

重庆市合川区人民政府 关于进一步完善城乡医疗救助制度的实施意见

合川府发〔2012〕15号

各镇人民政府、街道办事处，区政府各部门，有关单位：

为进一步做好城乡医疗救助工作，加快完善我区社会救助体系，帮助城乡困难群众解决就医困难问题，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）精神，结合我区实际，现就进一步完善全区城乡医疗救助制度提出以下实施意见。

一、指导思想

以邓小平理论和“三个代表”重要思想为指导，全面贯彻落实科学发展观，牢固树立“以人为本，为民解困”的工作理念。坚持政府救助、社会扶助和家庭自救相结合的方针，多渠道筹集医疗救助资金，切实帮助城乡困难群众解决就医困难问题。

二、基本原则

城乡医疗救助本着“救急、救难、公平、简便”的原则，为城乡困难群众提供基本的医疗保障服务。

三、医疗救助对象范围



城乡医疗救助的对象原则上为具有本区城乡常住户口的下列人员：

- (一) 城乡低保对象；
- (二) 城市“三无”人员；
- (三) 农村五保对象；
- (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（一、二级）残疾人员；
- (七) 民政部门建档的其他特殊困难人员（包括城镇低收入家庭60周岁以上的老年人）。

(八) 家庭经济困难在校大学生。即辖区内各类全日制普通高等学校（包括民办高校）、科研院所（以下统称高校）中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、全日制研究生中的城乡低保等困难家庭大学生，以及其他享受国家助学金大学生，重度（一、二级）残疾大学生。

四、医疗救助方式及标准

（一）全面资助救助对象参保

从2013年起，对所有医疗救助对象（属于城镇职工医疗保险覆盖范围的除外）参加一档城乡居民合作医疗保险，应缴纳的个人参保费用，给予全额资助；对自愿参加二档城乡居民合作医疗保险的也按一档的资助标准给予资助，超过资助标准的个人应

缴费用由救助对象自付。

（二）普通疾病医疗救助

1.普通疾病门诊医疗救助。对城市“三无”人员、农村五保对象以及城乡低保对象中的重残重病人员和80岁以上老年人，每年给予200元的限额门诊医疗救助，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。对限额门诊救助对象以外的城乡低保对象和在乡重点优抚对象，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100元。

2.普通疾病住院医疗救助。救助对象范围中的城乡低保对象、在乡重点优抚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，按60%的比例救助；城市“三无”人员、农村五保对象、城乡孤儿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，按80%的比例救助；城乡重度（一、二级）残疾人员、民政部门建档的其他特殊困难人员，按40%的比例救助。普通疾病住院医疗救助年封顶线为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前七类救助对象给予重大疾病医疗救助。



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、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、唇腭裂等22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，救助对象范围中城市“三无”人员、农村五保对象、城乡孤儿、城乡低保对象、在乡重点优抚对象按70%的比例救助；城乡重度（一、二级）残疾人员、民政部门建档的其他特殊困难人员按50%的比例救助，年救助封顶线（含住院和门诊）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，救助对象范围中城市“三无”人员、农村五保对象、城乡孤儿、城乡低保对象、在乡重点优抚对象按70%的比例救助；城乡重度（一、二级）残疾人员、民政部门建档的其他特殊困难人员按50%的比例救助，年救助封顶线（含住院和门诊）6万元。



上述医疗救助标准，根据我区经济社会发展水平、医疗救助基金筹集和使用情况，由区民政局会同区财政局商相关部门后适时进行调整。如遇大的政策调整报区政府审定。

家庭经济困难在校大学生门诊和住院医疗费用按相关政策规定纳入学校资助体系资助。

五、推行“一站式”医疗救助服务

（一）完善“一站式”医疗救助管理平台。依托医疗保险信息管理平台，通过增加功能模块，同步建设与基本医疗保险信息系统资源共用、信息共享的医疗救助信息管理平台，实现医疗救助与医疗保险制度的人员信息、就医信息和医疗费用信息的无缝衔接，达到医疗救助与医疗保险“一站式”同步结算。

