

附件 1

綦江府发〔2013〕2号

重庆市綦江区人民政府
关于印发重庆市綦江区城乡医疗救助
实施办法的通知

各街道办事处、各镇人民政府，区政府各部门，各有关单位：

《重庆市綦江区城乡医疗救助实施办法》已经区政府同意，
现印发你们，请遵照执行。

重庆市綦江区人民政府

2013年1月9日

重庆市綦江区城乡医疗救助实施办法

第一章 总 则

第一条 为切实解决城乡贫困群众就医难问题，全面建立和完善城乡医疗救助制度，健全我区社会救助体系，实现和谐发展，根据市政府《关于全面建立和完善城乡医疗救助制度的意见》（渝府发〔2007〕75号）和《关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》（渝府发〔2012〕78号）文件精神，结合我区实际，制定本办法。

第二条 城乡医疗救助是通过政府拨款和社会各界自愿捐助等多渠道筹措资金，对患大病的城乡困难居民家庭的医疗费按一定标准给予补助，以缓解其因病致贫而造成家庭生活困难的救助制度。

第三条 实施城乡医疗救助应遵循以下原则：

（一）实事求是，因地制宜的原则。医疗救助水平要与我区经济社会发展水平相适应，既要量力而行，又要尽力而为。

（二）救急救难，简便易行的原则。救困难群众之所急，方便快捷，及时有效。

（三）突出重点，分类救助的原则。根据救助对象困难程度和不同病种治疗费用的高低实行分类救助。

(四) 政府主导，社会参与的原则。发动社会力量资助、慈善医疗援助、医疗机构自愿减免有关费用等多种形式对救助对象给予医疗救助。

(五) 加强配合，共同推进的原则。要加强与城镇职工基本医疗保险和城乡合作医疗制度的衔接，建立覆盖城乡、互为补充的多层次基本医疗保障体系。

第四条 城乡医疗救助由区人民政府负责，区级相关职能部门组织实施。

(一) 区民政局是城乡医疗救助的主管部门，要成立城乡医疗救助管理中心，负责城乡医疗救助制度的制定和组织实施工作。

(二) 区财政局负责做好城乡医疗救助基金的筹集、支付和监管工作，落实必要的工作经费，确保工作正常运转。

(三) 区卫生局负责对城乡医疗救助医疗机构的监督管理，规范医疗服务行为，落实医疗优惠政策，提高服务质量和工作效率，严格控制医药医疗费用不合理增长；与区民政局共同确定城乡医疗救助定点医疗机构。

(四) 区医保中心负责做好城镇职工基本医疗保险制度、城乡合作医疗制度与城乡医疗救助制度的有关衔接工作。

(五) 区监察局、区审计局负责加强对城乡医疗救助资金的审计监督，确保资金安全、合理和规范使用。

(六) 各镇人民政府、街道办事处负责本辖区申请城乡医疗救助对象的审核、医疗救助证的发放工作。

(七) 各村委会、社区居委会受镇人民政府、街道办事处委托，承办城乡医疗救助申请的接收、调查核实工作。

第二章 救助对象、方式和标准

第五条 城乡医疗救助实行属地管理，救助对象为具有我区常住户口的下列人员：

- (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(含困境儿童)；
- (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大学生，重度(一、二级)残疾大学生。

第六条 城乡医疗救助方式包括资助参保、普通疾病医疗救助、重大疾病医疗救助。救助标准由区人民政府确定，并根据我

区经济社会的发展适时调整。

(一) 资助参保。医疗救助对象，由医疗救助基金资助其参加城乡居民合作医疗保险。

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、农村五保对象的给予全额资助，其他对象按 50 元标准给予资助；在乡老复员军人给予全额资助参加二档，其他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纳的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) 普通疾病医疗救助。分为门诊医疗救助和住院医疗救助。

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 300 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。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 100 元。救助资金当年有效，不结转使用。

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 70%的比例给予救助(其中城市“三无”人员、农村五保对象、城乡孤儿按 80%的比例救助)，年救助封顶线 8000 元；其他救助对象按 40%的比例给予救助，年救助封顶线 6000 元。

