

泉州市人民政府办公室文件

泉政办〔2018〕1号

泉州市人民政府办公室转发市医保局等部门关于完善城乡居民医疗救助体系实施意见的通知

各县（市、区）人民政府，泉州开发区、泉州台商投资区管委会，市人民政府各部门、各直属机构，各大企业、各高等院校：
市医保局、财政局、医改办、民政局、卫计委、农业局、残联等部门联合制定的《关于完善城乡居民医疗救助体系的实施意见》已经市政府同意，现转发给你们，请认真贯彻执行。

泉州市人民政府办公室
2018年1月12日

（此件主动公开）

关于完善城乡居民医疗救助体系的实施意见

市医保局 市财政局 市医改办
市民政局 市卫计委 市农业局 市残联
(2018年1月)

为解决城乡困难群众的医疗保障问题，根据国务院办公厅《转发民政部等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作意见的通知》(国办发〔2015〕30号)和福建省人民政府办公厅《转发省医改办等部门关于完善城乡居民医疗救助体系实施意见的通知》(闽政办〔2016〕10号)，现就完善我市城乡居民医疗救助体系，全面开展重特大疾病医疗救助工作，提出以下实施意见：

一、总体要求

认真贯彻落实党的十九大精神，进一步完善我市多层次城乡居民医疗救助体系，建立管理科学、标准合理、程序简便、操作规范的城乡居民医疗救助制度，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，切实解决城乡困难群众因病致贫、因病返贫问题，努力实现困难群众“病有所医”的目标。

二、功能定位

在基本医保、大病保险的基础上，城乡居民医疗救助资金用于救助困难群众，保障困难群众基本医疗权益。

三、救助对象

我市医疗救助对象为具有本市户籍、符合救助条件的城乡居民。分为四类：

第一类：特困人员（农村五保供养对象；城市“三无”人员，即：无劳动能力、无生活来源又无法定赡养、抚养、扶养义务人，或者赡养、抚养、扶养义务人无赡养、抚养、扶养能力的人员）；

第二类：低保对象、孤儿、国定省定建档立卡贫困户、重点优抚对象（含革命“五老”人员）、计划生育特殊家庭成员、重度残疾人（指持有第二代中华人民共和国残疾人证，参与社会生活和自理困难的肢体、智力、精神、视力、语言、听力及多重残疾，残疾等级为一、二级的人员）；

第三类：低收入家庭中，年满 60 周岁的老年人、未满 18 周岁的未成年人和重病患者；

第四类：因病致贫家庭的重病患者。

低收入家庭是指家庭月人均收入、家庭财产符合相关规定，经民政部门认定且未享受城乡低保、特困人员救助供养等待遇的家庭。因病致贫家庭是指发生高额医疗费用、超过家庭承受能力、基本生活出现严重困难的家庭。

四、救助范围

（一）资助符合条件的救助对象参加城乡居民基本医保。

（二）对救助对象经基本医保、大病保险、各类补充医疗保险、商业保险等报销后的合规医疗费用给予补助。合规医疗

费用包括基本医保支付范围内的费用和列入按病种收费管理的费用。

(三) 下列情形发生的医疗费用不属于医疗救助范围：

1. 工伤和生育发生的医疗费用；
2. 应当由第三人负担的；
3. 应当由公共卫生服务经费负担的；
4. 未按规定办理相关手续，在非基本定点医疗机构就医的（符合规定的急诊除外）；
5. 在境外（含港澳台地区）就医的；
6. 其他依法、依规不应予以支付的医疗费用。

五、救助方式及标准

以资助救助对象参加城乡居民基本医保、普通门诊救助、特殊门诊救助、住院救助、一次性定额救助、重特大疾病救助等方式开展，努力构建多层次的救助模式。

(一) 资助参加城乡居民基本医保

根据省人力资源和社会保障厅、省财政厅、省医疗保障管理委员会办公室、省扶贫开发领导小组办公室《关于做好社会保险扶贫工作的实施意见》（闽人社文〔2017〕350号），对特困人员、低保对象、国定省定建档立卡贫困户参加城乡居民基本医保个人缴费部分由医疗救助基金给予全额资助。对第二类救助对象中的其他救助对象参加城乡居民基本医保个人缴费部分，根据泉州市人民政府《关于印发泉州市城乡医保政策一体化暂行规定的通知》（泉政文〔2017〕86号），由户籍所在地

