

龙岩市人民政府办公室文件

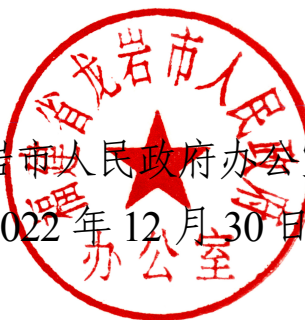
龙政办规〔2022〕14号

龙岩市人民政府办公室关于印发龙岩市 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（市、区）人民政府，龙岩高新区（经开区）、厦龙合作区管委会，市直各单位：

《龙岩市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施方案》已经市政府研究同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

龙岩市人民政府办公室
2022年12月30日



（此件主动公开）

龙岩市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施方案

为贯彻落实《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）和《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），做好重特大疾病医疗保险和救助工作，结合我市实际，提出以下实施方案。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入学习贯彻党的二十大精神，认真贯彻落实党中央国务院和省委省政府决策部署，坚持以人民为中心，坚持共同富裕方向，坚持应保尽保、保障基本，尽力而为、量力而行，推动民生改善更可持续。全面夯实医疗保障，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，强化基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障，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，不断增强人民群众获得感、幸福感、安全感。

二、工作重点

医疗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，通过医疗救助、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）统一救助类别

1. **对象范围：**医疗救助对象是指符合我市救助条件的困难职工和城乡居民，共分为五类：

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（以下简称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：（1）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；（2）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；（3）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。

2. 认定责任：由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，并根据医保部门提供的数据做好因病致贫重病患者的认定工作。由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。由退役军人事务部门负责认定重点优抚对象。由卫生健康部门负责认定计划生育特殊家庭成员。由残联负责认定重度残疾人。

（二）推行资助参保政策

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，属地政府应做好参保动员工作，提高其参保积极性；不按规定缴费参保的，视为放弃当年医疗保险和救助待遇。

（三）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。对第一类和第三类人员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，即该类人群大病保险起付线为 6500 元，支付标准为 6500 ~ 100000 元按 65% 报销，100000 ~ 150000 元按 70% 报销，150000 元以上部分按 75% 报销，不设年度封顶线，切实提高大病保险保障能力。

（四）加强医疗救助保障

强化医疗救助托底保障功能，按照“先保险后救助”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。

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。设置年度救助限额，原则上按不低于我市上年度居民人均可支配收入核定，由市医保局根据市统计局公布的数据进行动态调整。超过年度救助限额后，医疗救助基金不再支付。

（五）实行倾斜救助政策

对规范转诊且在省域内就医的救助对象，经三重保障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，每年度根据我市救助资金结余情况，依申请实行倾斜救助，具体办法和标准由医保会同财政、民政等部门研究制定，避免过度保障。

（六）规范服务管理

1. 落实救助对象全员参保。税务、医保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，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，确保足额缴纳、人费对应和实现应保尽保。

2. 畅通救助获得渠道。（1）强化医疗救助保障。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。（2）支持发展慈善救助。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，定期开展慈善表彰，落实相应税收优惠、费用减免等政策。（3）鼓励发展医疗互助和商业健康保险。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。

3. 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。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，执行我市救助标准。

4. 加快一体化经办。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。

5. 建立信息共享机制。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。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。市级各医疗救助部门每月 15 日前将医疗救助对象人员名单提供给市医保局，由市医保局负责数据比对，并将比对结果下发给各县（市、区）医保局。各县（市、区）医保局负责与辖区内医疗救助对象认定责任部门对接，相应责任部门应根据比对结果及时修正医疗救助系统内人员信息，信息修正结果每月 25 日前由各单位报送市级对应部门，确保医疗救助对象信息准确无误，实现应保尽保、应享尽享。

（七）加强资金管理

1. 建立城乡医疗救助筹资机制。将我市脱贫攻坚期医保扶贫政策融入医疗救助制度。由市医保局会同市财政局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筹资标准，所需资金按现行财政体制分级承担。

2. 建立基金预算管理机制。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。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。

3. 建立预警监测长效机制。医保部门要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、乡村振兴等医疗救助相应部门。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，应将其及时纳入医疗救助范围。

三、组织保障

（一）强化组织领导。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（市、区）和市直相关部门要切实加强组织领导，落实主体责任，细化政策措施。实行政策风险评估，建立重大事件应急处置机制，确保政策落地、待遇落实、群众得实惠。强化监督检查，加强医疗救助政策、资金、对象等信息公开，加大对违规医疗行为的核查力度，严格控制医疗费用不合理增长。

（二）强化协调联动。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救助制度改革和管理工作，加强信息动态管理，确保医疗保障政策落实到位。各救助对象认定职能部门做好对象认定、信息共享和相应救助对象录入医疗救助系统工作，及时跟踪政策落实和待遇享受情况。卫生健康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，开展家庭医生签约服务工作。民政部门负责慈善救助工作。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。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。

（三）强化队伍建设。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。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。建立覆盖市、县、乡、村医疗保障服务网络。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、业务能力强的医保基层经办队伍。

（四）强化政策宣传。各县（市、区）和市直相关部门要加大政策宣传力度，因地制宜制作通俗易懂的宣传材料，提高群众特别是医疗救助对象对相关政策的知晓率，确保医疗救助对象及时享受各类医保政策。

四、其它事项

（一）本实施方案由市医保局负责解释。

（二）本实施方案从2023年1月1日起施行，有效期三年。原《龙岩市人民政府办公室关于印发完善龙岩市城乡医疗救助体系实施办法的通知》（龙政办〔2018〕4号）同时废止。其它城乡医疗救助相关政策与本实施方案不一致的，以本实施方案为准。

（三）本实施方案施行后，如遇国家、省有关政策调整，以国家、省最新规定为准。

抄送：市委办、人大办、政协办。

龙岩市人民政府办公室

2022年12月30日印发

