

伊犁哈萨克自治州塔城地区行署办公室

文 件

塔行办发〔2023〕17号

印发塔城地区关于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）人民政府，地区各委、办、局，各自治区级工业园区、塔城市边境经济合作区管委会：

《塔城地区关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施方案》已经行署同意，现印发你们，请认真贯彻实施。



塔城地区关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施方案

为健全重特大疾病医疗保险和救助制度，切实减轻困难群众和大病患者医疗费用负担，根据自治区人民政府办公厅《关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》（新政办发〔2022〕40号）精神，结合地区实际，制定如下实施方案。

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，全面贯彻党的二十大精神，贯彻落实第三次中央新疆座谈会精神、特别是习近平总书记重要讲话精神，完整准确贯彻新时代党的治疆方略，牢牢扭住社会稳定和长治久安总目标，按照自治区党委安排部署和地委工作要求，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，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长效机制，强化基本医疗、大病保险、医疗救助（以下统称三重制度）综合保障，构建政府主导、多方参与的多层次医疗保障体系。

二、明确医疗救助对象范围

（一）救助对象分类。医疗救助制度公平覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民，根据医疗救助对象类别实施分类救助。医疗救助对象具体是指具有地区户籍或参加地区基本医疗保险的以下四类人员：

1.第一类救助对象为城乡特困救助供养对象（以下统称特困人员），孤儿（含事实无人抚养儿童）参照特困人员管理；

2.第二类救助对象为城乡最低生活保障家庭成员（以下统称低保对象）；

3.第三类救助对象为城乡困难低保边缘家庭成员（以下统称低保边缘对象），以及纳入监测范围的农村易返贫致贫人口（包括脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户，以下统称农村易返贫致贫人口）；

4.第四类救助对象为上述三类人员以外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（以下称因病致贫重病患者）。

县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员，按上述救助对象类别给予相应救助。具有多重身份的救助对象，按照“待遇就高”原则实行救助。

三、实施综合保障政策

（二）实现困难群众应保尽保。持续推进全民参保计划，用人单位及其职工和城乡居民依法依规参加基本医疗保险，实现困难群众应保尽保。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城乡居民给予分类资助，资助经费从医疗救助资金支出。第一类救助对象给予全额资助，第二类救助对象给予定额资助，第三类救助对象中农村易返贫致贫人口过渡期内可根据实际，享受一定期限的定额资助政策。定额资助标准统一

执行自治区规定。异地参保资助救助对象，乡镇（街道）统一将救助对象异地参保缴费凭证、参保人银行卡复印件、汇总表（签字盖章）上报县（市）医疗保障局，由县（市）医疗保障局认真审核后，将资助参保金额拨付给参保人。

地区将根据人口流动和参保需求变化，灵活调整救助对象参保缴费方式，确保其及时参保、应保尽保。

（三）促进三重制度互补衔接。按照“先保险后救助”的原则，强化基本医保、大病保险、医疗救助综合保障，坚持基本医保主体保障功能，对所有参保人员实施公平普惠保障；增强大病保险减负功能和补充保障作用，进一步完善职工大病保险政策，巩固城乡居民大病保险保障水平，继续落实第一类、第二类救助对象起付线降低 50%、支付比例提高 5 个百分点、取消封顶线的倾斜保障政策；强化医疗救助托底保障功能，聚焦减轻困难群众重特大疾病医疗费用负担，及时将基本医保、大病保险等支付后个人医疗费用负担仍然较重的困难群众按规定纳入医疗救助范围。同时，促进三重制度综合保障与慈善救助、商业健康保险等协同发展、有效衔接，构建政府主导、多方参与的多层次医疗保障体系。

四、强化医疗救助托底保障功能

（四）救助支付范围

1. 医疗救助的支付范围包括：医疗救助用于保障困难群众政策范围内基本医疗需求。救助对象在定点医药机构发生的基本医保支付范围内的住院费用、因慢性病需长期服药或患重特大疾病

需长期门诊治疗的费用，经基本医保、大病保险保障后的个人负担部分（含基本医保和大病保险起付标准以下、最高支付限额以上的政策范围内个人自付费用）按规定给予医疗救助。将“双通道”支付管理的谈判药品纳入医疗救助范围。

