



重庆市开州区人民政府办公室 关于进一步完善医疗救助制度的通知

开州府办发〔2017〕123号

各镇乡人民政府（街道办事处），区政府有关部门，有关单位：

为切实减轻困难群众医疗费用负担，提高医疗救助水平，根据《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医疗救助制度意见的通知》（渝府办发〔2015〕174号）等相关文件精神，结合我区实际，现就进一步完善医疗救助制度通知如下：

一、扩大医疗救助范围

医疗救助实行属地管理，并根据困难程度及负担能力，将医疗救助对象分为以下三类：

（一）重点救助对象。最低生活保障家庭成员、特困供养人员（含城市“三无”人员、农村五保对象、城乡孤儿和事实无人抚养困境儿童）。

（二）低收入救助对象。在乡重点优抚对象（不含1—6级残疾军人）、城乡重度（1—2级）残疾人员、民政部门建档特殊



困难人员。

（三）因病致贫家庭重病患者。发生高额医疗费用且超过家庭承受能力、基本生活出现严重困难的家庭中的重病患者。

二、提高医疗救助标准

（一）调整资助参保标准。从 2017 年起到“十三五”末间，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，对重点救助对象给予全额资助，其他对象按当年参保标准的 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。

（二）调整普通疾病门诊医疗救助封顶线。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，其普通疾病限额门诊救助为每人每年 400 元；对限额门诊救助对象以外的城乡低保对象和城乡孤儿、在乡重点优抚对象，其门诊救助年封顶线为每人每年 300 元。

（三）调整普通疾病住院医疗救助标准。在一、二级医疗机构住院治疗的，重点救助对象救助比例为 80%，其他救助对象救助比例为 70%；在三级医疗机构住院的，农村五保、城市“三无”人员救助比例为 80%，城乡低保对象、城乡孤儿（含困境儿童）



救助比例为 70%，城乡重度（1—2 级）残疾人员、民政部门建档特殊困难人员和因病致贫家庭重病患者住院医疗救助比例为 60%。年救助封顶线 6000 元。

（四）加大重特大疾病医疗救助力度。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、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，以及精神分裂症、躁狂症、焦虑症肇事肇祸精神病等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，救助对象范围中城乡重度（1—2 级）残疾人员、民政部门建档特殊困难人员和因病致贫家庭重病患者的救助比例为 60%。在乡重点优抚对象（不含 1—6 级残疾军人）、城乡低保人员、城乡孤儿救助比例为 70%，农村五保、城镇三无人员救助比例为 80%。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《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（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。

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。逐步将医疗保险与医疗服务机构纳入城乡医疗救助定点服务机构，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；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。要切实做好我区医疗救助资金筹集工作，加大区级财政投入力度。当年财政部门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。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, 参保资助资金经民政部门审核认定后, 由财政部门直接划拨到城乡居民合作医疗保险财政专户和区民政局。定点医疗机构垫付的医疗救助资金, 经民政部门定期审核无误后, 属救助对象在本区定点医疗机构就医产生的救助费用, 由区财政部门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。

五、加强组织领导

民政、财政、人力社保、卫生计生、保险监管等部门要加强协作配合, 共同做好重特大疾病医疗救助与基本医疗保险、城乡居民大病保险、疾病应急救助、商业保险的有效衔接, 确保城乡居民大病保险覆盖所有贫困重特大疾病患者, 帮助所有符合条件的困难群众获得保险补偿和医疗救助。加强重特大疾病医疗救助与疾病应急救助制度的高效联动, 将救助关口前移, 主动对符合条件的疾病应急救助对象进行救助。加强对医疗救助定点机构医



疗服务行为和质量的监督管理，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，定点医疗服务机构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。

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；人社保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。

原《开县人民政府关于进一步完善城乡医疗救助制度的通知》（开县府发〔2012〕24号）、《开县人民政府关于进一步完善医疗救助制度的通知》（开县府发〔2015〕24号）、《开州区民政局开州区财政局关于进一步完善医疗救助制度的通知》（开州民发〔2016〕125号）同时废止。

重庆市开州区人民政府办公室

2017年7月4日