

重庆市永川区人民政府 关于进一步完善城乡医疗救助制度的通知

永川府发〔2012〕57号

各镇人民政府、街道办事处，区政府有关部门，有关单位：

为贯彻落实民政部、财政部、人力资源和社会保障部、卫生部《关于开展重特大疾病医疗救助试点工作的意见》（民发〔2012〕21号）和重庆市人民政府《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，逐步提高全区城乡居民医疗保障水平，进一步规范我区城乡医疗救助工作，现就进一步完善我区城乡医疗救助制度有关事项通知如下：

一、扩大医疗救助范围

城乡医疗救助实行属地管理，救助范围扩大到以下低收入人员：

- （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）家庭经济困难的在校大学生，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的大学生，重度（一、二级）残疾大学生。

二、完善医疗救助政策

（一）全面资助救助对象参保。从 2013 年起，全面资助救助对象参保，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，属城市“三无”人员、农村五保人员的给予全额资助，其他对象按 50 元标准给予资助；自愿参加二档城乡居民合作医疗保险的统一按 60 元标准给予资助。超过资助标准的个人应缴参保费用由救助对象自己缴纳。

救助对象未参加医疗保险的，由户口所在地的镇街民政办公室负责通知本人在户口所在地社保经办机构办理相关登记手续。

（二）规范普通疾病医疗救助。取消临时医疗救助，规范普通疾病门诊和住院医疗救助方式。

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



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 200 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。门诊救助年封顶线为 100 元。

2. 普通疾病住院医疗救助。

对城市“三无”人员、农村五保对象、城乡孤儿三类人员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，按不低于 60% 的比例给予救助；

对城乡低保对象、在乡重点优抚对象（不含 1—6 级残疾军人）两类人员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% 的比例给予救助；

对城乡重度（一、二级）残疾人员、民政部门建档的其他特殊困难人员（包括城镇低收入家庭 60 周岁以上的老年人）两类人员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 40% 的比例给予救助。

所有医疗救助对象普通疾病住院医疗救助年封顶线为 6000



元。

（三）开展重大疾病医疗救助。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，救助对象范围中的城乡低保对象、城市“三无”人员、农村五保对象、城乡孤儿、在乡重点优抚对象（不含 1—6 级残疾军人）按 70%的比例救助，其他救助对象按 50%的比例救助。救助封顶线为每年（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，按特殊病种的救助比例给予救助，救助封顶线为每年 6 万元。

上述医疗救助标准，根据经济社会发展水平和医疗救助基金筹集情况，由区民政局会同区财政局提出意见报区政府审定后适时调整。

家庭经济困难的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。

三、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。结合我区医疗保险市级统筹工作的开展，依托市级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。将医疗保险定点医疗机构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，明确各自的责任、权利与义务。承担救助服务的医疗机构要设立定点服务机构并挂牌服务，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资源和社会保障局查处，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。救助对象名单及相关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。各镇街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。普通疾病门诊治疗由救助对象凭《社会保障卡》在定点医疗机构直接享受救助，重大疾病门诊放化疗、透析、输血治疗，需到户籍所在镇街民政办申报备案。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民政办申报，镇街民政办应在2个工作日内审核确认。救助对象医疗救助费用由定点医疗机构垫付。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。

四、强化医疗救助基金管理

（一）加大医疗救助资金筹集力度。区财政要切实做好全区医疗救助资金筹集工作，将医疗救助资金纳入财政预算安排，原则上区财政预算安排的资金不得低于市级下拨补助资金总额的15%。同时，动员和发动社会力量，通过慈善和社会捐助等多渠道筹集资金，确保全区城乡医疗救助基金平稳运行。

（二）统筹医疗救助基金管理。区财政要在社保基金财政专户中设立城乡医疗救助基金专户，市级下拨的医疗救助资金及区财政安排的医疗救助资金，全部划入城乡医疗救助基金统一管



理，统筹调剂使用。当年医疗救助基金如有结余，按规定结转下年使用，不得挪作他用。

（三）规范医疗救助基金支付。参保资助资金经区民政局根据救助对象实际参保情况进行审核认定后，由区财政局于每年 1 月直接划拨到区城乡居民合作医疗保险基金财政专户。定点医疗机构垫付的医疗救助资金，属救助对象在本区定点医疗机构就医产生的救助费用，由定点医疗服务机构按月汇总报区民政局审核后，由区财政局直接划拨到辖区定点医疗服务机构；属救助对象在本区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。

五、加强与临时救助和慈善援助的衔接

救助对象经基本医疗保险报销、学校资助体系资助和医疗救助后，其自付费用仍然过高难以承担，或不属于医疗救助对象范围的其他低收入家庭成员因患重特大疾病导致难以自付医疗费用的，各镇街和区民政局要通过临时救助制度、稻草援助或慈善医疗援助等给予及时救助和帮扶，切实帮助他们解决实际困难，防止因病致贫、因病返贫。

六、加强组织领导，积极推进实施

（一）各镇街要高度重视，切实加强对城乡医疗救助工作的组织领导。原则上每个镇街至少配备城乡医疗救助专职人员 1 名，并根据本地医疗救助工作需要，预算安排落实必要的医疗救



助工作经费。切实落实好本地区城乡困难群众医疗救助工作。

（二）各相关部门要各负其责，密切配合，共同抓好落实。区民政局要发挥医疗救助主管部门作用，切实加强医疗救助能力建设，做好医疗救助制度的组织实施工作；区财政局要及时安排城乡医疗救助资金，加强对资金管理和使用情况的监督检查；区人力资源和社会保障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；区卫生局要加强对医疗机构的监督管理，规范医疗服务行为，提高服务质量。

七、原城乡医疗救助政策与本通知不一致的，以本通知为准。

重庆市永川区人民政府

2012 年 9 月 28 日