

丰都县人民政府办公室 关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的 实施意见

丰都府办发〔2023〕12号

各乡镇人民政府、街道办事处，县级有关部门，有关单位：

为进一步完善我县城乡医疗救助制度，巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果，减轻困难群众和大病患者医疗费用负担，根据《重庆市人民政府关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》（渝府发〔2012〕78号）、《重庆市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》（渝府办发〔2022〕116号）等文件精神，结合我县实际，特制定如下实施意见。

一、医疗救助对象范围

城乡医疗救助实行属地管理，下列人员按本意见规定享受相应的医疗救助：

- （一）低保对象
- （二）特困人员
- （三）事实无人抚养儿童



(四) 城乡孤儿

(五) 在乡重点优抚对象 (不含 1-6 级残疾军人)

(六) 城乡重度 (1-2 级) 残疾人员

(七) 民政部门建档的其他特殊困难人员。包括已享受民政部门定期定量救济的六十年代精减退职老职工及襄渝铁路西线伤残民兵民工、城乡无固定收入的 80 岁以上的中共党员、城乡无固定收入的 80 岁以上的离任村 (居) 干部、计划生育特殊困难户。

(八) 低保边缘家庭成员

(九) 因病致贫重病患者 (即不符合低保、特困人员救助供养或低保边缘家庭条件,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)

(十) 纳入监测范围的农村易返贫致贫人口 (即经乡村振兴部门认定的返贫致贫人口、脱贫不稳定户、边缘易致贫户、因病因灾因意外事故等刚性支出较大或收入大幅度缩减导致基本生活出现严重困难户)

二、医疗救助政策标准

(一) 救助对象资助参保。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。救助对象参加城乡居民基本医保一档的,对特困人员、事实无人抚养



儿童和城乡孤儿按照个人缴费标准给予全额资助，对低保对象按照 90% 给予定额资助，对其余救助对象按照 70% 给予定额资助；救助对象自愿参加城乡居民基本医保二档的，统一按照参加城乡居民基本医保一档个人缴费标准的 100% 给予资助。超过资助标准的个人应缴参保费用由救助对象自付。救助对象享受资助参保的标准，按参保缴费时就高身份确定，享受资助参保后人员身份发生变化的，不再进行差额资助。

（二）普通疾病医疗救助。规范普通疾病门诊和住院医疗救助方式。具有多重救助对象身份的，待遇就高不就低，避免重复救助。

1. 普通疾病门诊医疗救助。对特困人员以及城乡低保对象中的 80 岁以上老年人和需院外维持治疗的重残重病人员，每年给予 400 元的限额门诊救助，其医疗费用经医疗保险报销后，属于医疗保险政策范围内的自付门诊费用，在救助限额标准内给予全额救助，救助资金当年有效，不结转使用。对限额门诊以外的低保人员、城乡孤儿、事实无人抚养儿童、在乡重点优抚对象（不含 1—6 级残疾军人）等救助对象，其医疗费用经医疗保险报销后，属于医疗保险政策范围内的自付门诊费用，按 60% 的比例给予救助，年门诊救助封顶线为 300 元。

2. 普通疾病住院医疗救助。救助对象患普通疾病住院医疗，



其医疗费用经医疗保险报销后，属于医疗保险政策范围内的自付费用，特困人员、城乡孤儿和事实无人抚养儿童按 90%的比例给予救助；城乡低保对象在一、二级医院就诊的按 80%的比例，在三级医院就诊的按 70%的比例给予救助；在乡重点优抚对象（不含 1-6 级残疾军人）、城乡重度（1-2 级）残疾人员、因病致贫家庭重病患者、民政部门建档的其他特殊困难人员等其他救助对象按 70%的比例给予救助。年救助封顶线为 6000 元。

（三）重大疾病医疗救助。采取“病种”和“费用”相结合的方式，对医疗费用过高、自付费用难以承受的救助对象给予重大疾病医疗救助。救助对象患特殊疾病，在定点医药机构发生住院费用或门诊治疗费用的，经基本医保、大病保险报销后的政策范围内费用，按比例给予救助。严格执行医疗保障待遇清单制度，医疗救助基金支付的药品、医用耗材、诊疗项目原则上应符合基本医保支付范围规定。

1. 特殊病种医疗救助。将肺癌、食道癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、乳腺癌、宫颈癌、严重多器官衰竭（心、肝、肺、脑、肾）、再生障碍性贫血、终末期肾病（尿毒症）、耐多药肺结核、艾滋病机会性感染、重性精神病、血友病、肝肾移植前透析和手术后抗排异治疗、急性心肌梗塞、脑梗死、重症甲型 H1N1、1 型糖尿病、甲亢、唇腭裂、地中海贫血、白血病、精神分裂症、



