



**奉节县人民政府办公室
关于印发奉节县健全重特大疾病医疗保险和进
一步完善城乡医疗救助制度实施方案的通知**

奉节府办发〔2023〕49号

各乡镇人民政府、街道办事处，县政府各部门，有关单位：

《奉节县健全重特大疾病医疗保险和进一步完善城乡医疗救助制度实施方案》已经县政府同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。

奉节县人民政府办公室

2023年6月21日

（此件公开发布）



奉节县健全重特大疾病医疗保险 和进一步完善城乡医疗救助制度实施方案

为巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果，进一步做好医疗救助工作，规范医疗救助基金的管理和使用，提高资金使用效益，理顺工作机制，明确工作职责，确保救助政策落实落地，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）、《重庆市医疗保障局 重庆市民政局 重庆市财政局 重庆市卫生健康委员会 国家税务总局重庆市税务局 中国银行保险监督管理委员会重庆监管局 重庆市乡村振兴局关于印发重庆市巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略实施方案的通知》（渝医保发〔2021〕66号）和《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，特制定本实施方案。

一、指导思想

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精神，全面贯彻落实习近平总书记对重庆提出的重要指示要求，认真落实市第六次党代会和县委十五届五次全会精神

神。坚持以人民健康为中心，统筹城乡医疗救助体系，完善城乡医疗救助制度，促进基本医保、大病保险、医疗救助（以下统称三重制度）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、共同发力的多层次医疗保障体系。实现困难群众享有基本医疗保障，最大限度减轻困难群众医疗支出负担，尽力而为、量力而行，推动民生改善更可持续，提高困难群众获得感、幸福感、安全感。

二、目标任务

（一）科学确定医疗救助对象范围，精准维护医疗救助对象身份信息。

1.科学确定医疗救助对象范围。医疗救助公平覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民，根据救助对象类别实施分类救助。对低保对象、特困人员、事实无人抚养儿童、城乡孤儿、低保边缘户、在乡重点优抚对象（不含 1-6 级残疾军人）、城乡重度（一、二级）残疾人员、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缩减导致基本生活出现严重困难户（突发严重困难户），按规定给予相应救助。

2.精准维护医疗救助对象身份信息。各救助对象认定部门在每月 10 日前，以公文来函形式将本部门上月新增及核减的医疗



救助对象信息名单、当前正在生效且符合医疗救助的所有救助对象信息名单推送至县医保局。县医保局收到各部门推送名单后及时按照医疗救助待遇就高不就低、同等待遇低收入身份优先等原则进行信息比对，并在每月 15 日前将当月新增和核减的救助对象维护至医疗救助系统，确保医疗救助对象及时获得医疗救助待遇。若部门推送名单中存在错误数据信息，县医保局及时将错误信息反馈给相关认定部门进行核实，将核实后的正确信息再维护至医疗救助系统。

(二) 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。

1. 资助参保标准。对特困人员、事实无人抚养儿童、城乡孤儿、在乡重点优抚对象（不含 1~6 级残疾军人），当年参加城乡居民医保一档的，按照一档个人缴费标准的 100% 给予全额资助；对低保对象当年参加城乡居民医保一档的，按照一档个人缴费标准的 90% 给予定额资助；对城乡重度（一、二级）残疾人员、低保边缘户、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，当年参加城乡居民医保一档的，按照一档个人缴费标准的 70% 给予定额资助。上述人员自愿参加城乡居民医保二档的，统一按照参加城乡居民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纳参保费用，由参保

对象自行承担。上述人员享受资助参保的标准，按参保缴费时资助金额就高身份确定，享受资助参保后人员身份发生变化的，不再进行差额资助。

2.资助参保程序。医疗救助对象认定部门要在集中参保时间开始的上月底前，将本部门确认的符合资助条件的人员名单批量推送至县医保局，作为集中资助参保对象数据。对集中参保数据推送当月至次年12月31日期间新增的符合资助条件的医疗救助对象，于每月10日前按月推送给县医保局作为当年资助参保对象数据。县医保局将医疗救助对象确认部门推送的资助人员信息进行汇总、按照资助金额就高身份去重，在医保信息系统中做好身份标识并实时传递给税务部门，作为配置资助参保对象缴费标准的依据。税务部门根据传递的身份标识信息生成参保个人应缴费数据进行征收。资助参保缴费期截止后，税务部门将系统内带资助标记且已资助参保人员名单、资助金额等资助信息分别提交医保、民政等资助参保部门。资助参保部门根据人员分类按原资金渠道向税务部门划拨资助款。

（三）夯实救助托底功能，妥善解决救助对象政策范围内基本医疗需求。

1.三重制度互补衔接。发挥基本医保主体保障功能，严格执行基本医保支付范围和标准，实施公平适度保障。增强大病保险



补充减负功能，对特困人员、低保对象和返贫致贫人口大病保险起付线降低 50%，报销比例提高 5 个百分点，不设封顶线。夯实医疗救助托底保障功能，按照“先保险后救助”的原则，对基本医保、大病保险等支付后个人医疗费用负担仍然较重的救助对象按规定实施救助，合力防范因病致贫返贫风险。完善农村易返贫致贫人口医保帮扶措施，推动实现巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接。