2. 下列医疗费用不纳入救助范围：

（1）救助对象到非定点医疗机构就医、购药的费用（急诊、抢救除外）；

（2）应当由公共卫生负担的医疗费用；

（3）交通、医疗事故、意外伤害等依法应由第三方承担支付责任的医疗费用；

（4）保健、整形美容等发生的医疗费用；

（5）在境外就医的医疗费用；

（6）国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

严格执行医疗保障待遇清单制度，坚持基本保障标准，妥善解决救助对象政策范围内基本医疗需求，避免过度保障。除国家另有明确规定外，各县（市）要严格执行地区相关政策，不得自行制定或用变通的方法擅自扩大医疗救助费用保障范围。

（五）救助方式和标准

1. 救助方式

（1）直接救助指特困人员（含孤儿）、低保对象、低保边缘对象、农村易返贫致贫人口、发生的支付限额内的门诊慢特病、门诊大病、“双通道”用药和住院费用在定点医药机构按“一单式”

直接结算享受医疗救助；

（2）依申请救助指因病致贫重病患者发生的门诊慢特病和住院费用，因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的参保人，经基本医保、城乡居民大病保险（或职工大额医疗补助、大病保险、公务员医疗补助、工会互助）及其他补充医疗保险报销后，对政策范围内个人自付医疗费用采取依申请救助的方式按次给予救助；

（3）倾斜救助指在本统筹地区定点医疗机构就医或规范转诊就医的救助对象，经三重制度综合保障后政策范围内个人负担仍然较重的，年度累计达到救助起付线以上、最高支付限额以内的个人自付合规医疗费用部分，按一定比例给予倾斜救助。倾斜救助对特困人员（含孤儿）、低保对象、农村易返贫致贫人口、低保边缘对象实施直接救助，对因病致贫重病患者依申请纳入救助。倾斜救助不计入年度住院救助限额。

实施门诊慢特病救助和住院救助。门诊慢特病、门诊大病（含“双通道”用药）救助限额互不挤占。一个自然年度内门诊慢特病救助限额和门诊大病（含“双通道”用药）救助限额共用住院救助年度限额。

2. 救助标准

（1）门诊慢特病救助标准：

①门诊慢特病救助。医疗救助对象因患门诊慢特病，经居民、职工门诊慢特病基本医疗保险政策报销后给予门诊慢特病救助，

救助比例为 70%，年度救助限额为 1500 元；

②医疗救助对象因患门诊大病，经居民、职工门诊大病基本医疗保险政策报销后给予门诊救助，救助比例为 80%，年度救助限额为 3000 元；

③“双通道”支付管理的谈判药品医疗救助比例为 80%，年度救助限额为 3000 元。一个自然年度内，患者门诊大病与谈判药品共用一个救助限额，即 3000 元。

（2）住院救助标准：

实施住院救助。救助对象住院发生的属于政策支付范围内，年度累计达到救助起付线以上、最高支付限额以内的个人自付合规医疗费用部分，按一定比例救助。

①对特困人员（含孤儿）、低保对象，不设年度救助起付标准。政策范围内个人自付合规医疗费用救助比例为 75%，年度救助限额为 5 万元；

②对低保边缘对象以及纳入监测范围的农村易返贫致贫人口，年度救助起付标准按地区上年居民人均可支配收入的 10%左右确定，2023 年为 2757.9 元，以后年度标准单行公布，公布前按照原标准执行。政策范围内个人自付医疗费用救助比例为 65%，年度救助限额为 4 万元；

③对因病致贫重病患者依申请纳入医疗救助范围，年度救助起付标准按地区上年居民人均可支配收入的 25%左右确定，2023 年为 6894.75 元，以后年度标准单行公布，公布前按照原标准执

