

和田地区医疗救助工作实施意见

为加强医疗救助经办管理，规范经办流程，提高服务水平，根据自治区《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）、《关于进一步做好医疗救助资助低收入困难群众参加城乡居民基本医疗保险工作的通知》（新医保发〔2024〕48号）等有关规定，结合和田实际，制定本实施意见。

一、总体要求

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入学习贯彻党的二十大和二十届二中、三中全会精神，贯彻落实自治区党委十届历次全会精神，以健全社会救助体系、保障困难群众基本医疗权益为目标，坚持托住底线、统筹衔接、公开公正、高效便捷的原则，进一步健全工作机制，完善政策措施，强化规范管理，加强政策统筹衔接，不断提高医疗救助管理服务水平，保障城乡居民基本医疗权益，最大限度减轻困难群众医疗支出负担，解决因病致贫、因病返贫现象，提升困难群众的幸福感，为实现社会稳定和长治久安总目标奠定坚实基础。

二、落实医疗救助制度

（一）实行医疗救助城乡一体化。进一步完善政策目标、资金筹集、对象范围、救助标准、救助程序等方面城乡统筹机制，确保城乡困难群众获取医疗救助的权利公平、机会公平、规则公平、待遇公平。

（二）明确医疗救助对象范围。各县市要以保障城乡居民基本医疗权益为目标，合理界定医疗救助对象范围。医疗救助对象具体是指具有新疆户籍或参加自治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及孤儿（含事实无人抚养儿童）（以下统称“特困人员”）；

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（以下简称“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，按照就高不就低的原则实施救助。

（三）资助参加城乡基本医疗保险。对医疗救助对象参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分进行补贴，一类救助对象给予全额资助、二类救助对象和农村易返贫致贫人口给予定额资助，保障其获得基本医疗保险服务。资助标准实施动态调整机制，每年医保部门需在基本医疗保险集中缴费期前公布相应年度资助标准。

1. 对集中参保缴费期内，动态新增的已参保缴费的低收入困

困难群众，按其新增的身份类别落实相应资助政策。

2. 对集中参保缴费期内，参保缴费后低收入困难群众身份类别动态变化的按照就高不就低的原则，落实相应资助政策。

3. 对集中参保缴费期外，动态新增的已参保缴费低收入困难群众，下个参保年度起按修改部门认定的实际困难身份类别落实相应资助政策。

4. 一个自然年度内，对因动态退出或困难身份类别变动影响资助标准变化的已参保缴费低收入困难群众，个人已缴费的参保费用不退回，已享受的资助参保补贴不调整，下个参保年度按其实际困难身份类别落实相应资助政策。

5. 参保缴费后且在未进入待遇享受期前发生死亡等特殊情况申请退费的，依照国家、自治区有关规定办理。

6. 疆内跨统筹地区参保的低收入困难群众，由其困难身份认定地医保部门按当地标准落实资助参保政策。自治区有调整的按照最新政策执行。跨省参保的低收入困难群众，由其困难身份认定地医保部门按当地标准落实资助政策。

（四）规范门诊救助。门诊慢特病救助范围：对因慢特病需要长期服药或者重特大疾病需要长期门诊治疗，导致自负费用较高的医疗救助对象，给予门诊慢特病救助。救助标准：城乡医疗救助对象门诊慢特病就医的，一类门诊慢特病病种发生符合规定的医疗费用，属特困人员的，经城乡居民基本医疗保险门诊慢特病政策报销后，剩余部分由医疗救助报销 100%；

低保对象、农村易返贫致贫人口经城乡居民基本医疗保险门

诊慢特病政策报销后，个人自负《基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《新疆维吾尔自治区基本医疗保险诊疗项目目录》《新疆维吾尔自治区基本医疗保险医用耗材目录》（以下简称《三个目录》）内费用，由医疗救助报销 80%；低保边缘对象经城乡居民基本医疗保险门诊慢特病政策报销后，个人自负《三个目录》内费用，由医疗救助报销 70%。因病致贫重病患者经城乡居民基本医疗保险门诊慢特病政策报销后，个人自负《三个目录》内费用，由医疗救助报销 60%。特困人员门诊慢特病年度内医疗救助限额最高为 3000 元，除特困人员外的其他医疗救助对象门诊慢特病年度内医疗救助限额最高为 2000 元。二类门诊慢特病病种费用，城乡医疗救助对象参照同级定点医疗机构住院费用按比例由住院统筹基金支付后，再由医疗救助资金按住院救助政策进行救助。三类门诊慢特病病种费用先由重大公共卫生专项资金予以补助后，再由城乡居民基本医疗保险基金按照二类慢特病政策予以支付后，最后由医疗救助资金按住院救助政策进行救助。结核病按照相应政策报销。

