

福建省医疗保障局文件

闽医保〔2022〕127号

福建省医疗保障局等十部门关于印发《福建省健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则》的通知

各设区市医保局、民政局、财政局、卫生健康委、退役军人事务局、乡村振兴局、总工会、残疾人联合会、银保监分局，平潭综合实验区社会事业局、财政金融局、退役军人事务局、总工会、残疾人联合会、乡村振兴局，福建银保监局平潭监管组，国家税务总局福建省各设区市税务局、国家税务总局平潭综合实验区税务局：

现将《福建省健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则》

印发给你们，请认真组织实施。



福建省医疗保障局



福建省民政厅



福建省财政厅



福建省卫生健康委员会



福建省退役军人事务厅



福建省乡村振兴局



福建省总工会



福建省残疾人联合会



国家税务总局福建省税务局



中国银保监会福建监管局

2022年12月22日

福建省健全重特大疾病医疗保险 和救助制度实施细则

第一章 总 则

第一条 根据《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，为进一步落实我省城乡困难群众医疗救助制度，聚焦减轻困难群众重特大疾病医疗费用负担，建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制，结合我省实际，制定本实施细则。

第二条 医疗救助是进一步减轻困难群众和大病患者医疗费用负担、防范因病致贫返贫、筑牢民生保障底线的基础性制度安排。对救助对象参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分给予补助，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。

第三条 医疗救助工作遵循以下原则：

（一）托住底线。根据经济社会发展水平、人民健康需求、基金支撑能力、救助对象医疗费用、家庭困难程度和负担能力等因素，实事求是确定困难群众医疗保障待遇标准，确保困难群众基本医疗有保障，不因罹患重特大疾病影响基本生活，同时避免过度保障。

(二) 综合保障。坚持普惠政策与特惠措施相结合，强化基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障，促进三重制度综合保障与慈善救助、商业健康保险等有效衔接，协同发挥综合保障合力。

(三) 属地管理。坚持救助对象属地认定、属地救助的原则，市、县(区)、乡镇(街道)分级负责组织实施辖区医疗救助工作，确保应助尽助。

(四) 公平公正。公开救助政策、工作程序、救助实施情况，主动接受群众和社会监督，确保过程公开透明、结果公平公正。

(五) 及时便捷。科学管理，提高效率。优化救助流程，简化救助程序，加强信息支撑，增强救助时效性，使困难群众及时得到有效救助。

第四条 医疗救助实行分级负责制。省级医疗保障部门统筹组织全省医疗救助工作，设区市医保部门牵头实施本行政区域内的医疗救助工作，县(市、区)医保部门具体落实本区域医疗救助工作。财政、民政、乡村振兴、卫生健康、残联、退役军人事务、税务等部门按照各自职责分工主动配合、密切协作，做好相关制度的衔接工作。乡镇人民政府(街道办事处)、村(居)民委员会主动发现、及时核实辖区居民罹患重病患者等情况，帮助有困难的家庭或个人提出救助申请。

第二章 救助对象

第五条 救助对象指符合救助条件的困难职工和城乡居民，包括以下人员：

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、农村防止返贫监测对象、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）。

同时符合以上多重救助身份的人员按待遇就高原则给予救助，不得重复享受医疗救助待遇。

第六条 救助对象认定。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）、革命“五老”人员、最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员、因病致贫重病患者；乡村振兴部门负责认定农村防止返贫监测对象、脱贫（享受政策）人员；退役军人事务部门负责认定重点优抚对象；卫生健康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。

县（市、区）认定部门每月 15 日前将上述认定人员名单、待遇及享受时间推送至同级医保经办机构，由县（市、区）医保经办机构直接审核办理落实救助待遇。

第七条 因病致贫重病患者应同时符合以下条件：

（一）申请前 12 个月（不含当月）住院及门诊特殊病种政策范围内医疗费用个人自付达到或超过所在统筹区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。

第三章 救助程序

第八条 第一类至第四类人员实行依名单按规定救助，无需另外申请。

第九条 第五类因病致贫重病患者实行家庭经济状况认定和依申请一次性救助制度。

（一）动态筛查与个人申请相结合。医保经办机构依据医保信息系统数据，每月动态监测筛查出符合第七条第（一）款的疑似因病致贫重病患者对象名单后，由县级医保经办机构向同级民

政部门推送。

虽不在医保部门监测推送名单中，但参保人员及其亲属认为个人负担医疗费用已影响家庭基本生活且符合第五条第五类的人员，可向当地乡镇（街道）提出医疗救助预申请，或由所在村（居）民委员会代为提出预申请。乡镇（街道）将预申请名单发送至县级医保经办机构，查询是否符合第七条第（一）款条件。符合条件的人员名单并入每月动态监测筛查名单由医保经办机构推送给县级民政部门。