县级政府全额补助。

（二）门诊救助

1.普通门诊救助。对第一类救助对象及第二类救助对象中的孤儿、省定扶贫标准下的低保对象和国定省定建档立卡贫困户在定点基层医疗机构、纳入定点的村卫生所（社区卫生服务站）发生的普通门诊费用，经基本医保报销后个人负担的合规医疗费用，按 100% 给予救助，每人每年最高救助金额为 200 元。对第二类救助对象中的重点优抚对象（含革命“五老”人员）按照福建省人民政府《批转省民政厅等部门关于福建省重点优抚对象和革命“五老”人员医疗补助办法的通知》（闽政〔2005〕24 号）执行。

2.特殊门诊救助。对第一、二类救助对象发生的门诊特殊病种费用，经基本医保、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后个人负担的合规医疗费用，给予一定比例的救助。其中，第一类救助对象按 100% 给予救助，第二类救助对象按 70% 给予救助。每人每年最高救助金额为 21000 元。

（三）住院救助

对第一、二类救助对象发生的住院费用，经基本医保、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后个人负担的合规医疗费用，给予一定比例的救助。其中，第一类救助对象按 100% 给予救助，第二类救助对象按 70% 给予救助。每人每年最高救助金额为 30000 元。

（四）一次性定额救助

第三类救助对象发生的门诊特殊病种费用和住院费用，根据当年城乡居民医疗救助基金结余情况，经基本医保、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后，个人自付仍有困难的，可申请一次性定额救助。其中，对低收入家庭中年满 60 周岁的老年人和未满 18 周岁的未成年人个人负担的合规医疗费用，按 30% 给予救助；对低收入家庭中的重病患者个人负担合规医疗费用 15000 元以上的纳入救助范围，按 30% 给予救助。每人每年最高救助金额为 20000 元。

（五）重特大疾病救助

患重特大疾病的救助对象，在年度内享受基本医保、大病保险及各类补充医疗保险、商业保险等报销和上述医疗救助及其他社会救助后，剩余个人负担的医疗费用先由个人支付，对发生高额医疗费用、超过家庭承受能力、基本生活出现严重困难的，可申请重特大疾病救助。患重特大疾病的救助对象发生的门诊特殊病种费用和住院费用，个人负担合规医疗费用 20000 元以上的纳入救助范围，并实施分段救助，即：个人负担的合规医疗费用在 20000 ~ 50000 元（含 50000 元）的，按 10% 给予救助；个人负担的合规医疗费用 50000 元以上部分，按 20% 给予救助。每人每年最高救助金额为 20000 元。

上述一次性定额救助、重特大疾病救助的医疗费用计算时限为每年 1 月 1 日至 12 月 31 日（以门诊结算和出院结算时间为准）。

有条件的县（市、区）可增加财政投入，购买困难群众重

大疾病商业保险医疗救助、贫困群体精准扶贫特困补助和失独家庭精准帮扶等保障服务。

六、救助服务

（一）加强政策衔接

各级、各有关部门和单位要做好医疗救助与基本医保、大病保险、疾病应急救助、商业保险等的政策衔接，进一步提升城乡居民医疗救助管理和服务水平，规范资金管理，提高资金效益，确保资金安全。

（二）完善结算系统

医保、卫计等部门要加强协作配合，进一步完善“一站式”即时结算服务系统，做到医疗救助与基本医保、大病保险、疾病应急救助、商业保险等信息管理平台互联互通，实现“一站式”信息交换和即时结算，为救助对象提供方便快捷的救助服务。

