厦门市医疗救助办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善医疗救助制度，切实减轻困难群众和大病患者医疗费用负担，建立健全防范化解因病致贫返贫长效机制，根据国家、省有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 医疗救助遵循下列基本原则：

（一）属地管理、分级负责；

（二）公平适度、托住底线、高效便捷；

（三）救助水平与经济社会发展水平相适应。

第三条 市医疗保障行政部门负责本办法的组织实施，统筹推进基本医疗保险、大病保险及医疗救助。医疗保障经办机构负责医疗救助的经办服务及管理。

民政、卫生健康、乡村振兴、残联、退役军人事务等部门依据各自职责，负责相关医疗救助对象认定及信息共享，协同做好医疗救助工作。

民政部门负责临时救助及慈善救助工作。

财政部门负责医疗救助资金保障及医疗救助资金监管。

卫生健康部门负责医疗机构行业监管，规范医疗服务行为。

税务部门负责基本医疗保险费征缴和资助参保工作，提供多元化、便利化参保缴费服务。

乡村振兴部门负责农村易返贫致贫人口监测。

总工会负责职工医疗互助和罹患大病困难职工帮扶。

审计部门负责医疗救助资金审计监督。

银保监部门负责商业健康保险的规范及监管。

街道办事处、镇人民政府〔以下简称街道（镇）〕负责医疗救助的申请受理和调查审核。

居（村）民委员会协助街道（镇）做好医疗救助对象的主动发现、协助申请、调查核实、公示等工作。

第四条 鼓励和引导商业健康保险、医疗互助以及慈善救助等社会力量参与医疗救助保障。

第二章 医疗救助对象

第五条 本办法所称的医疗救助对象，是指符合救助条件的困难职工和城乡居民，具体包括：

第一类：特困供养人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）；

第二类：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致贫返贫人员、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：不符合上述四类医疗救助对象条件，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”）。

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

第六条 因病致贫重病患者认定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本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，家庭人均收入低于本市最低生活保障边缘家庭标准；

（三）家庭财产符合本市最低生活保障边缘家庭条件。

第七条 第一类医疗救助对象特困供养人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）由民政部门认定。

第二类医疗救助对象中的重点优抚对象由退役军人事务部门认定；革命“五老”人员由民政部门认定；计划生育特殊家庭成员由卫生健康部门认定；重度残疾人由残联认定。

第三类医疗救助对象中的最低生活保障对象由民政部门认定；农村易致贫返贫人员、脱贫（享受政策）人员由乡村振兴部门认定。

第四类医疗救助对象中的最低生活保障边缘家庭成员由民政部门认定。

第五类医疗救助对象中的因病致贫重病患者由民政部门会同医疗保障经办机构认定。

第八条 医疗保障经办机构全面开展参保人员高额医疗费用支出预警监测，重点监测经基本医疗保险、大病保险等支付后个人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，反馈至医疗保障经办机构纳入医疗救助范围。

第九条 参保人员高额医疗费用支出预警监测标准按照国家、省有关规定执行。

第十条 民政、卫生健康、乡村振兴、残联、退役军人事务等医疗救助对象认定责任部门，应建立相应的人员信息库，并负责医疗救助对象信息比对校验、动态维护、及时更新及数据共享，每月15日前各部门应当将认定核准的医疗救助对象名单发送至医疗保障经办机构。

医疗保障经办机构负责建立和管理困难群众参保台账，动态标识医保信息系统身份后传送至税务部门，及时纳入资助参保范围。

第三章 医疗救助方式及标准

第十一条 实行城乡居民基本医疗保险参保财政补助政策，对个人缴费确有困难的群众按规定给予分类资助。其中，对第一、二类医疗救助对象给予全额资助；对第三类医疗救助对象按照90%比例给予定额资助。

第十二条 对符合条件的新增医疗救助对象应及时认定并资助参保，相关待遇从认定之日的次月起执行；认定前个人当年已参保的，不再资助参保。

第十三条 对享受资助的医疗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，视为放弃当年参保和享受基本医疗保险、大病保险及医疗救助待遇。

第十四条 实行门诊和住院救助。医疗救助对象在定点医疗机构门诊和住院、在定点零售药店购买“双通道”药品，发生符合基本医疗保险规定的医疗费用，扣除基本医疗保险、大病保险等已支付的金额，对个人自付医疗费用给予一定比例救助。

第十五条 医疗救助对象发生以下政策范围内医疗费用，纳入个人自付医疗费用及医疗救助待遇计算范围：

（一）基本医疗保险门诊、住院起付标准以下的医疗费用；

（二）基本医疗保险起付标准以上、统筹基金最高支付限额以下由个人按比例负担的医疗费用；

（三）基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上的医疗费用；

（四）医保目录乙类范围的药品、医用耗材、医疗服务项目按比例先由个人支付部分，以及药品和医用耗材医保支付标准以上最高销售限价以下部分的医疗费用。

第十六条 医疗救助对象发生以下医疗费用，不纳入个人自付医疗费用及医疗救助待遇计算范围：

（一）在非定点医药机构发生的（急诊和抢救除外）；

（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）国家、省规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

第十七条 医疗救助标准如下：

（一）起付标准

1.第一、二、三类医疗救助对象不设救助起付标准；

2.第四类医疗救助对象按6000元确定；

3.第五类医疗救助对象按16000元确定。

（二）救助限额

门诊和住院救助共用年度救助限额，除第一类医疗救助对象不设年度救助限额以外，第二、三、四、五类医疗救助对象的年度救助限额为13万元，超过年度救助限额后医疗救助基金不再支付。