（二）救助对象名单确认。县级民政部门接到同级医保部门推送的监测筛查人员名单后，应下发至参保人所在乡镇（街道）。乡镇（街道）应根据名单，将因病致贫重病患者的医疗救助政策告知本人或家属。对无意愿申请的，由本人或其家属签字确认；对有意愿申请的，经本人或其家属同意后，参照《福建省最低生活保障工作规范》（闽民救〔2021〕128号）有关规定组织开展家庭经济状况调查。经调查符合医疗救助条件的，应在所在村（社区）公示7天后，没有异议或有异议但经复查符合条件的，按名单下发渠道上报县级民政部门。县级民政部门经过复核后按月盖章推送给同级医保经办机构，并通知救助对象提出医疗救助申请。对有意愿申请但不符合条件的监测筛查人员、预申请人员，乡镇（街道）应予书面告知本人或其亲属。同时，乡镇（街道）应对

监测筛查人员、预申请人员开展基本生活和临时救助排查，符合条件的纳入相应兜底保障或给予临时救助。

（三）实施医疗救助。救助对象应填写《医疗救助申请审批表》，向所在地医保经办机构提出救助申请。个人提出申请有困难的，可由村（居）民委员会代为填写申请表。医保经办机构收到《医疗救助申请审批表》之日起，在15个工作日内按规定实施救助，将救助资金拨付到救助对象提供的个人银行账户中，原则上不得支付现金。实施救助过程中发现可能存在事实不符、弄虚作假、不应救助等情形的，应报经医保行政部门主要负责人批准予以重新核查，重新核查时间原则上不超过3个月，核查结果依照有关规定处理。

各地医保经办机构应优化待遇申请受理环节，可依托乡镇（街道）医保窗口、村（居）医保代办人员受理申请和人员身份核实；要按最少必须原则减少申报资料，医疗费用清单可依据医保信息系统查询结果确认；要提高救助时效，各地应加强部门协同，进一步缩短调查、复核、待遇给付时间；要保护个人隐私，原则上救助结果不再公示。

第四章 医疗救助方式及标准

第十条 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照 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。异地参加居民医保的资助参保对象，可凭缴费凭证回认定地按实际缴费、认定地缴费标准孰低金额和资助参保比例报销。

对符合条件的新增救助对象应及时认定并资助参保，相关救助待遇从认定之日次月起执行。认定当年个人已缴费参保且处在待遇享受期的，不退回个人缴费；认定时已预缴下一年度保费的，应办理退费并按规定资助参保。

对确认退出资助参保序列或者由全额资助参保变为定额资助参保的对象，确认或变更当年保持资助参保政策不变。如在确认或变更之日前（含）已资助其参加下一年度城乡居民医保，或个人已按资助参保政策缴交下一年度个人缴费部分的，从有利于相对人利益出发，不做资助参保政策变更。

对享受定额资助参保的救助对象因个人原因不愿参保的，应做好参保动员，提高其参保自觉性。经街道村居、挂钩帮扶干部及相关部门多次上门动员参保，仍不按规定参加基本医疗保险的，视为放弃当年基本医疗保险和救助待遇。

第十一条 实行住院和门诊特殊病种救助。对救助对象在定

点医药机构发生的住院、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）的费用实施医疗救助。

第十二条 医疗救助基金支付的医疗服务项目、药品、医用耗材等费用，原则上应符合国家有关基本医保支付范围的政策规定。

第十三条 救助对象在定点医药机构发生的住院、门诊特殊病种治疗的基本医疗保险政策范围内医疗费用，扣除基本医疗保险、大病保险等支付的金额后，对其年度内政策范围内个人自付医疗费用按以下标准进行救助：

（一）起付标准

1. 第一类、第二类、第三类救助对象不设救助起付标准；
2. 第四类救助对象原则上按各统筹区上年度居民人均可支配收入的 10%确定救助起付标准。
3. 第五类救助对象原则上按各统筹区上年度居民人均可支配收入的 25%确定救助起付标准。

（二）救助比例

1. 第一类救助对象救助比例 90%；
2. 第二类、第三类救助对象救助比例 70%；
3. 第四类救助对象救助比例 60%；
4. 第五类救助对象救助比例 50%。

（三）救助限额

全省统一实行年度救助限额制度，各地原则上按不低于各统筹区上年度居民人均可支配收入核定，适时动态调整。超过年度救助限额后，医疗救助基金不再支付。

上年度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）倾斜救助

1. 实行大病保险倾斜支付政策。对特困供养人员、孤儿、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。