2. 普通疾病、重大疾病救助。

(1) 救助比例及年度救助限额。医疗救助对象在定点医疗机构发生的符合医保报销范围内的医疗费用，经基本医保、大病保险报销后，剩余部分纳入医疗救助基金报销。按医疗救助对象类别、疾病病种、大额费用给予相对应救助，具体救助比例及年度救助限额参照奉节县城乡医疗救助标准（详见附件）。

(2) 结算方式。医疗救助对象在全市医疗救助定点医疗机构发生的医疗费用，实行医疗救助费用“一站式”结算。定点医疗机构先行垫付救助对象的救助费用，每月 10 日前向县医保局报送上月医疗救助基金使用情况汇总表。县医保局核定数据后于每月 15 日前向县财政局提出支付申请。县财政局于每月 25 日前通过“城乡医疗救助基金专账”直接拨付给定点医疗机构；在市外就医未享受“一站式”结算医疗救助费用的医疗救助对象，



可以进行医疗救助费用手工结算。由医疗救助对象本人或者亲属将相关材料（身份证或医保卡复印件、发票原件、费用清单、疾病诊断证明、个人就诊费用结算表、重庆农村商业银行银行卡复印件）交县医保局。县医保局经办人员收到资料后进行系统录入并对录入的手工救助结算信息进行审核，对审核通过的名单按月以报表方式送县财政局，县财政局复核后拨付资金。

3.倾斜救助。

加强门诊慢性病、特殊疾病救助保障，门诊和住院救助共用年度救助限额，统筹资金使用，着力减轻救助对象门诊慢性病、特殊疾病医疗费用负担。通过明确诊疗方案、规范诊疗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。对规范转诊且在重庆市内就医的、由县级认定的医疗救助对象，政策范围内医疗费用经三重制度综合保障后个人负担仍然较重的，给予倾斜救助。

（四）建立健全防范和化解因病致贫返贫长效机制，积极引导慈善等社会力量参与救助保障。

1.完善依申请救助机制。畅通医疗救助申请渠道，增强救助时效性。强化高额医疗费用支出预警监测，实施医疗救助对象信息动态管理，健全因病致贫返贫预警机制。发挥县民政局、县医保局、县乡村振兴局等部门信息监测平台作用，做好因病致贫返



贫预警风险监测做到及时预警。加强县民政局、县卫生健康委、县医保局、县乡村振兴局等部门间信息共享和核查比对，协同做好风险研判和处置。

2.发展壮大慈善救助。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，鼓励医疗互助和商业健康保险发展。

（五）提升服务管理质效。

1.优化经办服务流程。结合《重庆市重特大疾病医疗救助经办业务管理规程（试行）》，进一步细化完善救助服务事项清单，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。推动基本医保和医疗救助服务融合，依托全国统一的医疗保障信息平台，依法依规加强数据归口管理。完善定点医药机构医疗救助服务内容，医疗救助与基本医保定点医药机构同步定点，强化定点医药机构费用管控主体责任。按照安全有效、经济适宜、救助基本的原则，严明定点医药机构优先选择纳入基本医保支付范围的药品、医用耗材和诊疗项目，严控不合理费用支出。

2.强化综合服务管理。加强对救助对象就医行为的引导，推动落实基层首诊，规范转诊，促进合理就医。经基层首诊转诊的特困人员、低保对象在区域内定点医疗机构住院，实行“先诊疗后付费”，免除其住院押金。做好异地就医、异地安置和异地转

诊救助对象登记备案、就医结算，按规定转诊的救助对象，执行统一的救助标准。未按规定转诊的救助对象，所发生的医疗费用原则上不纳入医疗救助范围。加强医疗救助基金监管，保持打击欺诈骗保高压态势，对开展医疗救助服务的定点医药机构实行重点监控，确保医疗救助基金安全高效、合理使用。

三、保障措施

（一）强化组织领导。医疗救助各相关职能部门要落实主体责任、细化政策措施、强化监督检查、加强信息共享，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）深化部门协同。建立健全部门协同机制，加强医疗保障、社会救助、医疗卫生制度政策及经办服务统筹协调。按照职责任务，履行好对象认定与信息共享、资金拨付、行业管理与规范、保费征缴、困难职工帮扶等工作职责。

1.县医保局坚持城乡医疗救助工作属地管理原则，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。负责医疗救助政策宣传咨询、对象审核录入、费用审核、医疗救助信息系统的管理和维护以及对乡镇（街道）的医疗救助板块涉及业务进行指导。



2.各医疗救助对象认定部门(县民政局、县退役军人事务局、县乡村振兴局、县残联)负责本部门救助对象认定工作,按照“谁认定、谁负责”原则对本部门认定对象的信息真实性、准确性负责,并按时将医疗救助对象信息推送至县医保局。各资助参保对象认定部门(县民政局、县卫生健康委、县退役军人事务局、县乡村振兴局、县残联)负责落实本部门资助参保对象资助参保工作(包括线上资助及事后资助)。县民政局、县卫生健康委、县乡村振兴局做好防因病返贫动态监测对象的精准帮扶工作。