（三）规范服务流程

1.资助参加城乡居民基本医保流程。由市医保经办机构将符合救助条件的救助人数、参保资助标准及资金总量提供给市财政部门。市财政部门审核后，从市社会保障基金财政专户（以下简称社保基金专户）中的“城乡居民医疗救助基金专账”中将个人缴费核拨至“城乡居民基本医疗保险专账”中。

2.普通门诊救助流程。实施“一站式”即时结算服务。即：第一类救助对象和第二类救助对象中的孤儿、省定扶贫标准下的低保对象、国定省定建档立卡贫困户持社会保障卡到定点基层医疗机构、纳入定点的村卫生所（社区卫生服务站）就诊，

应由医疗救助基金支付的，由定点医疗机构即时结算，定点医疗机构再与所属医保经办机构结算，救助对象只需支付个人自付部分。

3.特殊门诊和住院救助流程。实施“一站式”即时结算服务。即：第一、二类救助对象持社会保障卡到定点医疗机构就诊，应由医疗救助基金支付的，由定点医疗机构即时结算，定点医疗机构再与所属医保经办机构结算，救助对象只需支付个人自付部分。

4.一次性定额救助流程。第三类救助对象应持当年度患病住院治疗的医疗费用收据(发票) 医疗费用清单、医保结算单、社会保障卡、身份证、本人(或监护人) 银行账号等，向所属医保经办机构提出申请，如实填写《泉州市困难群众医疗救助申请表》，并签署《泉州市居民家庭经济状况核对授权书》。所属医保经办机构受理申请后，将《泉州市困难群众医疗救助申请表》转至申请人户籍(居住) 所在地的乡镇(街道)，由乡镇(街道) 在 15 个工作日内完成入户调查、公示、签署审核意见后，报送所属医保经办机构；同时将申请对象名单及其《泉州市居民家庭经济状况核对授权书》转至县级民政部门，县级民政部门在 2 个月内将核对结果送至所属医保经办机构。所属医保经办机构收到乡镇(街道) 签署审核意见的《泉州市困难群众医疗救助申请表》和民政部门核对结果后，在 7 个工作日内按照有关规定予以审核后发放救助金。

一次性定额救助在次年第一季度集中受理。未在次年第一

季度前提交相关救助材料至所属医保经办机构申请的，原则上不再给予救助。

5.重特大疾病救助流程。

（1）第一、二类救助对象的重特大疾病救助，实施“一站式”即时结算服务。即：第一、二类救助对象持社会保障卡到定点医疗机构就诊，应由医疗救助基金支付的，由定点医疗机构即时结算，定点医疗机构再与所属医保经办机构结算，救助对象只需支付个人自付部分。

（2）第一、二类救助对象以外的其他救助对象（含因病致贫家庭的重病患者）申请重特大疾病救助，应持当年度患病住院治疗的医疗费用收据（发票）、医疗费用清单、医保结算单、社会保障卡、身份证、本人（或监护人）银行账号等，向所属医保经办机构提出申请，如实填写《泉州市困难群众医疗救助申请表》，并签署《泉州市居民家庭经济状况核对授权书》。所属医保经办机构受理申请后，将《泉州市困难群众医疗救助申请表》转至申请人户籍（居住）所在地的乡镇（街道），由乡镇（街道）在15个工作日内完成入户调查、公示、签署审核意见后，报送所属医保经办机构；同时将申请对象名单及其《泉州市居民家庭经济状况核对授权书》转到县级民政部门，县级民政部门在2个月内将核对结果送至所属医保经办机构。所属医保经办机构收到乡镇（街道）签署审核意见的《泉州市困难群众医疗救助申请表》和民政部门核对结果后，在7个工作日内按照有关规定予以审核后发放救助金。

重特大疾病救助在次年第一季度集中受理。未在次年第一季度前提交相关救助材料至所属医保经办机构申请的，原则上不再给予救助。

6.未得到“一站式”即时结算服务的第一、二类救助对象的救助流程。持当年度患病住院治疗的医疗费用收据（发票）、医疗费用清单、医保结算单或报销单、社会保障卡、身份证、本人（或监护人）银行账号、相关的证件（如特困人员救助供养证、低保证、孤儿证、扶贫手册、优抚证、五老证、二代残疾证、计生特殊家庭认定证明）等材料，向所属医保经办机构提出申请，填写《泉州市困难群众医疗救助申请表》。救助对象提交申请材料齐全的，所属医保经办机构在7个工作日内按照有关规定予以审核后发放救助金。

