**重庆市渝中区人民政府办公室**

**关于印发《**渝中区医疗救助实施细则**》的通知**

渝中府办〔2016〕65号

区政府各部门、各街道办事处，有关单位：

《渝中区医疗救助实施细则》已经区政府第一百四十六次常务会议审议通过，现印发给你们，请遵照执行。

重庆市渝中区人民政府办公室

2016年7月4日

（此件公开发布）

渝中区医疗救助实施细则

为进一步提高医疗救助水平，保障困难群众基本医疗权益，根据《重庆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），结合我区实际，制定医疗救助实施细则如下：

一、救助对象范围

城市医疗救助实行属地管理。凡户籍在渝中区下列前七类人员，以及就读本辖区家庭经济困难的在校大学生，为我区医疗救助对象：

（一）城市低保对象。

（二）城市“三无”人员。

（三）城市孤儿和事实无人抚养困境儿童。

（四）在乡重点优抚对象（不含1—6级残疾军人）。

（五）城市重度（一、二级）残疾人员。

（六）民政部门建档特殊困难人员。

（七）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（认定条件见附件）。

（八）家庭经济困难的在校大学生。即辖区内各类全日制普通高等学校（包括民办高校）、科研院校（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、农村五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。

二、救助方式及标准

（一）资助参保。

从2016年起，医疗救助对象参加一档城乡居民合作医疗保险的，个人应缴纳的参保费用，由政府全额资助。城市“三无”人员、城市孤儿和事实无人抚养困境儿童、重点优抚对象（不含1-6级残疾军人），按照参加二档城乡居民合作医疗保险个人应缴纳的参保费用标准，给予全额资助。

其余自愿参加二档城乡居民合作医疗保险或参加城镇职工医疗保险的，统一按当年参加城乡居民合作医疗保险一档的个人应缴纳费用标准给予资助，超过资助标准的个人应缴参保费用由救助对象自己负担。

家庭经济困难在校大学生参加城乡居民医保，按学年度规定参加一档个人应缴费用标准给予资助。

（二）门诊医疗救助。

对城市“三无”人员、城市孤儿和事实无人抚养困境儿童，城市低保对象中的三类人员（80岁及以上老年人、重度残疾人员、需院外维持治疗的重病人员），每年给予1000元门诊救助。对1000元门诊救助对象以外的城市低保对象和在乡重点优抚对象（不含1-6级残疾军人），每年给予500元门诊救助。其医疗费用经医疗保险（城乡居民医疗保险或城镇职工医疗保险，下同）报销后，属于医疗保险政策范围内的自付门诊费用，在1000元或500元内按100%比例给予救助。

门诊医疗救助资金当年有效，不结转使用。

（三）住院医疗救助。

采取“病种”和“费用”相结合的方式实施救助。

1. 普通疾病住院医疗救助。

城市“三无”人员、城市孤儿和事实无人抚养困境儿童、城市低保对象和在乡重点优抚对象（不含1-6级残疾军人）患普通疾病住院治疗，其医疗费用经医疗保险报销后的自付费用，按80%比例救助，年救助封顶线1万元。

重残（一、二级）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患普通疾病住院治疗，其医疗费用经医疗保险报销后的自付费用，按60%比例救助，年救助封顶线6000元。

2. 重大疾病住院医疗救助。

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。

救助对象患重大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，采取以下方式救助：

城市“三无”人员、城市孤儿和事实无人抚养困境儿童、低保对象和在乡重点优抚对象（不含1-6级残疾军人）按照70%比例救助，年救助（含住院和门诊）封顶线10万元。

重残（一、二级）人员和民政部门建档特殊困难人员和因病致贫家庭重病患者。按照50%比例救助，年救助（含住院和门诊）封顶线10万元。

低保对象中儿童急性白血病和先天性心脏病救助。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，即低保对象中14周岁以下儿童，2010年9月1日后新发的白血病（急性淋巴细胞白血病、急性早幼粒细胞白血病）和先天性心脏病（先天性房间隔缺损、先天性室间隔缺损、先天性动脉导管未闭、先天性肺动脉瓣狭窄），住院医疗费用经城乡居民医保基金按照定点医院治疗定额付费标准的70%给予补偿后，再按照其付费标准的20%给予城市医疗救助。

