



铜梁县人民政府 关于印发铜梁县城乡医疗救助实施办法的 通 知

铜府发〔2012〕12号

各镇人民政府、街道办事处，县政府各部门、有关单位：

《铜梁县城乡医疗救助实施办法》已经县政府研究同意，现印发给你们，请认真遵照执行。

铜梁县人民政府

2012年9月12日



铜梁县城乡医疗救助实施办法

第一章 总 则

第一条 为了进一步改革完善城乡医疗救助制度，积极配合我县城乡居民合作医疗保险市级统筹工作顺利推进，逐步提高城乡居民医疗保障水平，切实解决城乡困难群众就医难问题，根据《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）、《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）、《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）和《重庆市民政局关于做好重特大疾病医疗救助试点工作的通知》（渝民发〔2012〕90号）要求，结合我县实际，制定本实施办法。

第二条 城乡困难群众医疗救助坚持政府资助、社会捐助与个人负担相结合的原则；坚持实事求是、因地制宜、多方筹资、多种方式、量力而行的原则；坚持救济、救难、公平、简便的原则；实行属地管理、就近就地就医、逐级转诊的原则。



第三条 城乡医疗救助工作由县政府负责，相关职能部门组织实施，各部门主要职责如下：

县民政局负责牵头拟定城乡医疗救助实施办法，建立健全城乡医疗救助管理有关制度，做好城乡医疗救助的日常管理和审批工作。

县财政局负责落实城乡医疗救助资金筹集、支付，加强对医疗救助资金使用情况的监督检查，安排必要的医疗救助工作经费，及时将医疗救助金划拨到各相关医疗机构，保证医疗救助资金按时足额发放，确保医疗救助工作正常开展。

县卫生局负责确定定点医疗救助服务机构，并对其实施监督管理，督促落实优惠政策，规范医疗服务行为，切实提高工作效率和服务质量。

县人力资源和社会保障局负责做好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。

县审计局负责加强对医疗救助资金的审计监督，确保医疗救助资金的合理使用。

县监察局负责对医疗救助基金和医疗服务机构的监督，查处违纪、违规、违法行为，并严肃追究有关责任单位和责任人的责任。



各镇街负责申请对象的审查和上报、医疗救助临时就医卡的发放、救助对象住院激活申报以及重大疾病门诊放化疗、透析、输血治疗的申请、审核。建立救助对象的台账和个人档案，进行规范化管理。

社区居委会和村民委员会受镇街的委托，承办申请人的申请接收、调查核实、民主评议、张榜公布等具体工作。

第四条 承担医疗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。救助对象持有效证件到医疗机构就诊，医疗机构要按照有关规定，落实医疗减免政策，控制医疗费用，严格实施医疗救助与医疗保险“一站式”同步结算。

有关单位、组织和个人必须如实提供所需情况，配合做好城乡医疗救助调查工作。

第二章 救助对象

第五条 城乡医疗救助实行属地管理，救助对象为具有本县城镇、农村常住户口的下列人员：



- (一) 经县民政局审批并持有《城乡居民最低生活保障金领取证》的城乡低保户；
- (二) 城市“三无”人员；
- (三) 农村五保对象；
- (四) 城乡孤儿；
- (五) 城市、农村重点优抚对象，即享受定补定抚及残疾军人（不含1至6级伤残军人和在职工伤残军人、企图军人）；
- (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。

第三章 救助标准及范围

第六条 资助参保。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，由医疗保险机构负责通知本人在其户口所在地社保经办机构办理相关登记手续。

第七条 规范普通疾病医疗救助。规范普通疾病门诊和住院医疗救助方式。

（一）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 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负门诊费用，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负门诊费用，按 60% 的比例给予救助。年门诊救助封顶线为 100 元。

（二）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负费用，按 70% 的比例给予救助，其他救助



对象按 50% 的比例给予救助；对城市“三无”人员、农村五保对象，全年累计救助的封顶线为 7000 元，其他救助对象全年累计救助的封顶线为 6000 元。

（三）加强与临时救助和慈善捐助的衔接。除城乡医疗救助对象以外的其他特殊困难群众，因患重大疾病造成家庭生活特别困难的，由其户口所在地镇街视情况给予一次性临时救助，县财政部门将根据实际情况给予适当补助。各镇街要制定完善的临时救助审批程序和办法，完善相关资料备查。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，可以通过慈善医疗援助给予及时救助和帮扶，帮助他们解决实际困难，防止因病致贫、因病返贫。

第八条 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。

（一）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 70% 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）为 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。

（二）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，年救助封顶线为 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。