对于当年度未能在“一站式”救助结算的医疗费用，未在次年第一季度前提交相关救助材料至所属医保经办机构申请的，原则上不再给予救助。

除“一站式”即时结算服务外，其他医疗救助资金采取社会化形式发放给医疗救助对象。

七、救助基金筹集与管理

（一）医疗救助基金主要来源

- 1.公共财政预算安排的资金；
- 2.彩票公益金安排的资金；
- 3.上级财政补助资金；
- 4.社会各界捐赠用于医疗救助的资金；

- 5.医疗救助基金形成的利息收入；
- 6.按规定可用于医疗救助的其他资金。

（二）医疗救助基金筹资标准

医疗救助基金按每人每年 400 元标准筹集。市级财政结合省级财政的补助情况，对县级的具体补助标准分为三档。第一档：鲤城区、丰泽区、洛江区、泉港区，补助标准为每人每年 30 元；第二档：南安市、惠安县、安溪县、永春县、德化县、泉州台商投资区，补助标准为每人每年 15 元；第三档：石狮市、晋江市，补助标准为每人每年 7.5 元。剩余部分由县级财政承担。

各级财政部门每年根据各县（市、区）上年度 12 月底各类医疗救助对象人数、当年度医疗救助人均财政筹资标准等因素筹集医疗救助基金。

（三）医疗救助基金归集

1.实行市级统筹。市、县财政部门应根据上年度 12 月底各类医疗救助对象人数，确保配套资金足额到位，县级财政配套补助资金由市级财政先行垫付，通过上下级资金结算方式上解市级财政。

2.财政专户管理。医疗救助基金纳入市社保基金专户，实行分账核算，专项管理，专款专用。市财政部门建立“城乡居民医疗救助基金专账”，用于办理基金的筹集、核拨、支付等业务。县级财政部门不再保留医疗救助基金财政专户。

3.及时归集到位。市医保、财政部门每年 2 月 15 日前汇总所辖各县（市、区）截至上年度 12 月底的各类医疗救助对象人

数，分别上报省医保办、省财政厅，以便结算上级补助资金。市财政部门在收到省级财政补助资金后，应在30日内将补助资金拨付至市社保基金专户。市财政部门应及时将本级和县级财政配套补助资金足额划入市社保基金专户，原则上应在当年度9月30日前拨付到位。

（四）医疗救助基金拨付

1.设立支出户。市级医保经办机构和各县（市、区）医保经办机构设立医疗救助基金支出户（以下简称支出户），主要用于接收财政专户拨入的基金，支付基金支出款项。支出户的利息收入应按季缴入社保基金专户，并纳入医疗救助基金管理。

支出户除向定点医疗机构结算垫付医疗费用、向救助对象支付救助资金外，不得发生其他支出业务。支出户原则上通过转账方式支付。

2.申请与拨付。市医保经办机构每年分两次向市财政部门申请医疗救助基金，年初提出不低于当年度医疗救助基金总额50%的预拨款申请，其余部分下半年申请。

市财政部门将医疗救助基金由社保基金专户预拨到市医保经办机构的支出户，由市医保经办机构根据各县（市、区）医疗救助开展情况及资金的支付进度划拨至各县（市、区）医保经办机构的支出户，再由各县（市、区）医保经办机构支付给定点医疗机构或救助对象。

医保经办机构可以根据医疗救助开展的实际情况，向财政部门提出申请，向定点医疗机构提供一定额度的预付资金，方

便救助对象看病就医，实现“先诊疗，后付费”。

3.建立对账制度。各级财政部门、医保经办机构应按照规定认真做好对账工作，每年不少于两次；年度末，医保经办机构应按要求向同级财政部门报送医疗救助基金年度执行情况及相关说明。