2. 对经基本医保、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支出仍然较大导致基本生活严重困难的家庭人员，由各设区市每年度根据医疗救助基金结余情况，实行依申请倾斜救助。

第五章 监测预警机制

第十四条 医保经办机构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政策范围内医疗费用负担仍然较重的参保人员和农村脱贫人口。

医保经办机构在每月 15 日将按照第十五条（一）款标准的预警监测情况信息推介给同级乡村振兴部门、将按照第十五条（二）款标准预警监测情况信息推介给同级民政部门。民政、乡村振兴部门应及时核实确认，符合医疗救助对象认定条件的，反馈至同级医保经办机构纳入医疗救助范围，按规定予以救助。

第十五条 参保人员高额医疗费用支出预警监测标准

（一）向乡村振兴部门推送的高额医疗费用支出预警标准

1. 脱贫（享受政策）人口参保人员：以前 12 个月（不含当月）累计住院及门诊特殊病种政策范围内医疗费用个人自付达到或超过全省上年度农村居民人均可支配收入为标准。

2. 城乡居民基本医疗保险参保人员：以前 12 个月（不含当月）累计住院及门诊特殊病种政策范围内医疗费用个人自付达到或超过全省上年度农村居民人均可支配收入 2 倍为标准。

（二）向民政部门推送的高额医疗费用支出预警标准

城乡居民基本医疗保险和城镇职工基本医疗保险参保人员：以前 12 个月（不含当月）累计住院及门诊特殊病种政策范围内医疗费用个人自付达到或超过各统筹区上年度居民人均可支配收入为标准。

第六章 医疗救助服务

第十六条 医疗保障定点医疗机构的医疗救助工作纳入定点医疗机构协议管理，接受医疗保障部门管理监督。

第十七条 坚持安全有效、经济适宜、救助基本原则，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，加强目录外医疗费用管理，着力减轻群众就医负担。

第十八条 第一类、二类、三类救助对象规范转诊且在省域内定点医疗机构住院的，实行“先诊疗后付费”，全面免除其住院押金。做好异地安置和异地转诊救助对象登记备案、就医结算，省域内按规定转诊就医的救助对象享有同等救助待遇。

第十九条 积极推进省域内医疗救助“一站式”结算。

认定地与参保地一致的救助对象在定点医疗机构就医时，实行医疗救助和基本医疗保险、大病保险同步结算的“一站式”服务。

认定地与参保地不一致的救助对象，基本医保、大病保险执行参保地待遇，医疗救助执行认定地待遇。在信息系统尚不支持情况下，暂由救助对象凭医疗费用结报清单回到认定地手工报销享受救助待遇。

第二十条 医疗保障部门依托医疗保障信息平台，深化基本医疗保险、大病保险和医疗救助服务融合，提升服务质效。建立

救助服务事项清单，优化救助经办管理服务规程，各有关职能部门协同做好救助对象认定信息共享互认、资助参保、待遇给付等经办服务。

第七章 基金筹集和管理

第二十一条 城乡医疗救助基金按规定多渠道筹集，主要来源于各级财政公共预算资金、彩票公益金、社会捐赠资金、救助基金利息收入以及按规定可用于城乡医疗救助的其他资金。

第二十二条 各级财政部门、医疗保障部门应鼓励和引导社会力量提供捐赠和资助，多渠道筹集城乡医疗救助基金，有条件的地方可以适当提高筹资标准。

第二十三条 城乡医疗救助基金实行专户管理、专款专用。医疗保障经办机构应建立城乡医疗救助基金专账，救助基金各项收入和支出实行专账核算、专项管理。

第二十四条 城乡医疗救助基金应当按照规定的范围、标准及结算方式使用，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。

第二十五条 医疗保障、财政等部门应加强对医疗救助基金使用情况监督检查。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。

第二十六条 各地要建立健全医疗救助社会监督机制，及时将医疗救助对象范围、标准、金额等向社会公开，接受社会监督。

第二十七条 支持慈善救助。鼓励慈善组织和其他社会组织设立大病救助项目，发挥慈善救助补充作用。

第二十八条 支持医疗互助和商业健康保险发展。发挥职工医疗互助互济功能，促进有序健康发展。促进商业健康保险发展，支持商业保险机构开发和实施与基本医保相衔接的普惠型商业健康保险。

第八章 附 则

第二十九条 本细则由省医疗保障局牵头会同相关部门负责解释。

第三十条 本细则自 2023 年 1 月 1 日起执行，有效期 5 年。

信息公开类型：主动公开

福建省医疗保障局办公室

2022年12月30日印发
