：最低生活保障对象、纳入乡村振兴部门监测的农村易返贫致贫人员、脱贫（享受政策）人员；

第四类：最低生活保障边缘家庭成员；

第五类：不符合上述四类救助对象条件，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）。因病致贫重病患者应同时符合以下条件：

（一）申请前 12 个月政策范围内医疗费用个人自付达到或

超过漳州市上年度居民人均可支配收入的；

（二）申请前 12 个月的家庭总收入扣除家庭成员个人负担的医疗费用后，家庭人均收入低于当地最低生活保障边缘家庭标准的；

（三）家庭财产符合当地最低生活保障边缘家庭条件的。

**第十二条** 同时符合多重救助身份的人员按待遇就高原则给予救助，不重复享受医疗救助待遇。第二类医疗救助对象，今后因政策调整应退出医疗救助体系的，从其规定；纳入乡村振兴部门监测的农村易返贫致贫人员、脱贫（享受政策）人员在规定的过渡期内享受相应救助政策，过渡期后重新认定，符合救助条件的继续纳入救助范围。

#### 第四章 救助方式及标准

**第十三条** 救助对象依法参加基本医保，按规定享有基本医保、大病保险、医疗救助三重制度保障权益。强化医疗救助、临时救助、慈善救助等综合性保障措施，精准实施分层分类救助。

**第十四条** 实行分类资助参保。对第一、二类救助对象参加城乡居民基本医保个人缴费部分给予全额资助；对第三类救助对象参加城乡居民基本医保个人缴费部分按 90%比例给予定额资助。具备多种身份的人员，按照可享受的最高资助标准给予资助，不得重复资助。

对符合条件的新增救助对象应及时认定并资助参保，相关待遇从认定之日次月起执行；认定前个人当年已参保，已经处在待

遇发生期的不再资助参保；已预缴下一年度保费的，未处在待遇发生期的，实行资助参保，并办理退费。资助参保的救助对象在正常缴费期内被认定退出的，应按规定缴交城乡居民基本医保个人缴费部分保费。

享受定额资助的救助对象，因个人原因放弃参保，经相关部门多次动员后仍不按规定缴费参保的，视为放弃当年医疗保险和救助待遇。

**第十五条** 实行城乡居民医保大病保险倾斜支付。我市城乡居民医保个人年度大病保险支付金额上不封顶，特困供养人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）、最低生活保障对象、返贫致贫人员其大病保险起付标准比普通参保人员降低50%，报销比例提高5个百分点。

**第十六条** 按“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。救助费用主要覆盖救助对象在定点医药机构发生的住院和门诊特殊病种治疗费用。由医疗救助基金支付的药品、医用耗材、医疗服务项目与基本医保支付范围一致。

切实执行分级诊疗制度，对未按规定转诊到市域外就医的救助对象，所发生的医疗费用原则上不纳入救助范围。

（一）起付标准：以设置时点时统计部门公布的漳州市上年度居民人均可支配收入为基数确定起付标准，按年度实行动态调整。第一、二、三类救助对象不设救助起付标准，第四类救助对

象起付标准按基数的 10%确定，第五类救助对象起付标准按基数的 25%确定，四舍五入取整到拾元。

（二）救助比例：统一门诊特殊病种和住院救助比例，共用年度救助限额。救助对象在医保定点医药机构发生的住院和门诊特殊病种治疗的政策范围内费用，经基本医保、大病保险后个人自付部分在年度救助限额内，第一类救助对象按 90%比例救助，第二、三类救助对象按 70%比例救助，第四类救助对象按 60%比例救助，第五类救助对象按 50%比例救助。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。

（三）救助限额：2023 年年度救助限额为 3.4 万元。2024 年起，救助限额将根据我市医疗救助基金收支等情况，实行动态调整。

**第十七条** 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仍然较重，导致基本生活严重困难的人员，依申请实行倾斜定额救助。根据上年度经基本医保、大病保险和医疗救助三重制度综合保障支付后，年度住院和门诊特殊病种治疗的政策范围内个人负担医疗费用情况实行分段累进救助，原则上每人每年救助一次，年度最高救助金额限制在 2 万元。