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。对不按规定用药、诊疗以及不按规定提供医疗服务所发生的医疗费，医疗救助基金不予结算。

4.实施绩效评价。各级财政、医保部门应建立健全医疗救助基金使用、管理绩效评价制度，制定绩效目标和相应的指标体系，并在基金运行期间按照绩效目标对基金使用情况开展跟踪监督、绩效评价。

任何单位和个人不得截留、挤占、挪用医疗救助基金，不得向救助对象收取任何管理费用。医疗救助基金年终如有结余，可按预算法规定结转下一年度继续使用。基金累计结余一般应不超过当年筹集基金总额的 15%。

八、组织实施

（一）加强统筹协调

按照“政府主导、医保主管、部门配合、社会参与”的医疗救助工作机制，建立泉州市城乡居民医疗救助联席会议制度，市医保局为召集单位，市财政局、医改办、民政局、卫计委、农业局（扶贫办）、审计局、残联等部门为成员单位，并可根据

工作需要，增补相关部门为成员单位。联席会议办公室设在市医保局，承担联席会议日常工作。

（二）明确职责分工

1.医保部门主管医疗救助工作，医保经办机构负责编制做好年度医疗救助资金预决算和医疗救助的具体经办实施工作，做好救助对象医疗救助费用“一站式”即时结算服务。

2.财政部门负责医疗救助资金的筹集，年度医疗救助资金预算审核、拨付，并提供工作经费保障。

3.民政部门负责特困人员、低保对象、孤儿、重点优抚对象（含革命“五老”人员）、低收入家庭的认定，协助做好重特大疾病救助申请对象家庭经济状况核对工作，并将名单和家庭经济状况核对结果及时提供给医保部门。

4.卫计部门负责加强对医疗机构的监管，规范医疗服务行为，督促落实医疗保障优惠政策，并将计划生育特殊家庭成员名单及时提供给医保部门。

5.农业（扶贫）部门负责建档立卡贫困人口的认定，并将名单及时提供给医保部门。

6.残联负责重度残疾人的认定，并将重度残疾人名单及时提供给医保部门。

7.审计部门负责依法对医疗保障基金进行审计监督。

8.其他有关单位、组织和个人应如实提供所需资料，配合做好医疗救助工作的调查核实。

（三）密切协作配合

各级医保、财政、民政、卫计、农业（扶贫）、残联、审计等部门要落实管理责任，协同配合，加强救助对象审核，规范资金管理，提高资金效益，增强救助可及性，更好地发挥医疗救助急难作用。对于医疗救助政策难以解决的个案问题，要充分利用社会救助协调工作机制，专题研究解决措施，避免冲击社会道德和心理底线的事件发生。

（四）严格监督检查

医保、财政、审计等部门要加强对医疗救助基金使用情况的监督检查。卫计、医保部门指导、监督定点医疗机构完善各项诊疗规范和管理制度，严格执行医保三目录，合理检查、合理用药，保证服务质量，切实为医疗救助对象减轻医疗费用负担；同时，建立健全医疗救助工作的民主监督机制，接受群众的社会监督、做好政策公开、资金公开、保障对象公开。对采取隐瞒、欺诈等手段骗取医疗救助基金的，要依法依规责令其退还；对构成犯罪的，由司法机关依法追究其刑事责任。对截留、挤占、挪用、贪污等违法违纪行为，要依照有关法律法规严肃处理。

九、其他事项

（一）本实施意见的救助对象范围、救助方式、救助标准和资金筹集标准，由市医保局根据上级有关文件商市财政局后适时进行调整。

（二）本实施意见由市医保局负责解释。

（三）本实施意见从2018年3月1日起实施，之前医疗救助相关政策与本实施意见不一致的，以本实施意见为准。

抄送：省医改办、医保办、财政厅、民政厅、农业厅、卫计委、残联。
市委办公室、市委各部门，省部属驻泉各单位，泉州军分区，
各人民团体。
市人大常委会办公室，市政协办公室，市中级人民法院，市人
民检察院。
各民主党派泉州市委会，市工商联。

