

**重庆市南岸区人民政府办公室
关于印发《南岸区进一步完善城乡医疗救助
制度的实施意见》的通知**

南岸府办发〔2012〕145号

区政府有关部门，有关单位：

《南岸区进一步完善城乡医疗救助制度的实施意见》已经区政府研究同意，现印发给你们，请结合实际认真组织实施。

重庆市南岸区人民政府办公室

2012年10月23日



南岸区进一步完善城乡医疗救助制度的 实施意见

为认真贯彻《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，进一步深化社会救助管理体制改革，积极配合城乡居民合作医疗保险市级统筹工作推进，逐步提高城乡居民医疗保障水平，现就进一步完善我区城乡医疗救助制度提出如下实施意见：

一、城乡医疗救助对象

城乡医疗救助实行属地管理，救助对象为具有南岸区户籍的下列对象：

- （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）城乡重点优抚对象（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（包括本人收入低于重庆市企业退休人员基本养老金最低标准的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、城乡医疗救助方式及标准

(一)全面资助救助对象参保

1. 从2013年起，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的按每人每年50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付。

2. 对城市“三无”人员、农村五保人员、城乡孤儿给予参加城乡居民合作医疗保险二档全额资助。

3. 对城乡低保对象、在乡重点优抚对象自愿参加二档城乡居民合作医疗保险的按每人每年120元标准给予资助；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和在校困难大学生自愿参加二档城乡居民医疗保险的按每人每年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付。



救助对象未参加医疗保险的，由街镇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）普通疾病门诊医疗救助

1. 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，每人每年给予 500 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。

2. 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 200 元。

（三）普通疾病住院医疗救助

救助对象范围中前五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 70% 的比例给予救助；对其他救助对象按 40% 的比例给予救助。年救助封顶线为 7000 元。

（四）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，救助对象范围中前五类按 70% 的比例救助，其他救助对象按 50% 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。

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，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社局查处，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。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。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，需到户口所在地的街镇申报，区

民政局审核备案。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口所在地的街镇申报，区民政局在 2—3 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。

五、强化医疗救助基金管理

(一) 加大医疗救助筹资力度。要切实做好医疗救助资金筹集工作，加大区财政投入力度。从 2013 年起，当年财政预算安排资金不得低于上年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，确保我区城乡医疗救助基金平稳运行。

(二) 统筹医疗救助基金管理。要在社保基金财政专户中建立城乡医疗救助基金专账，市级下拨的城市和农村医疗救助资金及区内安排的城乡医疗救助资金，全部划入城乡医疗救助基金统一管理，统筹调剂使用。当年筹集的医疗救助基金结余不得超过 15%，结余资金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。根据救助对象实际参保情况，参保资助资金经区民政局审核认定后，由区财政局于每年 1 月直接划拨到城乡居民合作医疗保险财政专户。定点医疗机构垫付的



医疗救助资金，经区民政局定期审核无误后，属救助对象在本区定点医疗机构就医产生的救助费用，由区民政局直接划拨到辖区定点医疗机构；属救助对象在区外市内异地定点医疗机构就医产生的救助费用，通过市级医保结算平台进行结算。

六、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，要通过临时救助制度或慈善医疗援助给予及时救助和帮扶，切实帮助其解决实际困难，防止因病致贫、因病返贫。

七、其他事宜

本实施意见从发文之日起执行。原城乡医疗救助制度与本意见不一致的，按本意见执行。