

重庆市梁平区人民政府 关于印发重庆市梁平区城乡医疗救助实施办法的 通知

梁平府发〔2017〕28号

各乡镇人民政府（街道办事处），区政府各部门，有关单位：

《重庆市梁平区城乡医疗救助实施办法》已经区十七届人民政府第8次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

重庆市梁平区人民政府

2017年5月3日



重庆市梁平区城乡医疗救助实施办法

第一条 为进一步规范全区城乡医疗救助工作，提高城乡困难群众医疗保障水平，根据《国务院办公厅转发民政部等部门关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作意见的通知》（国办发〔2015〕30号）、《关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》（渝府发〔2012〕78号）、《重庆市人民政府办公厅转发市民政局等部门关于进一步完善城乡医疗救助制度意见的通知》（渝府办发〔2015〕174号）有关要求，结合全区实际，制定本实施办法。

第二条 将社会救助纳入国民经济和社会发展规划，建立健全政府领导、民政部门牵头、有关部门配合、社会力量参与的社会救助工作协调机制，完善社会救助资金、物资保障机制，将政府安排的社会救助资金和社会救助工作经费纳入财政预算。

民政、财政、人力社保、卫生计生等部门，要加强协调配合，共同做好医疗救助管理工作。

各乡镇（街道）要做好申请救助对象的审查，承办申请接收、调查核实、张榜公布、材料申报等具体工作。

第三条 城乡医疗救助范围。



城乡医疗救助实行属地管理，救助对象为具有本区户口的下列人员：

（一）城乡低保对象。

（二）特困供养人员（含城市“三无”人员和农村五保对象、城乡孤儿和事实无人抚养困境儿童）。

（三）在乡重点优抚对象（不含1—6级残疾军人）。

（四）城乡重度（一、二级）残疾人员。

（五）民政部门建档的其他特殊困难人员。

（六）因病致贫家庭重病患者。即发生高额医疗费用、超过家庭承受能力、基本生活出现严重困难家庭中的重病患者。因病致贫家庭重病患者认定办法，由区民政局商相关部门制定。

第四条 城乡医疗救助方式及标准。

城乡医疗救助采取资助参保、门诊医疗救助、普通疾病住院医疗救助和重大疾病医疗救助四种方式。

（一）资助参保。从2017年起到“十三五”末，医疗救助对象参加一档城乡居民合作医疗保险，应缴纳的个人参保费用，对城乡低保对象、特困供养人员给予全额资助，其他对象按不低于当年参保标准的70%给予资助。对自愿参加二档城乡居民合作医疗保险或城镇职工医疗保险的，统一按当年一档全额标准给予资助。超过资助标准的个人应缴参保费用由救助对象自行承担。



每年实际资助参保标准由区民政局商区财政局、区人力社保局、区卫生计生委确定。

（二）普通疾病门诊医疗救助。对城市“三无”人员、农村五保对象，城乡低保对象中需院外维持治疗的重残重病人员、80岁以上的城乡低保对象每人每年给予400元的限额门诊救助，其医疗费用经医疗保险报销后，属于医疗保险报销范围的自付门诊费用，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、城乡孤儿和在乡重点优抚对象，其医疗费用经医疗保险报销后，属于医疗保险报销范围的自付门诊费用，按80%的比例给予救助，年门诊救助封顶线为300元，门诊救助金当年有效，不结转使用。

（三）普通疾病住院医疗救助。医疗救助对象患普通疾病，在一级、二级医疗机构住院，医疗费用经医疗保险报销后，属于医疗保险报销范围的自付费用，特困供养人员按100%的比例给予救助，城乡低保对象按80%的比例给予救助，在乡重点优抚对象按75%比例给予救助，其他救助对象按70%的比例救助。

医疗救助对象患普通疾病，在三级及以上医疗机构住院，其医疗费用经医疗保险报销后，属于医疗保险报销范围的自付费用，特困供养人员按100%的比例给予救助，城乡低保对象、在



乡重点优抚对象按 75%的比例给予救助，其他救助对象按 65%的比例给予救助。

救助对象一年内可一次或多次享受救助，全年累计救助封顶线为 10000 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(含精神分裂症、躁狂症、焦虑症等肇事肇祸精神病)、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、地中海贫血、白血病等 24 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，属于医疗保险报销范围的自付费用，特困供养人员按 100%的比例给予救助，城乡低保对象、在乡重点优抚对象按 75%的比例给予救助，其他救助对象按 65%的比例给予救助。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《重庆市人民政府办公厅转发市卫生局等部门关于开展儿童重大疾病医疗保障试点工作实施意见的通知》（渝办发〔2010〕263号）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（属于医疗保险报销范围内）超过3万元的，经医疗保险报销后，属于医疗保险报销范围的自付费用，按特殊病种的救助比例给予救助，年救助封顶线为6万元。