行。政策范围内个人自付医疗费用救助比例为 65%，年度救助限额为 4 万元；

④参保对象患病住院期间不得同时享受门诊慢特病医疗救助待遇；

⑤异地结算。按照异地直接结算相关规定，落实异地就医备案和异地转诊救助对象登记备案、就医结算工作。按规定转诊的救助对象，所发生的政策范围内合规医疗费用按相应标准实行救助。未按规定转诊的救助对象，所发生的政策范围内合规医疗费用在相应标准基础上降低 20 个百分点。异地急诊住院发生的政策范围内医疗费用按规定纳入医疗救助范围；

⑥因病致贫重病患者每年申请 1 次，患者本人发生的个人负担的政策范围内医疗费用，可追溯至当年 1 月 1 日起至申请之日前，经规范申请、审核通过后，采取一事一议的方式，按规定纳入医疗救助范围。

（3）倾斜救助标准：

实施倾斜救助。在本统筹地区定点医疗机构就医或规范转诊且在疆内就医的救助对象，经三重制度综合保障后政策范围内个人负担仍然较重的，年度累计达到救助起付线以上、最高支付限额以内的个人自付合规医疗费用部分，按一定比例给予倾斜救助。

①对特困人员（含孤儿）、低保对象实施重特大疾病直接救助，不设年度救助起付标准。政策范围内个人自付医疗费用救助比例为 70%，年度救助限额为 4 万元；

②对低保边缘对象以及纳入监测范围的农村易返贫致贫人口（直接救助），年度救助起付标准按地区上年居民人均可支配收入的10%左右确定，2023年为2757.9元，以后年度标准单行公布，公布前按照原标准执行。政策范围内个人自付医疗费用救助比例为65%，年度救助限额为4万元；

③对因病致贫重病患者依申请纳入医疗救助范围，年度救助起付标准按地区上年居民人均可支配收入的25%左右确定，2023年为6894.75元，以后年度标准单行公布，公布前按照原标准执行。政策范围内个人自付医疗费用救助比例为65%，年度救助限额为4万元。

救助对象在使用完住院救助限额后，进入倾斜救助，住院救助起付线与倾斜救助起付线、支付限额互不累计。未按规定转诊的依申请救助对象，所发生的医疗费用原则上不纳入倾斜救助范围。

（六）救助程序

1.救助对象认定。第一类、第二类、第三类救助对象为直接救助对象，由民政、乡村振兴部门认定救助对象身份后及时上传至相应上级主管部门，并推送至自治区医疗保障部门，医疗保障部门对第一类、第二类、第三类救助对象中纳入监测范围的农村易返贫致贫人口进行系统标识，实行动态调整。第四类救助对象为依申请救助对象，按照自治区因病致贫重病患者认定办法进行认定，自治区因病致病重病患者认定办法出台前暂按原认定程序办理。

2.直接救助。第一类、第二类、第三类救助对象在定点医疗机构发生的医疗费用，经基本医保、大病保险、医疗救助按“一单式”结算方式直接给予医疗救助。

3.依申请救助。畅通医疗救助申请渠道，规范救助申请审核程序，增强救助时效性。依申请救助对象和倾斜救助对象的医疗费用，由县（市）医保经办机构按手工结算方式予以救助。具体流程如下：

①个人申请。医疗救助对象本人、共同生活的家庭成员向户籍所在地提出申请。申请需提交社会保障卡或身份证复印件、个人申请书、医疗费支出佐证材料及申请审批表（见附件）；

②调查核实。乡镇（街道）组织村队（社区）工作人员对申请人医疗费用个人实际费用负担情况、家庭经济状况进行调查核实；

③民主评议。村队（社区）党支部委员会成员、村民（居民）委员会成员、村民（居民）代表等组成民主评议小组对申请人进行评议，做出是否符合救助条件的结论。申请倾斜救助的还应当提出纳入倾斜救助医疗费用范围的意见。评议结论认为不符合救助条件的，将申报材料退回申请人并一次性告知不能受理的原因；

④公示上报。对拟批准的申请人在乡镇（街道）、村队（社区）以适当方式进行公示，公示期为5天，公示内容包括申请人姓名、家庭人数、家庭年人均可支配收入等。公示期间，有异议的重新组织调查核实，做出结论；无异议的，上报民政、乡村振兴部门进行审核，审核后将符合条件的报县（市）医疗保障局；