（二）扩大“一站式”医疗救助服务网络。将医疗保险与医疗服务机构均纳入医疗救助定点服务机构范围，并与其签订医疗服务协议，开设医疗救助与医疗保险同步结算的缴费窗口，张贴医疗救助就医指南，定期公布医疗救助情况，接受社会监督。对医疗机构违规套取、骗取医疗救助资金的，由区民政局会同区人力社保局查处，取消医疗救助定点服务资格；涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

（三）规范“一站式”医疗救助服务流程。救助对象信息要全部输入医疗救助信息管理系统，医疗救助必须在定点医疗机构开展实施。救助对象医疗救助费用由医疗机构垫付。定点医疗机



构要降低救助对象住院治疗入院预缴费用，确保困难群众能及时入院接受治疗。医疗保险经办机构办理救助对象参保手续，只收取扣除资助标准后的个人应缴纳费用。

1.普通疾病门诊治疗由救助对象凭《门诊救助卡》在镇街卫生院及以上定点医疗机构直接享受救助。

2.重大疾病门诊放化疗、透析、输血治疗，需到户籍所在镇街医疗救助经办部门或区民政局申报备案。

3.医疗机构确诊需住院治疗的，实行先入院治疗后完善救助审批手续，由救助对象在出院结账前凭住院通知单到户籍所在镇街医疗救助经办部门或区民政局开具《城乡困难群众住院医疗救助民政通知书》（以下简称《医疗救助通知书》），并将《医疗救助通知书》提交医疗机构，定点医疗机构对城乡医疗救助信息管理系统自动结算的救助金额进行垫付。定点医疗机构要降低救助对象住院治疗入院预缴费用，确保困难群众能及时入院接受治疗。

六、救助资金支付结算

（一）参保资助资金经区民政局审核认定后，由区财政局直接划拨到区城乡居民合作医疗保险财政专户。

（二）定点医疗机构垫付的医疗救助资金，经区民政局审核无误后，属救助对象在我区定点医疗机构就医产生的救助费用，由区财政局直接划拨到定点医疗机构；属救助对象在我区外的市

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。

七、工作要求

各镇街、有关部门对医疗救助工作要高度重视，切实加强城乡医疗救助工作的组织领导，配合城乡居民合作医疗保险市级统筹工作同步推进，全面实施简便快捷、规范有效的医疗救助。

区民政局要充分发挥医疗救助主管部门作用，做好医疗救助制度实施方案的制定和组织实施工作。

区编委办要按照《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）要求，成立区城乡医疗救助管理中心，并落实人员编制。

区财政局负责城乡医疗救助资金的筹集、监督管理和核拨工作；安排适当的工作经费，确保城乡医疗救助工作的正常开展。

区人力社保局要加强居民医保和医疗救助的服务工作，推进居民医保和医疗救助信息管理平台建设。

区卫生局要加强对定点医疗机构的监督管理，督促落实相关优惠政策，规范医疗服务行为，提高服务质量和水平。

区监察局、区审计局要加强对城乡医疗救助资金的审计监督，确保医疗救助资金合理使用。

各镇街负责医疗救助对象的审核、资助参保工作；建立救助对象台账和个人档案；加强对辖区内定点医疗机构医疗救助行为

的监督管理。

各定点医疗服务机构要严格按照城市职工基本医疗保险及城乡居民合作医疗用药目录、诊疗项目目录及医疗服务设施目录，为救助对象提供医疗服务，不得随意扩大服务项目。如在诊断、治疗、处方等医疗环节有弄虚作假、徇私舞弊行为者，卫生部门应予严肃处理。对违反规定的定点医疗服务机构，一经查实，区民政局取消医疗救助定点医疗服务资格。

八、本实施意见于 2012 年 11 月 1 日实施，原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。

重庆市合川区人民政府

2012 年 11 月 5 日