

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

各区县（自治县）人民政府，市政府有关部门，有关单位：

为贯彻落实《国务院关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知》（国发〔2012〕11号）和民政部、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）精神，积极配合全市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，现就进一步完善全市城乡医疗救助制度提出如下意见：

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，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付。



救助对象未参加医疗保险的，由民政部门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，每年给予不低于 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，按不低于 60% 的比例给予救助。年门诊救助封顶线不低于 100 元。

2. 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，按不低于 60% 的比例给予救助；对其他救助对象按不低于 40% 的比例给予救助。年救助封顶线不低于 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，救助对象范围中前五类按不低于 70% 的比例救助，其他救助对象按不低于 50% 的比例救助。年救助封顶线（含住院和门诊）不低于 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，年救助封顶线不低于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，由市民政局会同市财政局提出意见报市政府审定后适时调整。有条件的区县（自治县）可结合实际适当提高医疗救助标准。

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。结合我市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，由区县（自治县）民政部门会同人社部门查处，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，需到户籍所在区县（自治县）或街道、镇（乡）民政部门申报备案。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区县（自治县）或街道、镇（乡）民政部门申报，民政部门应在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。

四、强化医疗救助基金管理

（一）加大医疗救助筹资力度。各区县（自治县）要切实做好当地医疗救助资金筹集工作，加大本级财政投入力度，从2013



年起，当年本级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，确保城乡医疗救助基金平稳运行。

（二）统筹医疗救助基金管理。各区县（自治县）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县（自治县）本级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，参保资助资金经区县（自治县）民政部门审核认定后，由同级财政部门于每年 1 月直接划拨到当地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，经区县（自治县）民政部门定期审核无误后，属救助对象在本区县（自治县）定点医疗机构就医产生的救助费用，由区县（自治县）财政部门直接划拨到辖区定点医疗机构；属救助对象在本区县（自治县）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。

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，各区县（自治县）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

各区县（自治县）人民政府要切实加强对城乡医疗救助工作的组织领导，按照本意见精神抓紧制定具体实施办法，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；要按照《重庆市人民政府关于深化医药卫生体制改革的实施意见》（渝府发〔2009〕98号）精神，成立城乡医疗救助管理中心，为管理中心提供必要的工作场所和工作经费，健全医疗救助经办机构，切实做好困难群众基本医疗保障工作。相关部门要各负其责，密切配合，共同抓好落实。民政部门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；财政部门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；人力资源和社会保障部门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；卫生部门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意见不一致的，以本意见为准。

重庆市人民政府

2012年7月24日