⑤审核报销。县（市）医疗保障经办机构对乡镇（街道）上报材料进行审核，审核通过的按程序给予救助；审核不通过的，将申报材料退回申请人并一次性告知原因；

已认定符合依申请救助条件的救助对象，当年再次申请救助不需要重新认定身份，可按依申请救助程序直接向医保部门提交医疗救助申请，经医保部门审核后，按政策规定给予医疗救助。

⑥参保职工发生大额医疗费用，经基本医保、大额医疗补助、大病保险、公务员医疗补助、工会互助金保障后政策范围内个人负担仍然较重、造成基本生活严重困难的职工，按依申请救助程序向参保地医保部门提交医疗救助申请，经民政、医保、工会按规定认定符合救助条件后，按次实施救助。救助政策参照因病致贫重病患者住院救助标准执行。

五、强化预警监测管理

（七）建立健全高额医疗费用支出预警监测机制。实施医疗救助对象信息动态管理。依托低收入人口监测平台，做好因病致贫风险监测，开展因病致贫和因病返贫双预警。重点监测经基本医保、大病保险保障后个人年度医疗费用负担仍然较重的低保边缘对象和农村易返贫致贫人口，做到及时预警，定期推送至乡村振兴、民政部门。

- 1.将第一类、第二类救助对象实时纳入因病返贫预警监测范围；
- 2.对第三类救助对象监测预警线暂按2020年脱贫标准的50%（2000元）确定，以后根据各县（市）低保标准进行动态调整；

3.对第四类救助对象开展高额医疗费用监测，对经基本医保、大病保险保障后个人医疗费用负担超过一定额度的，建立依申请救助机制，监测预警线按统筹地区上年度居民人均可支配收入确定，2023 年为 2.76 万元。

（八）加强监测人群动态管理。将符合医疗救助条件的人员及时纳入救助范围。加强医疗保障、民政、乡村振兴等部门之间信息系统的互联互通、共享共用、动态更新，协同做好风险研判和处置。

六、加强经办管理服务

（九）加快推进一体化经办。细化完善救助服务事项清单，根据国家医疗救助经办管理服务要求，按照自治区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，统一基本医保、医疗救助服务协议管理。依托全国统一的医疗保障信息平台，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、“一单式”结算，提高结算服务便利性。

（十）提高综合服务管理水平。积极推行分级诊疗，引导救助对象首先到基层医疗卫生机构就诊，促进合理就医。加强基金监管，做好费用监控、稽查审核，保持打击欺诈骗保高压态势，确保基金安全高效、合理使用。做好异地就医备案和异地转诊救助对象登记备案、就医结算，基本实现异地就医备案线上办理，稳步推进门诊费用跨省直接结算工作。

（十一）加强部门工作协同。按照职责分工做好困难群众医疗救助申请受理、分办转办及结果反馈。发挥乡镇（街道）、村队（社区）等基层组织作用，加强政策宣传和培训，做好医疗救助经办服务和救助申请委托代办等，及时主动帮助困难群众。

（十二）加强基金预算管理。按照自治区统一的医疗救助基金管理制度，提高救助资金使用效率。强化医疗救助基金预算管理，加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理。落实医疗救助投入保障责任，健全医疗救助基金财政专户和支出专户，专款专用，确保医疗救助基金安全运行。拓宽筹资渠道，动员社会力量，通过慈善和社会捐助等多渠道筹集。

七、鼓励社会力量参与救助保障

（十三）支持发展慈善救助。建立慈善参与激励机制，落实相应税收优惠、费用减免等政策，促进医疗保障与慈善救助衔接，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。强化互联网公开募捐信息平台建设管理，推动慈善信息资源共享，规范个人大病救助信息发布，推行阳光救助。支持医疗救助领域社会工作服务和志愿服务发展，丰富救助服务内容。统筹医疗保障、社会救助、慈善帮扶等资源，探索建立罕见病用药保障机制，提升综合保障水平。

（十四）鼓励发展医疗互助和商业健康保险。扶持引导开展职工医疗互助，规范互联网平台互助，引导医疗互助有序发展。加快发展商业健康保险，丰富健康保险产品供给，加强产品创新，