第九条 审核确定个人实际负担医疗费用时，应剔除下列费用：

（一）医疗单位按规定应减免的费用；



- (二)患者本人或家属所在单位为其报销的医疗费用;
- (三)参加多种商业保险赔付;
- (四)城镇职工医疗保险或新型农村合作医疗制度支付的医疗保险或补偿金;
- (五)社会各界互助帮扶给予救助的资金。

第十条 以下情况不属于救助范围:

- (一)因打架斗殴、酗酒、自杀、自残、戒毒、性病等引发的诊疗费用;
- (二)因康复医疗、工(公)伤、司法鉴定、劳动鉴定、交通事故所发生的费用和因医疗事故所增加的费用,以及其他责任事故引发的诊疗项目;
- (三)擅自就医、挂名住院和不符合住院条件而住院的病人发生的一切医疗费用。

第四章 救助办法及流程

第十一条 城乡困难群众医疗救助实行“一站式”医疗救助服务,全面实行医疗救助费用即时结算的“一站式”医疗救助服务办法,确保困难群众“随来随治、随走随结”。



(一)进一步完善“一站式”医疗救助管理平台。结合我县“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，通过县医疗保险信息管理平台增加功能模块，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)进一步扩大“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。

(三)进一步规范“一站式”医疗救助服务流程。全力保障医疗救助对象全部进入医疗救助信息管理系统，医疗救助必须在定点医疗机构实施。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，需到户籍所在镇街申请、审核后，报县民政局审批备案。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、诊断证明以及有效证件（低保证、五保证等）到户籍所在镇街申请、审核后，报县民政局审批，民政部门应在2至3个工作日内审核确认，根据民政医疗救助系统提示详情，激活住院对象救助信息。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。

同时，医疗机构确诊需要住院治疗的，实行逐级转诊救助，符合救助对象的人员就医必须遵循就近就地就医、逐级转诊的原则，具体就医流程如下：

所有救助对象因病就医，须首先到就近的镇街卫生院（社区服务中心）进行首诊；确因病情较重需要转上级医院检查治疗的，须经镇街卫生院会诊后，出具转诊证明方可转二级医院住院治疗；需转三级医院住院的，由二级医院出具转诊证明并报县民政局和医保局审批同意方能享受相关待遇。县内各定点医疗机构在接诊时应严格遵照本制度，否则医疗保险和民政救助均不予以支付医保报账及民政救助经费。

第十二条 医疗救助定点服务医院由县民政局、人社局、财政局、卫生局授牌。遇到疑难重症，需到非指定医疗卫生机构就诊时，由定点医院出具转院证明。



第十三条 县政府建立独立的城乡医疗救助资金，资金来源如下：

- (一) 上级拨入的城乡医疗救助专项资金；
- (二) 县财政按照上年度城乡低保对象、重点优抚对象、农村五保户总人数预算的城乡医疗救助资金；
- (三) 县民政局每年从留归本级使用的福利彩票公益金中安排一定数额的资金用于城乡医疗救助；
- (四) 社会各界捐赠资金；
- (五) 县残联每年收取的残疾人就业保障金按 10%用于城乡医疗救助；
- (六) 按规定可用于城乡医疗救助的其他资金。

第十四条 城乡医疗救助资金纳入社会保障基金财政专户，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他任何费用，具体财务管理方法由县财政局、民政局制定。

第五章 监督管理及法律责任

第十五条 县民政局要建立城乡医疗救助台账，加强规范管理，采取适当方式将医疗救助情况向社会公布，接受群众的监督并负责办理群众投诉。



第十六条 医疗救助定点服务医院要完善并落实各种诊疗规范和管理制度，按照医疗保险用药目录、诊疗项目目录及医疗服务设施目录，为医疗救助对象提供服务、保证服务质量、降低医疗费用，并配合镇街核定救助费用范围。对于在诊断、治疗、处方等医疗环节弄虚作假或徇私舞弊者，由职能部门按相关规定予以行政处罚，取消从业资格，由纪检监察机关给予相关责任人行政和纪律处分；对医疗机构违规套取、骗取医疗救助资金的，由县纪委监委、民政局、人社局查处，取消其医疗救助定点服务资格并相应扣减次年财政工作经费，不下拨当年医疗救助资金，同时追究相关单位和责任人的责任；涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

第十七条 负责城乡医疗救助工作的相关单位和人员必须严守纪律，遵守各项规章制度。对玩忽职守、徇私舞弊或贪污、挪用、扣压医疗救助专项资金的，要严格追究责任并依法处理；构成犯罪的，移送司法机关处理。

第十八条 申请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，并取消其医疗救助申报资格；情节严重的，依法追究其责任。



第六章 附 则

第十九条 本办法由县民政局负责解释。

第二十条 本办法自 2012 年 11 月 1 日起施行，《铜梁县人民政府关于印发铜梁县城乡困难群众医疗救助试行办法的通知》（铜府发〔2010〕5 号）同时废止。