（五）完善住院救助。根据《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）等规定要求，结合和田地区经济社会发展水平、人民健康需求、医疗救助基金支撑能力合理设定年度救助限额，起付线根据上年度城乡居民人均可支配收入动态调整。

1. 第一类救助对象：“特困人员”实行直接救助，不设置起付线和封顶线。

2. 第二类救助对象：“低保对象”实行直接救助，不设置起付线，政策范围内个人自付医疗费用救助比例为 80%，年度封顶线为 5 万。

3. 第三类救助对象：“低保边缘对象”及“农村易返贫致贫人口”，起付线为上年度城乡居民可支配收入的 10%，政策范围内个人自付医疗费用救助比例为 70%，封顶线为 5 万。过渡期内“农村易返贫致贫人口”参照低保对象政策执行。

4. 第四类救助对象：“因病致贫重病患者”起付线为上年度城乡居民可支配收入的 25%，政策范围内个人自付医疗费用救助比例为 60%，封顶线为 5 万。

三、开展二次医疗救助

针对基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重保障后，医疗费用个人自付部分负担仍然较重的困难群众，第一类、第二类救助对象实行“一单式”结算，第三类、第四类救助对象依申请给予二次医疗救助，按照累计不超过 95% 的比例给予救助。

四、建立健全医疗救助服务管理工作机制

（一）健全“一单式”即时结算机制。做到城乡居民基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一单式”即时结算。经县市民政部门和农业农村部门确认的救助对象所发生的医疗费用，可先由定点医疗机构垫付医疗救助基金支付的部分，救助对象支付自负部分。垫付资金由定点医疗机构与医保部门按协议定期结算。

（二）规范救助申请审批程序。对第一类、第二类、第三类救助对象进行系统标识，实行动态调整，纳入基本医保、大病保

险、医疗救助“一单式”结算。对第四类救助对象简化申请、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(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。

(三) 建立社会力量参与机制。要认真落实国家有关财税优惠、费用减免政策,鼓励引导社会力量开展灵活多样的医疗救助项目,发挥好社会力量对医疗救助的补充作用。要搭建信息共享平台,及时提供救助需求信息,为社会力量参与医疗救助创造条件、提供便利。

五、强化保障措施

各县市要加强组织领导,强化城乡医疗救助基金运行管理,合理安排基金收入和基金支出,控制结余基金规模,医疗救助基金年终结余资金结转下年度继续使用。要加大医疗救助政策解读,引导社会力量参与医疗救助,增强全社会关心帮扶意识。医疗保障部门要履行统筹牵头职责,按规定将救助对象及时纳入基本医疗保险,民政部门负责做好民政救助对象资格认定等工作,农业农村部门负责做好农村救助对象资格认定等工作。城乡医疗救助基金必须全部用于救助对象的医疗救助费用,不得列支经办机构人员经费、公用经费、管理费用等超出基金支出范围的资金。任何单位和个人不得截留、挤占、挪用城乡医疗救助基金,不得向救助对象收取任何管理费用。医保部门和财政部门定期对城乡医疗救助基金使用情况进行监督检查,并自觉接受审计、监察等部

门的监督。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费用，医疗救助基金不予结算。存在虚假冒领、挤占挪用、贪污浪费等违法违规行为的，按照有关法律法规严肃处理。对故意编造虚假信息、骗取上级补助的，除责令立即纠正、扣回上级补助资金外，按规定追究有关单位和人员的责任。

本实施意见自 2025 年 10 月 1 日起施行，有效期至 2030 年 10 月 1 日。本实施意见由地区医疗保障局负责解释。《关于印发〈和田地区城乡居民基本医疗保险实施办法〉〈和田地区城镇职工基本医疗保险实施方案〉〈和田地区医疗救助工作实施意见（试行）〉的通知》（和行办发〔2019〕99 号）、《关于调整和田地区医疗救助资金使用管理相关政策的通知》（和行办发〔2021〕43 号）、

《关于贯彻落实〈关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见〉的通知》（和行办函〔2023〕116 号）同时废止。未尽事宜按照国家、自治区有关规定执行；国家、自治区出台新规定的，按照新规定执行。