

莆田市人民政府办公室文件

莆政办规〔2022〕13号

莆田市人民政府办公室关于印发莆田市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施方案的通知

各县（区）人民政府（管委会），市直各部门、各直属机构，各大企业，各高等院校：

《莆田市健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施方案》已经市政府研究通过，现印发给你们，请认真组织实施。

莆田市人民政府办公室

2022年12月14日

（此件主动公开）

莆田市健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施方案

为贯彻落实《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）以及《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）等规定和精神，切实做好人民群众重特大疾病医疗保障，聚焦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，结合我市实际，制定本实施方案。

一、医疗救助对象范围

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（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我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，家庭人均收入低于我市最低生活保障边缘家庭标准的；

（三）家庭财产符合我市最低生活保障边缘家庭条件的。

同时符合多重救助身份的人员按待遇就高原则给予救助。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。

二、医疗救助方式及标准

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。

（一）实行分类资助参保政策。全面落实城乡居民基本医保参保财政补助政策。对参加我市城乡居民基本医疗保险个人缴费确有困难的群众按规定给予分类资助，确保应保尽保，其中：对第一、二类救助对象给予全额资助；对第三类救助对象按照 90%比例给予定额资助。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的，不再资助参保。对享受定额资助的救助对象中因个人原因放弃参保的，应做好参保动员，提高其参保积极性；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。

结合城乡居民基本医疗保险正常缴费期早于当年的工作实际，为做好资助参保政策的有效衔接，《莆田市人民政府办公室转发市医保局等部门关于进一步完善城乡居民医疗救助体系实施办法的通知》（莆政办〔2019〕42号）规定的第一、二类医疗救助对象参加我市2023年度城乡居民基本医疗保险个人缴费部分给予全额资助，认定前个人当年已参保的，不再资助参保。

（二）实行大病保险倾斜支付政策。发挥大病保险补充保障作用，完善大病保险对救助对象的倾斜支付政策。对参加我市城乡居民基本医疗保险的特困供养人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）、最低生活保障对象、返贫致贫人口大病保险起付标准比普通参保人降低50%，报销比例提高5个百分点，取消大病保险封顶线，切实提高大病保险保障能力。

（三）实行医疗救助保障。强化医疗救助托底保障功能，按照“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费用、因慢性病需长期服药或患重特大疾病需长期门诊治疗

（简称门诊特殊病种治疗）的费用。由医疗救助基金支付的药品、医用耗材、医疗服务项目原则上应符合国家有关基本医保支付范围的规定。除国家另有明确规定外，各级各有关部门不得自行制定或采用变通的办法擅自扩大医疗救助费用保障范围。

1. 起付标准。第一、二、三类救助对象不设救助起付标准，第四类救助对象按我市上年度居民人均可支配收入的10%确定起付标准，第五类救助对象按我市上年度居民人均可支配收入的25%确定起付标准。

2. 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、大病保险等医保报销后个人自付部分，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，也按规定纳入救助保障。对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。

3. 救助限额。年度救助限额按我市上年度居民人均可支配收入核定，动态调整。超过年度救助限额后，医疗救助基金不再支付。

我市医疗救助起付标准与救助限额的具体数值，由医保

部门根据统计部门公布的我市居民人均可支配收入数据计算后执行。上年度我市居民人均可支配收入以设置时点时统计部门公布的标准为准。

（四）实施倾斜救助。对规范转诊且在省域内住院和门诊特殊病种治疗的救助对象，经三重保障制度综合保障后，年度住院和门诊特殊病种治疗的政策范围内费用个人负担仍然较重、导致基本生活严重困难的上述五类人员，根据我市年度医疗救助筹集资金结余情况，确定倾斜救助，依申请实行倾斜救助。具体救助办法和标准由医保部门会同财政等部门根据年度医疗救助基金筹资使用情况研究制定，避免过度保障。

三、救助保障措施

（一）做好参保保障

1. 落实救助对象全员参保。税务、医保部门要统筹做好保费征缴工作，税务部门要适应人员流动和参保需求变化，灵活调整救助对象参保缴费方式，确保及时参保、足额缴纳、人费对应。属地政府、街道村居、挂钩联系帮扶干部要把组织参保工作做深做细，民政、乡村振兴、卫生健康、退役军人事务、残联等部门要各司其职，确保困难群众全面参保。

2. 建立医疗救助对象信息共享机制。各医疗救助对象认定责任部门建立相应的人员信息库，并负责救助对象信息比对校验、动态维护、及时更新。每月底前应当将当月认定核

准的救助对象名单发送同级医保部门，实现数据共享。各医疗救助对象认定责任部门要会同同级医保部门共同建立健全困难群众参保台账管理，精准管理到人、动态维护到人。

（二）做好结算保障

1. 畅通救助获得渠道。第一、二、三、四类救助对象无需申请，实行“一站式”结算，直接获得医疗救助。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。畅通医疗救助申请渠道，增强救助时效性。

