

重庆南川区人民政府 关于进一步完善城乡医疗救助制度的通知

南川府发〔2012〕61号

各乡镇人民政府、街道办事处，区政府有关部门，有关单位：

为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，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，经区政府研究，现就进一步完善全区城乡医疗救助制度通知如下：

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)。

二、完善医疗救助政策

(一) 全面资助救助对象参保。从 2013 年起, 全面资助医疗救助对象参加城乡居民合作医疗保险(属于城镇职工医疗保险覆盖范围的除外)。属城市“三无”人员、农村五保人员、在乡重点优抚对象中的在乡老复员军人、烈士遗属、在乡重点失能优抚对象给予全额资助参加二档城乡居民合作医疗保险。其他对象按 60 元标准给予资助参加一档城乡居民合作医疗保险; 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, 由各乡镇、街道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、在乡重点优抚对象中的在乡老复员军人、烈士遗属、在乡重点失能优抚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、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 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)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。结合重庆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，积极整合资源，将医疗救助系统、医疗保险系统、结算系统、督查监管系统及《社会保障卡》信息相结合连通，同步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）规范“一站式”医疗救助服务流程。所有救助对象名单及相关信息要全部录入医疗救助信息管理系统，医疗救助对象救助费用全部在信息网络上进行结算，不再进行事后救助。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，需到户籍所在乡镇、街道申报备案。经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乡镇、街道申报，乡镇、街道应在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。

救助对象生病住院，医院对其住院费用、医疗保险报销金额、民政医疗救助金额实行按日同步结算，确保救助对象明白救助。

四、强化医疗救助工作管理

（一）统筹医疗救助基金管理。区财政每年按不低于上年市级下拨补助资金总额的15%预算安排医疗救助配套资金。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。结余资金按规定结转下年使用，不得挪作他用。

（二）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月直接划拨到区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，由区财政局直接划拨到辖区定点医疗机构；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。

（三）加强定点医疗机构监管。区民政局要加强与区卫生局、人力社保局等部门的协调配合，共同确定定点医疗救助机构，完善定点医疗救助机构准入和退出机制，定期开展对定点医疗救助机构医疗服务行为的专项检查，严格监督定点医疗机构中的代理救助行为。通过与定点医疗机构签订委托代理和监管协议，明确双方责任和义务，建立考核机制，实行进入退出动态管理。定点医疗机构要严格执行医疗救助政策规定，落实“四有”，即有医疗救助服务定点标识，有醒目的医疗救助就医指南，有城乡医疗救助与城乡居民合作医疗保险同步结算窗口，有公示栏定期公示医疗救助情况，确保即时结算医疗救助费用的“一站式”医疗救助服务顺利开展。对违反规定、弄虚作假的给予批评教育、处罚直至取消其定点医疗救助机构资格。

（四）加强救助对象住院监管。救助对象入院治疗时，要遵守医院规定，积极配合接受治疗，完清自付费用。救助对象经医院确诊治愈需及时出院的，应立即办理出院，对不按规定出院的，区民政局要会同区医保中心和医疗机构终止对其救助。

（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在1万元以上的，由区临时救助资金予以救助。对其自付费用在1万元以下的，由各乡镇、街道稻草援助中心给予救助；对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



疾病导致自付医疗费用在 2 万元以上的，由区临时救助资金予以救助。对其自付费用在 2 万元以下的，由各乡镇、街道稻草援助中心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。

五、加强组织实施

（一）加强协作。区民政局要做好医疗救助制度的实施和管理；区编办要健全医疗救助经办机构，在成立区医疗救助管理中心的基础上，配备编制人员负责城乡医疗救助管理工作；区财政局要做好医疗救助基金的筹集、支付、监管工作，要将医疗救助管理中心工作经费纳入财政预算，确保工作正常运转；区人力社保局要做好城乡医疗保险信息系统与城乡医疗救助信息管理系统的对接，实现两套系统的有机衔接；区卫生局要加强对医疗机构的监督管理，严格控制医药费用不合理增长，规范医疗服务行为，提高服务质量，防止骗取医疗救助行为。区审计局、监察局等部门要加强对医疗救助资金的监管，对违纪违规行为进行严肃查处，并追究相应责任。

（二）加强宣传。南川日报社、南川电视台、政府门户网站、手机报等媒体要加强对医疗救助的公益宣传，确保群众知晓医疗救助政策。区民政局、卫生局、人力社保局等部门要采取印发资料、培训业务、走村入户等形式宣传讲解医疗救助政策。各乡镇街道要把医疗救助政策作为村务公开的重要内容固定公示，组织基层干部向救助对象面对面宣讲政策，做到家喻户晓，人人皆知。



定点医疗机构要向救助对象宣传医疗救助的范围、标准、办理程序，多措并举宣传推进医疗救助工作。

七、原城乡医疗救助政策与本通知不一致的，以本通知为准。

重庆市南川区人民政府

2012 年 11 月 19 日