(三) 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。救助对象患肺癌、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(其中城市“三无”人员、农村五保对象、城乡孤儿按 80%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)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。

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。

第七条 下列情况不属于救助范围：

- （一）在非定点医疗机构就医、住院发生的医疗费用；
- （二）康复医疗产生的医疗费用；
- （三）应由工伤、生育保险支付的范围；
- （四）因卖淫、嫖娼、吸食毒品、酗酒、打架斗殴、自杀、自残、交通事故等应由本人或其他责任主体承担责任所发生的医疗费用；
- （五）国家和市规定不能救助的其它情形。

第八条 医疗费用包含城镇职工基本医疗保险和城乡合作医疗用药目录、医疗服务项目目录及医疗服务设施目录内和目录外费用。审核确定个人实际负担医疗费用时，应剔除下列费用：

- （一）定点医疗机构按规定减免的费用；
- （二）患者本人或家属所在单位为其报销的医疗费用；
- （三）参加各种商业保险或基本医疗保险报销的费用；
- （四）社会各界互助帮扶给予的救助资金。

第三章 申请和审批程序

第九条 资助参保按年度审批。城乡困难居民持低保证、五保证、优抚证、残疾证、城乡孤儿、城市“三无”证明和户口簿、身份证等有效证件及收入证明等相关材料，到镇街医保办自愿申请参保；镇街民政办协助镇街医保办对参保对象进行审核认定。符合资助条件的，镇街医保办按规定收取个人应缴纳的参保费用，同时将资助参保人员信息汇总一式两份分报区医保中心、区民政局。

第十条 门诊医疗救助实行年度审批制。救助对象范围中前五类对象享受普通疾病门诊医疗救助和重大疾病门诊医疗救助，后三类对象享受重大疾病门诊医疗救助。

镇街民政办每年 11 月 30 日前，将本辖区内符合条件的对象分类造册报区民政局。区民政局审核后，在城乡医疗救助系统中进行身份认定。患普通疾病需门诊治疗的救助对象凭《社会保障卡》在定点医疗机构直接享受救助，患重大疾病需门诊放化疗、透析、输血治疗的救助对象经户籍所在地镇街民政办向区民政局申报备案后，方可享受救助。

第十一条 住院医疗救助的申请审批程序为：

（一）本人申请。救助对象患大病在辖区定点医疗机构住院后到出院结账前，由本人或法定监护人凭定点医疗机构出具的住院通知书和低保证、五保证、优抚证、城乡孤儿、城市“三无”证明和户口簿、身份证等有效证件，向镇街民政办申报。

(二) 系统激活。镇街民政办在 1 个工作日内对其身份、病情及参保情况进行核实后，符合救助条件的报民政局进行系统激活；对不符合救助条件的，告知不予救助的原因，并通知医疗机构。

属区外就医的，由本人或其家属向区民政局申报，由区民政局进行系统激活。救助对象患重大疾病住院的，需经户籍所在地镇街民政办向区民政局申报，区民政局审核确认后，方可享受救助。

第十二条 慈善医疗援助。区民政部门每年从慈善募集资金中安排一定比例用于慈善医疗救助。救助对象当年经大病医疗救助后，再援助一定资金即可治愈的，可申请一次性慈善医疗救助，救助金额视病情而定。慈善医疗援助的申请审批程序为：救助对象凭定点医疗机构的病历材料、医疗费发票和低保证、五保证、优抚证等，向区慈善会提出申请。区慈善会核查后，按照慈善会章程，视其情况予以适当援助。

第四章 基金的筹集和管理

第十三条 区人民政府建立城乡医疗救助基金，基金来源：

- (一) 上级财政拨入的城乡医疗救助专项资金；
- (二) 区财政每年预算安排的城乡医疗救助资金；
- (三) 区福彩公益金的 10%用于城乡医疗救助；
- (四) 社会各界自愿捐赠用于城乡医疗救助的捐赠资金；
- (五) 按规定可用于城乡医疗救助的其它资金。

第十四条 城乡医疗救助金的拨付。

(一) 资助参保金的拨付。由区财政局根据区民政局提供的资助对象人数和金额按年度从城乡医疗救助基金专账核拨至城乡合作医疗基金专户，并通知城乡合作医疗经办机构为其办理有关手续。