满足群众多元医疗需求，重点解决参保群众在三重制度保障范围之外的自付费用。用足用好商业健康保险个人所得税政策。鼓励商业保险机构在产品定价、赔付条件、保障范围等方面对困难群众适当倾斜。

八、加强组织保障

（十五）强化组织领导。各县（市）要落实主体责任，进一步健全完善党委领导、政府主导、部门协同、社会参与的重特大疾病保障工作机制，将困难群众重特大疾病医疗救助托底保障政策落实情况作为加强和改善民生工作的重要指标，纳入医疗救助工作绩效评价。要强化监督检查，确保政策落地、待遇落实、制度可持续发展、群众得到实惠。要加强政策宣传解读，及时回应社会关切，营造良好舆论氛围。

（十六）凝聚工作合力。建立健全部门协同机制，加强相关工作协调和信息共享，定期研究巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的重大问题。医疗保障部门要统筹推进医疗保险、医疗救助制度改革和管理工作，落实好医疗保障政策。民政部门要做好特困人员、低保对象、低保边缘对象等救助对象认定工作，会同医疗保障、财政等相关部门制定因病致贫重病患者认定办法，同步做好对象认定和信息共享，支持慈善救助发展。财政部门要按规定做好资金支持，加强医疗救助基金监督管理。卫生健康部门要强化对医疗机构的行业管理，规范诊疗路径，促进分级诊疗。税务部门要做好基本医保保费征缴相关工作。银保

监管部门要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。乡村振兴部门要做好农村易返贫致贫人口监测管理和信息共享。工会要做好职工医疗互助和罹患大病且符合困难职工建档标准的职工帮扶。残联组织要将残疾人信息推送给同级民政部门，以便民政部门及时认定符合救助条件的人员。定点医疗机构要通过明确诊疗方案、规范诊疗行为等措施降低医疗成本，合理控制困难群众政策范围内自付费用比例。

（十七）加强基层能力建设。加强基层医疗保障经办队伍建设，大力推进医疗救助经办服务下沉，压实乡镇（街道）医疗保障服务管理责任，乡镇（街道）要配备专人负责医疗保障经办工作，进一步加强医疗保障经办力量，实现自治区、地区、县（市）、乡镇（街道）、村队（社区）经办服务全覆盖。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。积极引入社会力量参与经办服务，重点提升信息化和经办服务水平。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、业务能力强的基层经办队伍。

本实施方案自印发之日起施行。原有医疗救助制度与本实施方案不一致的，以本实施方案为准。

附件：《城乡救助对象申请审批表》

附件

城乡救助对象申请审批表

救助对象姓名		性别		族别		出生年月		家庭人口	
户籍地址				家庭住址			联系电话		
持卡人姓名		持卡人身份证号码			开户银行		银行卡号		
家庭成员信息									
姓名	性别	族别	文化程度	出生年月	婚姻状况	人员类别	工作单位	月收入	身份证号码
家庭年总收入					家庭年人均收入				
医疗费总额				医保已报销金额				个人自付金额	

申请城乡医疗救助金主要理由:		申请人签字并按手印: 年 月 日		
调查记录:		公示情况(村/居委会填写):		
调查人签字: 年 月 日				
申请人户口所在地村(居)委会 意见: (盖章)	负责人(第一书记)签字: 经办人签字: 年 月 日	申请人户口所在街道办事处 (乡镇)政府审核意见: (盖章)	负责人(分管领导) 签字: 经办人签字: 年 月 日	
	负责人(分管领导)签字: 经办人签字: 年 月 日		申请人户口所在县(市)医 保部门审核意见: (盖章)	负责人(分管领导) 签字: 经办人签字: 年 月 日
	申请人户口所在县(市)民政部 门审批意见: (盖章)		负责人(分管领导)签字: 经办人签字: 年 月 日	申请人户口所在县(市)医 保部门审核意见: (盖章)

抄送：地委办公室，地区人大工委、政协工委、纪委办公室，地区中级人民法院、检察分院，各人民团体，中央、自治区驻塔各单位。

塔城地区行署办公室

2023年5月31日印发