2. 实行“先诊疗后付费”。对规范转诊且在省域内定点医疗机构住院的第一、二、三类救助对象，实行“先诊疗后付费”，全面免除其住院押金。各级医保经办机构要做好异地安置和异地转诊救助对象登记备案、就医结算，按规定转诊的户籍地参保救助对象，执行户籍地所在统筹区救助标准。

3. 加快推进一体化经办。医保经办机构要会同医疗救助对象认定责任部门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。

4. 提高结算服务便利性。依托医疗保障信息平台，推动基本医保和医疗救助服务融合，第一、二、三、四类救助对象在定点医药机构门诊特殊病种和住院就诊的，实行“一站式”结算。未得到“一站式”即时结算服务的，可到医保经

办窗口办理医疗救助对象手工（零星）报销，享受“一窗口”办理。

（三）做好资金保障

1. 建立动态调整的城乡医疗救助筹资机制。全面清理现行各级医疗保障扶贫政策，2023年起我市现行市精准扶贫医疗综合补助政策不再实施。合理确定医疗救助筹资标准，并视医疗救助需要、经济社会发展和财政承受能力等情况动态调整，所需资金按现行财政体制分级承担。医疗救助基金实行市级统筹和专款专用，年度医疗救助基金有结余的，应全部结转下年度使用，不得挪作他用或转作本级财政下年度预算。年度出现医疗救助基金不足，由历年结余基金支付，历年结余基金不足以支付的，不足部分由市、县（区、管委会）财政按辖区内的医疗救助人数占比各自承担。

2. 强化基金预算管理。加强基金预算执行监督，全面实施预算绩效管理，提高救助资金使用效率。市、县（区、管委会）财政部门要进一步加强医疗救助资金预算管理，落实医疗救助投入保障责任，将医疗救助资金足额纳入财政预算，在预算额度不足时，要及时进行追加调整。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、医用耗材和医疗服务项目，严控不合理费用支出。

（四）做好综合保障

1. 建立健全防范化解因病致贫返贫长效机制。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至医保部门纳入医疗救助范围。

2. 支持慈善救助发展。鼓励慈善组织和其他社会组织依法依规设立大病救助项目，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。

3. 鼓励医疗互助和商业健康保险发展。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的费用，补齐多层次医疗保障体系中商业健康保险的短板。

四、工作要求

（一）加强统筹协调。强化党委领导、政府主导、部门协同、社会参与的医疗救助工作机制。将重特大疾病医疗保险和救助制度落实情况作为加强和改善民生的重要指标，纳入各级政府工作绩效评价。各县（区）政府（管委会）、市直

有关部门要切实加强组织领导，落实主体责任，贯彻实施方案，强化监督检查。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。

（二）明确职责分工。医保部门负责统筹推进医疗保险和救助制度改革和管理工作，落实好医疗保障政策。各救助对象认定责任部门做好认定及信息共享。民政部门负责慈善救助工作，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。卫生健康部门负责认定计划生育特殊家庭成员，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，开展家庭医生签约服务工作。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，做好农村易返贫致贫人口监测。退役军人事务部门负责认定重点优抚对象。残联负责认定重度残疾人。财政部门按规定做好资金支持。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。工会做好职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶。

（三）加强基层能力建设。加强基层医疗保障经办队伍建设，统筹医疗保障公共服务需求和服务能力配置，做好相应保障。积极引入社会力量参与经办服务，大力推动医疗救

助经办服务下沉，重点提升信息化和经办服务水平。构建全市统一的医保经办管理服务体系，实现市、县（区）、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖，积极推动医保公共服务“掌上办”“网上办”。加强医疗救助政策和业务能力培训，努力打造综合素质高、工作作风好、业务能力强的基层经办队伍，提升医保经办服务能力水平。

（四）加强宣传引导。各级各有关部门要充分利用宣传手册、电视、网络、微信等群众喜闻乐见、简单便捷的形式，广泛开展宣传，加强政策解读，充分宣传健全重特大疾病医疗保险和救助制度对减轻参保人员医疗费用负担、促进制度更加可持续的重要作用，提高参保人员对医疗救助政策的知晓度，使符合医疗救助条件的困难群众能够及时纳入医疗救助范围。各级各有关部门在实施过程中要加强政策风险评估，建立重大事件应急处置机制，积极回应社会关切，营造良好舆论氛围，确保政策落地、待遇落实、群众得实惠。

本实施方案自 2023 年 1 月 1 日起执行，有效期 10 年。

《莆田市人民政府办公室转发市医保局等部门关于进一步完善城乡居民医疗救助体系实施办法的通知》（莆政办〔2019〕42 号）及《莆田市人民政府办公室关于继续实施市精准扶贫医疗综合补助政策的通知》（莆政办〔2021〕1 号）等莆田市精准扶贫医疗综合补助政策相关文件同步废止。我市制定的已有规定与本实施方案不一致的，以本实施方案规定为准。

抄送：省医保局。

市委办公室、市委各部门，省部属驻莆各单位，莆田军分区，各人民团体。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市监委，市法院，市检察院。

各民主党派莆田市委委员会，市工商联。

莆田市人民政府办公室

2022年12月14日印发