(二) 门诊医疗救助金的拨付。救助对象持《社会保障卡》到定点医疗机构门诊或购药，救助限额内产生的费用由定点医疗机构垫付，并由定点医疗机构按月汇总报经区民政局审核后送区财政局，由区财政局复核后直接拨付各定点医疗机构。

(三) 住院医疗救助金的拨付。救助对象住院后，只需交纳自付部份费用，其余费用由定点医疗机构按照本办法规定的救助标准经审核后垫付，定点医疗机构按月将相关手续报区民政局，区民政局审核后，报请区财政局核拨医疗机构垫付的相关费用。

市内跨区县就医的，定点医疗机构垫付的医疗救助资金，通过市医保结算平台进行结算。

第十五条 医疗救助基金的管理。城乡医疗救助基金在区财政社会保障基金专户中建立城乡医疗救助基金专账，实行专户储存，专账管理，专款专用，不得提取管理费或列支其它任何费用，结余资金转入下年度使用。区民政局、各镇人民政府、街道办事处、各医疗救助定点机构设立城乡门诊医疗救助、住院医疗救助明细台帐。

第五章 医疗救助服务及管理

第十六条 凡我区范围内，属城乡合作医疗或城镇职工基本医疗保险确认的定点医疗机构，均是城乡医疗救助定点医疗机构。区民政局要定期与其签订医疗服务协议，明确各自责任、权利和义务。

第十七条 门诊医疗救助原则上由社区卫生服务机构和村卫生室承担；住院医疗救助原则上由镇街卫生院和区级医院承担。

第十八条 城乡医疗救助管理机构和定点医疗机构要完善医疗服务规范，提供优质优惠服务，方便困难群众就诊。承担医疗救助服务的定点医疗机构要有定点医疗救助机构挂牌，开设医疗救助与合作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；同时建立健全医疗救助台帐，妥善保存患者就医依据。

第十九条 救助对象持相关证件到定点医疗机构就诊时，定点医疗机构应减半收取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；同时应控制医疗费用，严格按城乡合作医疗或城镇职工基本医疗保险规定的用药目录、医疗服务项目目录执行；注意费用额度，当救助对象费用超过规定额度时，要及时通知救助对象自行缴纳相关费用。

第二十条 医疗救助统一使用《社会保障卡》，救助对象凭《社会保障卡》到区定点医疗服务机构就医。

第二十一条 持《社会保障卡》的救助对象实行动态管理，由区民政局或各镇街民政办、社保所每季负责系统认定或激活。

第二十二条 虽持有第十条第一款规定的相关证件，但申请城乡医疗救助时已停止享受相应待遇的，不能享受城乡医疗救助。

第六章 监督与处罚

第二十三条 区民政、财政、卫生、审计、医保部门要加强对定点医疗机构的监管，每年组成专项检查组进行1—2次重点抽查，查处违规行为。

第二十四条 对违反规定、弄虚作假的定点医疗机构，要追究相关单位和责任人的责任，取消其城乡医疗救助定点医疗机构资格，收回已拨付的救助资金。

第二十五条 医疗救助管理人员对救助对象故意刁难、玩忽职守、徇私舞弊或贪污、挪用、扣压医疗救助金的，要依据有关规定追究责任；涉嫌构成犯罪的，依法移送司法机关，追究刑事责任。

第二十六条 医务人员为救助对象提供虚假病情诊断证明骗取救助金的，要依据有关规定追究责任；涉嫌构成犯罪的，依法移送司法机关，追究刑事责任。

第二十七条 申请城乡医疗救助的对象必须如实提供相关证明和材料，配合调查。对弄虚作假、骗取医疗救助金的，要如数

追回救助金，并取消其享受医疗救助资格；涉嫌构成犯罪的，依法移送司法机关，追究刑事责任。

第七章 附 则

第二十八条 本办法由区民政局负责解释。

第二十九条 本办法自 2013 年 1 月 1 日起施行，原《綦江县城乡医疗救助实施办法》同时废止。

抄送：区委办公室，市人大常委会办公室，区政协办公室。

重庆市綦江区人民政府办公室

2013年1月9日印发
