



重庆市万盛经开区管委会关于 印发《万盛经开区医疗救助办法》的通知

万盛经开发〔2015〕58号

各镇人民政府，各街道办事处，管委会各部门，经开区开发投资集团有限公司和有关国有企业，驻经开区有关单位：

《万盛经开区医疗救助办法》已经管委会第103次主任办公会审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

万盛经开区管委会

2015年12月21日



万盛经开区医疗救助办法

第一章 总 则

第一条 为切实解决城乡困难群众就医难问题，完善城乡医疗救助制度，逐步提高城乡困难群众医疗救助水平，健全社会救助体系，根据市政府《关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》（渝府发〔2012〕78号）和市政府办公厅《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），结合本区实际，制定本办法。

第二条 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，对城乡困难家庭成员的医疗费按一定比例和标准给予救助，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 实施医疗救助应遵循实事求是、因地制宜，救急救难、简便易行，突出重点、分类救助，政府主导、社会参与，加强配合、共同推进的原则。

第四条 医疗救助由经开区管委会负责，相关职能部门组织实施。



重庆市万盛经济技术开发区管理委员会规范性文件

(一)民政部门是医疗救助的主管部门，负责医疗救助制度实施方案的制定和组织实施工作。

(二)财政部门负责及时安排医疗救助资金，加强对资金管理和使用情况的监督检查。

(三)人力资源和社会保障部门负责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。

(四)卫生部门负责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。

(五)监察、审计部门负责加强对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医疗救助对象的审核、医疗救助证的发放等工作。

第二章 救助对象、方式和标准

第五条 医疗救助实行属地管理，救助对象为具有经开区居民户口的下列人员：

(一)重点救助对象。包括城乡低保对象、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)、在乡老复员军人。



(二) 其他救助对象。包括在乡重点优抚对象(不含1—6级残疾军人)、城乡重度(一、二级)残疾人员、民政部门建档特殊困难人员(包括城镇低收入家庭60周岁以上的老年人、因病致贫家庭重病患者)。

第六条 医疗救助采取资助参保、普通疾病门诊、普通疾病住院、重特大疾病医疗救助为主,慈善医疗援助等其他救助为辅的方式。救助标准由经开区管委会确定,并根据经开区经济社会发展适时调整。

家庭经济困难的在校大学生门诊和住院医疗费用按相关规定纳入学校资助体系资助。

资助参保。从2016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)参加城乡居民合作医疗保险,重点救助对象按二档给予全额资助;其他救助对象按一档给予全额资助,自愿参加二档的,按一档标准资助,超过资助标准的个人应缴参保费用由救助对象自付。

救助对象未参加城乡居民合作医疗保险的,由所在镇、街道负责通知本人在户籍所在地社保经办机构办理相关登记手续。

(二) 普通疾病门诊医疗救助。对城市“三无”人员、农村五保对象、城乡低保对象中的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，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、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 200 元。

（三）普通疾病住院医疗救助。医疗救助对象范围中的重点救助对象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；对其他救助对象按 60% 的比例给予救助。年救助封顶线 1 万元。

（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、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，救助对象范围中的城乡低保对象、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、在乡重点优抚对象按 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）15 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。

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 医疗费用是指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所规定的费用。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；

(五) 不在当地城镇职工基本医疗保险或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范围内发生的费用。

第九条 救助对象持相关证件到定点医疗救助服务医院就诊时，可享受“八免”、“十减半”、“四优惠”政策。

第十条 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，可通过临时困难救助、慈善医疗援助等其他渠道给予救助和帮扶。

第三章 申请和审批程序

第十一条 凡是符合普通疾病门诊或重大疾病门诊放化疗、透析、输血治疗救助的人员，凭《社会保障卡》在定点医疗机构（即接通医疗救助网络的医疗机构）治疗，结账时直接享受救助。

第十二条 享受医疗救助应提供的相关证件：《重庆市万盛经开区城乡医疗救助证》及对应的《城乡居民最低生活保障金领取证》、《农村五保供养证》、《优待证》、《残疾证》、城乡孤儿、城市“三无”证明、民政局建档的特殊困难证明、学生证明和户口簿、身份证等。

第十三条 申请医疗救助的审批程序：

（一）诊断核实。定点医疗机构对救助对象的病情进行诊断，符合住院治疗条件和医疗救助条件的，由定点医疗机构出具入院证明，并入院治疗。

（二）救助申报。新纳入救助对象由患者或家属凭定点医疗机构出具的入院证明，到所在镇、街道的医疗救助管理部门（民政办或社保所）申请备案，并出示规定的相关证件。

(三) 镇街审核。镇、街道医疗救助管理部门(民政办或社保所)在1—2个工作日内对患者身份进行核实后,对未进行资格认定的对象,应及时向民政部门申报,由民政部门通过城乡医疗救助系统进行身份认定并激活信息,镇、街道医疗救助管理部门应建立相应登记台账备案,对新增民政建档特殊困难人员应及时提交审批资料、完善登记台账。

第十四条 虽属医疗救助对象,但对未参加城乡居民医疗保险和未纳入医疗救助系统的住院对象,定点医疗机构不能给予医疗救助。

第四章 基金的筹集和管理

第十五条 经开区管委会建立医疗救助基金,基金来源:

- (一) 上级财政拨入的医疗救助专项资金;
- (二) 区财政每年按市政府的规定预算安排医疗救助资金;
- (三) 区福彩公益金的10%用于医疗救助;
- (四) 社会各界自愿捐赠用于医疗救助的捐赠资金;
- (五) 按规定可用于医疗救助的其它资金。

第十六条 医疗救助基金的管理。医疗救助基金在财政社会保障基金专户中建立医疗救助基金专账,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。民政部门及各镇人民政府、街道办事处设立门诊、普通及大病住院医疗救助明细台帐。

第十七条 医疗救助金的支付。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，由财政部门于每年1月直接划拨到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，经民政部门定期审核无误后，属救助对象在区定点医疗机构就医产生的救助费用，由财政部门直接划拨到区定点医疗机构。属救助对象在经开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。

第五章 医疗救助服务机构及管理服务

第十八条 凡经开区范围内，属居民或城镇职工基本医疗保险确认的定点医疗机构，均是医疗救助定点医疗机构。

第十九条 实行“一站式”医疗救助服务。

（一）完善“一站式”医疗救助管理平台。建立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）规范“一站式”医疗救助服务。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，明确各自责任、权利与义务。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。

医疗救助对象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，只收取扣除资助参保标准后的个人应缴纳费用。

第二十条 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。

第六章 医疗救助证的使用和管理

第二十一条 医疗救助统一使用《万盛经开区城乡医疗救助证》。救助对象凭医疗救助证到定点医疗服务机构就医。

第二十二条 《万盛经开区城乡医疗救助证》由民政部门负责审批发放，救助证实行动态管理，由各镇、街道民政办或社保所每季负责审核盖章。

第二十三条 虽持有第十一条规定的相关证件，但申请医疗救助时已停止享受相应待遇的，不能享受医疗救助。



第七章 监督管理

第二十四条 救助对象持有效证件到定点医疗机构就诊时，定点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，严格按城乡居民医疗保险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。相关职能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。

第二十五条 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。

第二十六条 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；涉嫌犯罪的，依法移送司法机关，追究刑事责任。

第二十七条 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。

第八章 附 则



第二十八条 本办法自 2016 年 1 月 1 日起施行,原重庆市万盛经开区管委会《关于印发〈重庆市万盛经开区城乡医疗救助办法〉的通知》(万盛经开发〔2012〕53 号)同时作废。