博尔塔拉蒙古自治州人民政府办公室

文　件

博州政办规〔2023〕4号

关于印发《自治州健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则》的通知

各县市人民政府，州人民政府各部门、各直属机构：

《自治州健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则》已经自治州人民政府第26次常务会议研究同意，现印发你们，请认真贯彻执行。

2023年5月5日

（此件公开发布）

自治州健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则

第一章 总 则

第一条 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，防范因病致贫返贫，筑牢民生保障底线，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，结合自治州实际，制定本细则。

第二条 健全重特大疾病医疗保险和救助制度坚持以人民为中心，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；坚持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（以下统称三重制度）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；坚持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。

第二章 救助对象和保障范围

第三条 重特大疾病医疗保险和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博州户籍或参加博州基本医疗保险的以下四类人员：

㈠ 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。

㈡ 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）。

㈢ 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）。

㈣ 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（以下统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，按照就高不就低原则实行救助。

第四条 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。

第五条 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、自治区、自治州另有明确规定外，各县市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。

第三章 救助标准

第六条 根据救助对象家庭困难情况、经济社会发展水平、医疗救助基金支撑能力，分类合理设定年度救助起付标准（以下简称起付标准）、救助比例和年度救助限额。门诊和住院救助共用救助限额。具体标准为：

㈠ 对特困人员（含孤儿）在定点医药机构发生的医疗费用，

实行直接救助，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100%，个人年度救助限额6万元。

㈡ 对低保对象在定点医药机构发生的医疗费用，实行直接救助，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70%，个人年度救助限额4万元。

㈢ 对低保边缘对象、农村易返贫致贫人口在定点医药机构发生的医疗费用，按照自治州上年度居民人均可支配收入的10%左右设定起付标准（2022年为2500元，以后年度标准另行公布），政策范围内个人自付医疗费用救助比例60%，个人年度救助限额3万元。

㈣ 对因病致贫重病患者在定点医药机构发生的医疗费用，按照自治州上年度居民人均可支配收入的25%左右设定起付标准（2022年为6000元，以后年度标准另行公布），政策范围内个人自付医疗费用救助比例60%，个人年度救助限额3万元。

第七条 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，依申请给予倾斜救助。倾斜救助不计入年度救助限额，救助比例根据救助对象类别和医疗救助资金筹资情况确定。具体标准为：

㈠ 对特困人员（含孤儿）政策范围内剩余个人自付医疗费用，救助比例不低于70%。

㈡ 对低保对象政策范围内剩余个人自付医疗费用超出2000元以上的部分，救助比例不低于60%。

㈢ 对低保边缘对象、农村易返贫致贫人口、因病致贫重病患者政策范围内剩余个人自付医疗费用超出年度救助起付标准2倍以上的部分，救助比例不低于50%。

第八条 年度救助起付标准按照统计部门公布的自治州上年度居民人均可支配收入数据为依据进行测算。年度救助起付标准由自治州医疗保障局每年测算并公布，新标准公布前按原标准执行。

第九条 倾斜救助具体比例由自治州医疗保障局、财政局、民政局根据年度医疗救助资金筹集和使用情况科学确定，可上浮不超过20个百分点。救助后，基本医疗保险、大病保险、医疗救助金额合计不得超过合规医疗费用总额，避免过度保障。

第四章 救助程序

第十条 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推送至医疗保障部门，医疗保障部门对第一类、第二类和第三类救助对象进行系统标识，实行动态调整。第四类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，自治区因病致贫重病患者认定办法出台前暂按原认定程序办理。

第十一条 第一类、第二类和第三类救助对象中纳入监测范围的农村易返贫致贫人口在定点医疗机构发生的医疗费用，纳入基本医保、大病保险、医疗救助“一单式”结算，直接给予医疗救助。

第十二条 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。低保边缘对象、因病致贫重病患者和符合倾斜救助条件的救助对象，经基本医疗保险、大病保险、商业补充医疗保险和医疗救助报销后，累计超出年度救助起付标准以上的医疗费用（按自然年度）依申请给予救助。具体流程如下：

㈠ **个人申请**。医疗救助对象本人、共同生活的家庭成员向居住地所在乡镇（街道）提出申请，家庭成员申请有困难的，也可委托村委会（社区居委会）代为申请。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等。

㈡ **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。

㈢ **民主评议**。乡镇（街道）工作人员、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。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。

㈣ **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5天，公示内容包括申请人姓名、家庭人数、家庭年人均收入等。公示期间，有异议的重新组织调查核实，做出结论；无异议的，上报县市医疗保障部门。