本条所规定的资助参保标准和救助标准，根据重庆市的相关规定和救助基金量的多少，由区民政局商区财政局、区人力社保局、区卫生计生委作适时调整，并报区政府备案。

第五条 医疗救助就医用药范围、诊疗项目等，原则上参照医疗保险的相关规定执行。对确需到上级医疗机构或区外异地医院就诊的医疗救助对象，应按规定履行转诊或备案手续。

对卫生计生部门已经明确诊疗路径、能够通过门诊治疗的重特大疾病病种，可采取单病种付费等方式开展救助。

第六条 医疗救助程序。区民政局应及时更新城乡医疗救助对象信息，并录入城乡医疗救助信息系统。

（一）资助参保程序。每年办理城乡居民医疗保险参保期间，医疗救助对象凭有效证件和证明材料向乡镇（街道）社保所申请



参保，并提出资助申请，符合资助条件的，由社保所按规定收取扣除资助标准后的个人应缴纳费用，并将参保资助人员信息汇总后，分别报区医保局和区民政局。区医保局将乡镇（街道）上报的参保资助人员按规定纳入城乡居民医保范围。

（二）门诊和住院医疗救助程序。医疗救助对象在定点医疗机构门诊或住院治疗的，凭有效证件（社会保障卡、居民身份证等）直接享受救助，限额范围内的医疗救助费用由定点医疗机构垫付，与医疗保险“一站式”同步结算。

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。

第七条 医疗救助资金的结算。

（一）资助参保资金的结算。用于资助城乡医疗救助对象参保的资金，由区民政局审定后，区财政局根据区民政局审定的金额将参保资助金直接从城乡医疗救助基金财政专户划拨到区医保局城乡居民医保基金财政专户。

（二）门诊医疗救助和住院医疗救助资金的结算。医疗救助对象在区内定点医疗机构就医产生的门诊医疗救助金和住院医疗救助金，由就诊医院于每月下旬将垫付的救助资金汇总后，连同救助对象医疗费用报销申报拨付手续（加盖医院公章），提交区民政局审核。区民政局审核无误后于次月上旬报区财政局，区



财政局复核后直接将医院垫付的医疗救助金拨付到各定点医疗机构指定账户。医疗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，按重庆市的相关规定办理。

第八条 医疗救助资金的筹集。建立区城乡医疗救助基金，资金来源为：

- （一）上级拨入的城乡医疗救助专项资金；
- （二）区财政每年按上年市级下拨医疗救助补助资金总额的15%预算安排本级城乡医疗救助资金；
- （三）区福利彩票公益金安排的城乡医疗救助资金；
- （四）社会各界自愿捐赠用于城乡医疗救助的捐赠资金；
- （五）城乡医疗救助基金利息收入；
- （六）按规定可用于城乡医疗救助的其它资金。

第九条 医疗救助资金的管理。

城乡医疗救助资金实行专账管理，专款专用。区财政局设立城乡医疗救助基金专户并专帐核算，用于办理资金的汇集、核拨等业务。市级下拨的城乡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。区财政局要加强对城乡医疗救助资金使用情况的监督检查。区民政局要建立资助参保、门诊医疗救助、住院医疗救助等明细台帐，用于城乡医疗救助的审核、审批、结算。



第十条 定点医疗救助服务机构的确认。

将医疗保险与医疗服务机构纳入医疗救助定点服务机构范围。区民政局要与其签订医疗救助服务协议，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服务窗口，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。

第十一条 医疗救助定点机构的监督管理。

区民政局会同区人力社保局、区卫生计生委加强对医疗救助定点机构医疗服务行为的监督管理，防控不合理医疗行为和费用。对不按规定用药、诊疗以及不按规定提供医疗服务所发生的费用，医疗救助基金不予结算。对违反合作协议，不按规定提供医疗救助服务，造成医疗救助资金流失或浪费的，要终止定点合作协议，取消医疗救助定点医疗机构资格，并依法追究 responsibility。

第十二条 本办法自公布之日起施行，原《梁平县人民政府关于印发梁平县城乡医疗救助实施办法的通知》（梁平府发〔2016〕18号）同时废止。