3.县财政局负责按规定做好资金支持,加强资金管理、使用和监督检查。县卫生健康委要强化对医疗机构的行业管理,落实“先诊疗后付费”,规范诊疗路径,促进分级诊疗。县民政局支持慈善救助发展。县税务局负责做好基本医保保费征缴相关工作。

4.各乡镇(街道)负责本辖区救助对象的身份核实、认定及申请资料的收集、审核、上报,对申报信息真实性和申报材料完整性负责;督促落实资助参保对象的参保工作及其他涉及医疗救助相关工作。

(三)加强基金管理。

1.加强医疗救助基金预算管理。根据《重庆市财政局 重庆市民政局关于印发重庆市医疗救助基金管理办法的通知》(渝财



社〔2014〕11号)要求,城乡医疗救助基金通过财政预算安排、福利彩票公益金和社会各界捐赠等渠道筹集。县财政局会同县医保局根据城乡医疗救助对象数量、救助标准、医药费用增长和上级财政补助资金情况科学测算资金需求,足额安排城乡医疗救助基金。救助对象主管部门负责筹集认定对象的资助参保资金。

2.加强医疗救助基金监管。救助基金专款专用,任何单位和个人不得侵占、私分和挪用专项资金。县财政局、县医保局负责对救助基金进行管理并对使用情况进行监督,建立健全城乡医疗救助绩效评价考核体系。对存在虚报冒领、挤占挪用、贪污浪费、不按规定程序审批和违规使用资金、弄虚作假、以权谋私、骗取专项资金的行为,依法依规严肃处理。对故意编造虚假信息,骗取补助资金的,除责令立即纠正、扣回、停发补助资金外,将按有关规定追究有关单位和人员的责任。县医保局将城乡医疗救助基金纳入稽核范围,设立举报电话,接受社会监督。

(四)提升基层能力。

加强基层医疗保障经办队伍建设,统筹医疗保障公共服务需求和服务能力配置,落实专岗负责医疗救助工作,做好相应保障。依托基层医保经办机构和定点医疗机构,做好政策宣传和救助申请委托代办等工作,及时主动帮助困难群众。积极引入社会力量参与经办服务,大力推动医疗救助经办服务下沉,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。

四、注意事项

本方案自印发之日起执行。方案未列明事项按国家、重庆市和奉节县医疗救助有关政策规定执行，如上级有关部门对此项工作有新的规定，则从其规定。

附件：奉节县城乡医疗救助标准



附件

奉节县城乡医疗救助标准

救助类型		救助标准
普通疾病救助	门诊	特困人员、城乡低保对象中需院外维持治疗的重残重病人员、80岁以上的城乡低保对象，其门诊救助年封顶线为每人每年400元，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；低保中80岁以下人员、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），其门诊救助年封顶线为每人每年300元，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，按不低于60%的比例给予救助；其他对象目前不享受门诊救助。
	住院	救助对象患普通疾病住院治疗，医疗费用经基本医疗保险、大病保险报销后，属于医保报销政策范围内的自付费用，按比例进行救助，年救助封顶线不低于6000元。 1. 低保对象、特困人员、城乡孤儿、事实无人抚养儿童、返贫致贫人口在一级、二级医疗机构住院治疗的，普通疾病按照80%救助、在三级医疗机构住院治疗的普通疾病按照70%救助； 2. 在乡重点优抚对象（不含1-6级残疾军人）、城乡重度（一、二级）残疾人员、低保边缘户、脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户在一级、二级医疗机构住院治疗的普通疾病按照70%救助、在三级医疗机构住院治疗的普通疾病按照60%救助。
重大疾病救助	大额费用	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，年救助封顶线不低于6万元。 1. 低保对象、特困人员、城乡孤儿、事实无人抚养儿童、返贫致贫人口按照70%救助； 2. 在乡重点优抚对象（不含1-6级残疾军人）、城乡重度（一、二级）残疾人员、低保边缘户、脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户按照60%救助。
	特殊病种	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斥治疗、慢性粒细胞白血病、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、精神分裂症等26类89小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，按比例救助，年救助封顶线不低于10万元。 1. 低保对象、特困人员、城乡孤儿、事实无人抚养儿童、返贫致贫人口按照70%救助； 2. 在乡重点优抚对象（不含1-6级残疾军人）、城乡重度（一、二级）残疾人员、低保边缘户、脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户按照60%救助。
倾斜救助		对规范转诊且在重庆市内就医、由我县认定的医疗救助对象，政策范围内医疗费用经三重制度综合保障后，单次住院（含重特大疾病门诊）治疗费用在政策范围内自付超过3000元的，超过部分按比例给予倾斜救助，年救助金额累计不超过3万元。倾斜救助年度限额不纳入普通住院与重特大疾病住院年度医疗救助限额。 1. 低保对象、特困人员、返贫致贫人口按照70%救助； 2. 低保边缘户、脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户按照60%救助。