

泉州市医疗保障局 文件 泉州市财政局

泉医保规〔2023〕2号

泉州市医疗保障局 泉州市财政局关于印发 泉州市重特大疾病医疗保险和救助对象 倾斜救助实施方案的通知

各县（市、区）医保分局、财政局，泉州开发区、泉州台商投资区财政局，市医保中心，市医保基金监测中心：

经市政府同意，现将《泉州市重特大疾病医疗保险和救助对象倾斜救助实施方案》印发给你们，请认真遵照执行。在执行中遇到的情况请及时与市医保局、市财政局联系。

泉州市医疗保障局

（此件主动公开）

泉州市财政局

2023年4月18日

泉州市重特大疾病医疗保险和救助对象 倾斜救助实施方案

根据《泉州市人民政府办公室关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》（泉政办规〔2022〕7号）精神，为做好我市重特大疾病医疗保险和救助对象倾斜救助工作，提高医疗救助资金使用绩效，结合我市实际，制定本实施方案。

一、基本原则

（一）坚持尽力而为、量力而行。倾斜救助必须在历年医疗救助资金有一定结余的情况下开展。

（二）坚持倾斜救助“一事一议”。对倾斜救助工作采取“一事一议”的方式，做到精准到人、有效救助。

（三）坚持各种保障制度紧密衔接。加强医疗救助制度与慈善救助、医疗互助和商业健康保险等相关医疗保障制度相互衔接，提高救助工作水平。

二、救助对象

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。

三、资金来源和分配

开展重特大疾病医疗保险和救助对象倾斜救助所需资金从医疗救助基金历年累计结余中安排。市医保、财政部门根据历年资金结余情况以及各县（市、区）医疗救助对象人数、医疗费用

负担等情况下达年度分配额度，用于各县（市、区）开展倾斜救助工作。当年度分配的额度年度内未用完的，予以收回。

四、救助方式和标准

救助对象原则上一年内只能申请一次倾斜救助。个人自负费用的计算时限为提交申请材料之日前 12 个月发生的医药费用。倾斜救助医药费用涉及的药品、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。倾斜救助标准采取“一事一议”的方式进行，实行分级管理，由市、县两级医保行政部门根据权限研究确定具体补助金额。原则上个人补助金额不超过其个人承担医药费用的 70%且年救助金额不高于 20000 元/人。

五、救助程序

由救助对象本人或其直系亲属帮助其提出申请，向属地县级医保行政部门提交相关申请材料，包括：书面申请表（详见附件）、申请人身份证明、病历资料、医药费用结算单和发票复印件等相关材料。申请表须经申请人所在的村（居）委会审核后提出意见并加盖公章。救助金额在 5000 元（含）以下的由县级医保行政部门研究后，由县级医保经办机构发放救助资金；救助金额在 5000 元以上的由县级医保行政部门提出审查意见并汇总上报市级医保行政部门同意后，由县级医保部门按规定发放救助资金；特殊情况也可以直接向市级医保行政部门提交申请，经研究同意后，由市级医保经办机构办理救助资金发放。

六、工作要求

（一）提高思想认识，落实工作责任。实施重特大疾病医疗保险和救助对象倾斜救助工作是一项救急救难的应急补充措施，是一项重要民生工作，对提高医疗救助资金补助效益，巩固拓展脱贫攻坚成果，临时性缓解保障对象医疗费用负担具有重要意义。各地医保、财政部门要充分认识此项工作的重要性，加强部门协同协作，按照职责分工抓好工作落实，切实将好事办好办实。

（二）坚持从严把握，规范救助范围。各级医保部门要严格按照救助对象、救助方式、救助标准和救助程序有效开展重特大疾病医疗保险和救助对象的倾斜救助工作，结合医疗费用支出和家庭经济情况合理研究确定救助额度，做到与基本医保、大病保险和医疗救助等相关制度政策紧密衔接，充分发挥好政策综合效应，有效遏制因病致贫返贫的发生。

（三）加强资金监管，落实公示制度。各级医保部门要严格资金使用管理，明确受理、审核、发放各环节工作责任，在一定范围内公开救助工作情况和救助金额。市医保、财政部门要加强对资金使用情况进行监督检查，规范医疗救助资金规范运行，确保政策落地、待遇落实、管理落细。

本通知自公布之日起实施，有效期至2028年4月17日。国家、省如有出台新的政策，从其规定。

附件：泉州市重特大疾病医疗保险和救助对象倾斜救助申请表

附件

泉州市重特大疾病医疗保险和救助对象倾斜救助申请表

申请人姓名		性别		出生日期	
身份证号码				户籍/居住住址	
医疗救助身份类别				申请人/委托人 联系电话	
银行卡卡号				开户银行	
申请原因	_____年_____月_____日到_____年_____月_____日，本人因确诊_____ 发生医药费用_____元，其中医保报销_____元，商业保险理赔_____ 元，其它渠道救助_____元，个人承担费用_____元，造成家庭负担较重，现申请医疗倾斜救助_____ 元，恳请予以支持为盼！ 本人承诺以上所填内容属实，如有不实之处，愿承担相应法律责任。 签名：_____ _____年_____月_____日				
村（居） 委会意见	经核实，申请人_____属于_____（救助对象），家庭年收入_____ 元，年人均收入_____元，家庭年支出_____元。 _____年_____月_____日至_____年_____月_____日个人承担 的医药费用_____元，超出其家庭经济承受能力，导致基本生活困难，同意呈报。 经办人：_____ 单位：（盖章）_____ 联系电话：_____ _____年_____月_____日				
医保行政 部门意见	经核实，_____属于_____救助对象，_____年_____月_____ 日至_____年_____月_____日）医药费用_____元，医保报销_____ 元，个人负担的合规医疗费用_____元，同意予以倾斜救助_____元。 经办人：_____ 单位：（盖章）_____ 联系电话：_____ _____年_____月_____日				
备注					

备注：1. 附申请人身份证明、病历资料、医疗费用结算单和发票复印件等相关材料。
2. 本表一式两份，医保行政部门、医保经办机构各存一份。

抄送：省医保局、省财政厅。

泉州市医疗保障局办公室

2023 年 4 月 18 日印发