（三）救助比例

在年度救助限额内，统一门诊和住院救助比例：

1.第一类医疗救助对象救助比例100％；

2.第二类医疗救助对象救助比例95％；

3.第三类医疗救助对象救助比例95％；

4.第四类医疗救助对象救助比例85％；

5.第五类医疗救助对象救助比例50％。

第十八条 对经基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重制度综合保障后政策范围内的医疗费用个人负担仍然较重，导致基本生活严重困难的医疗救助对象，每年度根据医疗救助资金结余情况，实行依申请一次性倾斜救助。

第十九条 根据国家、省的有关规定和本市经济社会发展水平以及医疗救助资金的运行情况，市医疗保障行政部门可会同市财政、民政部门对本办法中的医疗救助保障、就医结算、监管和服务等提出调整方案，经市人民政府同意后实施。

第四章 医疗救助服务

第二十条 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。

第二十一条 定点医疗机构应完善并落实各项诊疗规范和管理制度，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，合理诊疗、合理检查、合理用药、合理收费，合理控制医疗费用及个人自费比例，减轻患者就医负担，提升医疗服务质量。定点医疗机构不得要求医疗救助对象支付按规定应予减免的费用。

定点医疗机构应提供长期处方服务，推进检查检验结果互认，不断改善群众医疗服务体验。

第二十二条 第一、二、三、四类医疗救助对象不需申请，持本人医疗保障凭证到定点医疗机构就诊，定点医疗机构按照医疗救助有关规定，为医疗救助对象提供医疗费用“一站式”即时结算服务，应由医疗救助对象个人支付的医疗费用，由个人支付给定点医疗机构；应由医疗救助资金支付的医疗费用，由医疗保障经办机构与定点医疗机构按规定结算。

第二十三条 第五类医疗救助对象实行依申请一次性救助制度，医疗保障经办机构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程序按照国家、省有关规定执行。

第二十四条 第一、二、三类医疗救助对象在本市定点医疗机构住院期间，实行“先诊疗后付费”，免除住院押金；其他医疗救助对象在本市定点医疗机构住院期间，适当减免住院押金。

第二十五条 建立临时救助与医疗救助衔接机制，民政部门负责临时救助工作。

（一）非本市基本医疗保险参保人员，经认定为本市医疗救助对象的，按规定执行本市医疗救助标准；

（二）其他因医疗费用负担符合临时救助条件，经民政部门认定为临时救助对象的，按规定执行本市临时救助标准。

救助对象按临时救助程序向户籍（居住）地街道（镇）申请救助，民政部门按临时救助程序审批发放救助费用。

第二十六条 医疗保障经办机构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。相关部门应建立救助服务事项清单，优化救助经办管理服务规程，协同做好医疗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。

第二十七条 卫生健康部门应加强对定点医疗机构监督管理，规范医疗服务行为，指导督促定点医疗机构优先配备使用医保目录药品及适宜诊疗技术，促进合理诊疗、因病施治，控制医疗费用不合理增长，减轻困难群众医疗费用负担，提高救助资金使用效率。

第五章 资金筹集

第二十八条 医疗救助资金按规定由市、区财政承担，并根据经济社会发展水平、财政承受能力、医疗保障水平等及时足额保障医疗救助资金。医疗救助资金来源包括财政预算资金、彩票公益金、社会捐赠资金、救助资金利息收入等。医疗救助资金由市财政部门统一筹集、统一拨付给市医疗保障经办机构，市、区财政部门的医疗救助资金通过财政体制结算。

第二十九条 医疗保障经办机构应根据本市医疗救助对象人数、救助资金筹资负担标准和上年度医疗救助资金支出情况，编制年度医疗救助资金预算，报市财政部门审核安排。

第三十条 医疗救助资金实行专户管理、专款专用，不得列支其他费用。医疗保障经办机构应建立医疗救助资金专账，救助资金各项收入和支出实行专账核算、专项管理。年度医疗救助资金预算不足的，应及时追加；年度医疗救助资金有结余的，应结转下年度使用。

第三十一条 医疗保障经办机构应根据年度救助资金预算和资金使用需求，定期向市财政部门报送医疗救助资金使用计划。财政部门应对市医疗保障经办机构报送的医疗救助资金使用计划及时审核并拨付；根据医疗救助对象享受政府资助参加城乡居民基本医疗保险的人数和标准，足额安排参加城乡居民基本医疗保险资金，并及时足额拨付至城乡居民基本医疗保险基金专户。

第六章 资金监督和管理

第三十二条 财政和医疗保障部门应加强医疗救助资金管理，做到资金收支基本平衡，略有结余。

第三十三条 医疗保障、财政、审计等部门应加强对医疗救助资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。

第三十四条 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。

第三十五条 违反本办法采取虚报、隐瞒、欺诈等手段骗取医疗救助资金的，由医疗保障部门按国家、省有关规定处理；涉嫌构成犯罪的，依法移送司法机关处理。

第七章 附 则

第三十六条 本办法由市医疗保障局会同相关部门负责解释。

第三十七条 本办法自2023年1月1日起实施，有效期5年。《厦门市人民政府关于印发厦门市医疗救助办法的通知》（厦府〔2018〕67号）同时废止。