㈤ **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付救助金；不通过的，将申报材料退回申请人，并一次性告知原因。

第十三条 按照异地直接结算相关规定，落实异地安置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%比例实行救助。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。基本医疗保险不予受理的，医疗救助也不予受理。

第五章 综合保障和社会救助

第十四条 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群众给予分类资助，资助经费从医疗救助基金支出。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。定额资助标准由自治区确定。

第十五条 各县市应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。本地参保资助救助对象，参加城乡居民医疗保险个人缴费后，按照医保信息系统人员身份标识给予相应缴费资助；异地参保资助救助对象，乡镇（街道）社保站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）上报县市医疗保障部门，由县市医疗保障部门审核材料后资助参保金额拨付给参保人。

第十六条 增强大病保险减负功能和补充保障作用，完善大病保险对救助对象的倾斜支付政策。对特困人员（孤儿）、低保对象、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口大病保险起付标准降低50%，报销比例提高5个百分点，取消大病保险封顶线，切实提高大病保险保障能力。

第十七条 按照“先保险后救助”的原则，强化三重制度综合保障。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；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；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。

第十八条 积极引导慈善等社会力量参与救助保障。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，规范个人大病求助信息发布，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。

第十九条 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。加快发展城乡居民补充医疗保险等“惠民保”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保障，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。

第六章 预警监测管理

第二十条 建立健全高额医疗费用支出预警监测机制。依托农村低收入人口监测平台和全国防返贫监测信息系统，做好因病返贫致贫风险监测，建立健全防范化解因病致贫的主动发现机制、动态监测机制、信息共享机制、精准帮扶机制，根据个人年度费用负担情况，分类明确因病返贫和因病致贫监测标准。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特困人员、低保对象、低保边缘对象和农村易返贫致贫人口，做到及时预警，及时识别纳入和监测帮扶。

㈠ 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。

㈡ 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，以后根据我州低保标准进行动态调整。

㈢ 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。

第二十一条 实施医疗救助对象信息动态管理。加强重点人群动态监测工作，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。

第二十二条 建立健全救助帮扶机制。民政、乡村振兴部门认定的救助对象，要及时推送至医疗保障部门，由医疗保障部门按规定实施救助。畅通低保边缘对象和因病致贫重病患者医疗救助申请渠道，增强救助时效性。加强医疗救助、临时救助、慈善救助衔接互补，精准实施分层分类帮扶。综合救助水平要根据家庭经济状况、个人实际费用负担情况合理确定。

第七章 经办管理服务

第二十三条 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。

第二十四条 简化申请、审核、救助金给付流程，加强部门工作协同，全面对接社会救助经办服务，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，做好政策宣传和救助申请委托代办等，及时主动帮助困难群众。

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县市医保部门提交医疗救助申请，经县市医保部门审核后，按政策规定给予医疗救助。

第二十五条 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。经基层首诊转诊的低保对象、特困人员在统筹地区内定点医疗机构住院，实行“先诊疗后付费”，全面免除其住院押金。强化医疗服务质量管理，规范医疗行为，严控目录外费用占比和不合理费用支出。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。做好异地安置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。

第二十六条 贯彻落实自治区统一的医疗救助基金管理制度，积极推动医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调，提高救助资金使用效率。强化医疗救助基金预算管理，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，实行州级统筹，专款专用，单独核算，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资金，统筹医疗救助资金使用。加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理。

第八章　组织保障

第二十七条 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。要细化政策措施，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。

第二十八条 相关部门要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，要严格管控医疗费用，加强对医疗机构诊疗行为的监管，规范就医秩序，做到合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费，同时加大疾病预防，倡导健康生活方式，减少疾病发生率。税务部门要做好基本医保保费征缴相关工作。银保监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、脱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。

第二十九条 各县市要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。

第九章　附 则

第三十条 本实施细则由自治州医疗保障局负责解释。

第三十一条 本实施细则于2023年6月1日起施行。使用期限为3年。《自治州城乡居民医疗救助实施办法》（博政办规〔2020〕3号）《自治州医疗保障防止因病返贫致贫监测和动态帮扶实施方案的通知》（博州医保发〔2020〕16号）和《关于明确医疗救助对象费用支付范围的通知》（博州医保发〔2022〕2号）同时废止。

此前发布的自治州有关文件规定与本实施细则不一致的，按照本实施细则施行。若国家、自治区出台新规定的，从其规定。

抄送：州党办，州人大办，州政协办，州中级人民法院、人民检察院，博尔塔拉军分区政治部，第五师双河市党政办公室。

博尔塔拉蒙古自治州人民政府办公室　　2023年5月5日印发