具体的救助标准：

第一段：个人负担的政策范围内医疗费用在 2 万元至 5 万元

之间部分，按 20%给予医疗救助；

第二段：个人负担的政策范围内医疗费用在 5 万元以上至 8 万元之间部分，按 30%给予医疗救助；

第三段：个人负担的政策范围内医疗费用 8 万元以上部分，按 40%给予医疗救助。

**第十八条** 下列情形的医疗费用不纳入医疗救助基金支付范围：

- （一）在非定点医药机构发生的；
- （二）应当从工伤保险基金中支付的；
- （三）应当由第三人负担的；
- （四）应当由公共卫生负担的；
- （五）在境外就医的；
- （六）体育健身、养生保健消费、健康体检；
- （七）因自身违法行为导致的医疗费用；
- （八）因自残等发生的医疗费用（精神障碍患者除外），国家、省规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

## 第五章 救助服务

**第十九条** 救助对象由各相关部门分别认定。其中，民政部门负责认定特困供养人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）、最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员、革命“五老”人员，并会同医保等相关部门做好因病致贫重病患者的认定工作；乡村振兴部门负责认定农村易返贫致贫人员、脱贫（享受政策）人员；



退役军人部门负责认定重点优抚对象；卫健部门负责认定计划生育特殊家庭成员；残联负责认定重度残疾人。

各部门应当建立相应的人员信息库，负责救助对象信息比对校验、动态维护、及时更新，并于每月 15 日前将救助对象名单发送同级医保部门，实现数据共享。

**第二十条** 税务、医保部门统筹做好保费征缴工作，确保及时参保、足额缴纳、人费对应。民政、乡村振兴、卫健、退役军人、残联等部门各司其职，确保困难群众全面参保。

**第二十一条** 第一、二、三、四类救助对象完成基本医保参保后无需申请，在漳州市范围内实行“一站式”结算，直接获得医疗救助待遇，市外异地就医的需经转诊登记后方可纳入“一站式”结算，未按规定转诊到市域外就医的救助对象，所发生的医疗费用原则上不纳入医疗救助范围。因病致贫重病患者实行依申请一次性救助制度，医保部门根据民政部门提供的名单实施医疗救助，具体申请和审核审批等程序另行制定。

**第二十二条** 第一、二、三类救助对象经规范转诊且在福建省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。

**第二十三条** 医保部门全面开展参保人员高额医疗费用支出预警监测，重点监测经基本医保、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和农村脱贫人口，将预警监测情况信息推送给同级民政、乡村振兴等部门。民政、乡村振兴等部门要及时核实确认，符合医疗救助对象认定条件的，

反馈医保部门纳入医疗救助范围，予以政策保障。

## 第六章 组织与实施

第二十四条 在各救助对象认定职能部门做好救助对象认定及相关信息共享的基础上，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。

医保部门负责统筹推进医疗保险和医疗救助制度改革和管理工作，落实好医疗保障政策。

民政部门负责慈善救助工作。

财政部门负责按规定做好资金支持。

卫健部门强化对医疗机构的行业管理，落实“先诊疗后付费”、分级诊疗和大病专项救治。

税务部门做好基本医保保费征缴相关工作。

银保监部门加强对商业保险机构承办大病保险的行业监管，规范商业健康保险发展。

乡村振兴部门做好农村易返贫致贫人口监测。

工会做好职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶。

第二十五条 医保经办部门需建立救助服务事项清单，优化医疗救助经办管理服务规程，做好救助对象信息共享互认、资助参保、待遇给付等经办服务。依托全国统一的医疗保障信息平台，推动基本医保和医疗救助服务融合，实行“一站式”服务，“一窗口”办理，提高结算服务便利性。

第二十六条 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。推动慈善信息资源共享，规范个人大病求助信息发布，推行阳光救助。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。

**第二十七条** 发挥职工医疗互助的互济功能，支持医疗互助有序健康发展。支持商业健康保险发展，鼓励、引导和支持商业保险机构探索实施与基本医保相衔接的普惠型商业医疗保险，保障基本医保政策范围内个人自付较高的费用和政策范围外费用，补齐多层次医疗保障体系中商业健康保险的短板。

## 第七章 附则

**第二十八条** 本办法由市医保局负责牵头组织实施，并负责解决文件贯彻执行、公平竞争审查、备案审查等工作中碰到的问题。此前规定与本办法不一致的，以本办法为准，如遇国家、省有关政策调整，以国家、省最新规定为准。

**第二十九条** 本办法自2023年1月1日起施行，有效期五年。

---

抄送：省医保局。

---

漳州市人民政府办公室

2022年11月25日印发

---