狂躁症、焦虑症等 26 类疾病纳入重大疾病医疗救助范围，住院治疗或门诊放化疗、透析、输血治疗的医疗费用经医疗保险报销后，属于医疗保险政策范围内的自付费用，救助对象范围中的特困人员、城乡孤儿和事实无人抚养儿童按 90%的比例救助；城乡低保对象在一、二级医院就诊的按 80%的比例，在三级医院就诊的按 75%的比例给予救助；其他救助对象按 70%的比例救助。年救助封顶线（含住院和门诊）为 10 万元。

儿童急性白血病和先天性心脏病按照渝办发〔2010〕263 号文件确定的治疗定额付费标准和医疗救助标准实施救助。

2. 大额费用医疗救助。特殊病种以外的其他疾病，在二级及以上医疗机构一次住院治疗费用（医疗保险政策范围内费用）超过 3 万元的，经医疗保险报销后，属于医疗保险政策范围内的自付费用，按特殊病种的救助比例给予救助，年救助封顶线为 6 万元。

（四）重特大疾病倾斜救助。对规范转诊且在市内就医的低保对象、特困人员、低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口和因病致贫重病患者等救助对象，经三重制度综合保障后政策范围内个人负担仍然较重的，给予倾斜救助。救助标准为按单次就医医保政策范围内，个人自付 2000 元以上的按 60%的比例给予报销，年封顶线为 10 万元。



三、医疗救助结算方式

结合医疗保险市级统筹，依托全国统一的医疗保障信息平台，实现医疗救助与基本医疗保险的人员信息、就医信息和医疗费用信息的无缝衔接，达到医疗救助与基本医疗保险在市内“一站式”同步结算。

救助对象在市外医保定点医疗机构就医的未直接结算医疗救助的，住院患者应携带收费票据（发票）原件、住院费用总清单、诊断证明、病历复印件，以及有效身份证件、县内银行开户的银行卡或存折，向县医保部门提出申请，按照本县医疗救助政策、救助比例、限额规定和全市医保支付范围及基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准规定进行手工结算。未按规定转诊或备案的救助对象，所发生的医疗费用原则上不纳入医疗救助范围。

四、医疗救助保障措施

（一）强化组织领导。各乡镇（街道）、部门单位要将落实困难群众重特大疾病医疗救助托底保障作为加强和改善民生的重点任务，强化党委领导、政府主导、部门协同、社会参与的重特大疾病保障工作机制。要落实主体责任、细化政策措施、强化监督检查，确保政策落地、待遇落实、群众得实惠。要加强政策宣传解读，针对群众关心关注的热点问题，及时回应社会关切，



合理引导社会预期，营造良好舆论氛围。

（二）强化部门协同。建立健全部门协同机制，县民政局负责认定低保对象、特困人员、城乡孤儿、事实无人抚养儿童、低保边缘家庭成员、因病致贫家庭重病患者及民政建档其他困难人员。县乡村振兴局负责认定返贫致贫人口、脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户名单。县残联负责认定城乡重度残疾人员（1-2级）。县退役军人事务局负责认定在乡重点优抚对象（不含1—6级残疾军人）。县卫生健康委负责认定计划生育特殊困难户。救助对象认定部门每月5日前将当月在册救助对象名单传送至县医保局，县医保局在接收各类救助对象名单后5个工作日内完成汇总比对，并按就高原则确定唯一救助类别给予救助。要加强部门工作协同，强化医疗救助、临时救助、慈善救助等综合性保障措施，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。

（三）强化基金管理。加大医疗救助筹资力度，县级财政预算资金不低于上年市级补助资金总额的15%，建立城乡医疗救助基金专账，统一管理、统筹调剂使用。规范医疗救助基金支付，资助参保资金由税务部门提交、医保部门审核、财政部门划拨。定点医疗机构垫付的医疗救助资金，经医保部门审核后，在县内定点医疗机构就医产生的救助费用，由财政部门直接划拨；在县



外市内异地定点医疗机构就医产生的救助费用，通过市医保结算平台进行结算。

（四）强化社会参与。积极引导慈善等社会力量参与救助保障，鼓励慈善组织和其他社会组织设立大病救助项目，支持慈善组织依法开展助医类公开募捐慈善活动，支持医疗救助领域社会工作服务和志愿服务发展。鼓励开展职工医疗互助、基层工会临时医疗救助，支持商业健康保险发展，促进普惠型商业补充医疗保险与基本医保有效衔接，更好覆盖基本医保以外的保障需求。

五、原有关城乡医疗救助政策与本实施意见不一致的，以本实施意见为准。

（此件公开发布）

丰都县人民政府办公室

2023年5月16日