3. 大额费用医疗救助。

患上述22类重大疾病以外的其他疾病的救助对象，在二级及以上医疗机构一次住院医疗费用超过3万元的，经医疗保险报销后的自付费用，采取以下方式救助：

城市“三无”人员、城市孤儿和事实无人抚养困境儿童、低保对象和在乡重点优抚对象（不含1-6级残疾军人）按照70%比例救助，年救助封顶线6万元。

重残（一、二级）人员和民政部门建档特殊困难人员和因病致贫家庭重病患者按照50%比例救助，年救助封顶线6万元。

家庭经济困难在校大学生由大学生医疗保险报销和学校资助体系资助，不属于住院医疗救助对象。

上述医疗救助标准，根据经济社会发展水平和医疗救助基金筹集情况，由区民政局会同区财政局提出意见报区政府审定后适时调整。

（四）下列情形发生的医疗费用不属于救助范围。

1. 《重庆市城镇职工基本医疗保险诊疗项目管理服务设施范围及其支付标准的实施办法》、《重庆市城镇职工基本医疗保险药品目录》以外的费用；

2. 违反《重庆市渝中区城乡医疗救助定点机构服务协议》管理规定的费用；

3. 由工伤报销、第三人负担、公共卫生支付以及境外就医的费用。

三、救助程序

（一）资助参保程序。按照参保资助“一站式”办理程序，即街道审核资料、系统录入确认，将相关资料存档、对参保资助人员的信息汇总，上报区医疗保险经办机构和区民政局，区民政局审核无误报区财政局拨款。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。

（二）门诊医疗救助程序。按照 “本人申请、街道受理、区民政局审批、救助信息录入系统”的程序申办资格，救助对象凭《社会保障卡》在定点医疗机构就医，遵循“先医保报销、后民政救助”的原则享受门诊医疗救助。

（三）住院医疗救助程序。救助对象根据医疗机构出具的住院通知单，凭《社会保障卡》在定点医疗机构就医，遵循“先医保报销、后民政救助”的原则享受住院医疗救助。

四、救助基金管理

（一）基金的筹集。

1. 上级拨入的城市医疗救助专项基金；

2. 区财政预算安排；

3. 区残联就业保障金按年度用于城市医疗救助基金；

4. 区福利彩票公益金按年度用于城市医疗救助基金；

5. 区慈善会按接受非定向捐款10%用于慈善医疗救助；

6. 城市医疗救助基金形成的利息；

7. 按规定可用于城市医疗救助的其他资金。

（二）基金的管理。城市医疗救助基金只用于医疗救助，实行专户储存，专账管理，专款专用。区财政局在社保基金财政专户中建立城市医疗救助基金专账，对市级下拨的城市医疗救助资金及本级安排的城市医疗救助资金（当年本级财政预算安排资金不得低于上年市级下拨补助资金总额的15%），全部划入城市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%，结余资金要按规定及时纳入基金专账，结转下年使用，不得挪作他用。区民政局通过城市医疗救助基金专账，办理资金支付；区民政局与各街道办事处要建立城市医疗救助台账和个人档案，加强规范管理；区民政、财政、监察、审计等相关部门要加强对城市医疗救助基金使用情况的监督检查，定期公布医疗救助基金的筹集和使用情况，对虚假冒领、挤占挪用、贪污等违法违纪行为依照有关法律法规严肃处理。

（三）基金的支付。根据救助对象实际参保情况，参保资助资金经区民政局审核认定后，由区财政局于每年1月直接划拨到区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，经区民政局定期审核无误后，属救助对象在本区定点医疗机构就医产生的救助费用，由区财政局直接划拨到定点医疗机构；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，跨区结算后，由区财政局直接划拨到各区县财政局医疗救助财政专户。

五、组织实施

（一）完善组织机构。按照《重庆市人民政府关于深化医药卫生体制改革的实施意见》（渝府发〔2009〕98号）精神，进一步加强区医疗救助管理中心的管理，切实做好困难群众基本医疗保障工作。

（二）明确工作职责。各相关职能部门要各负其责，密切配合，切实形成工作合力。区民政局负责牵头研究拟定医疗救助政策，建立健全医疗救助有关规章制度，具体实施医疗救助的日常管理和审批等工作，并会同区人力资源和社会保障局做好医疗救助信息管理系统对接工作。区财政局负责医疗救助基金的筹集、支付和监管工作，将必要的工作经费纳入财政预算，确保工作正常运转。区人力资源和社会保障局负责城乡医疗保险信息系统与医疗救助信息管理系统的对接，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。区卫计委负责对提供医疗救助服务的区级医疗卫生机构的监督管理，严格控制医药费用不合理增长，规范医疗服务行为，提高服务质量。协调市级定点医疗机构的医疗救助工作。街道办事处负责申请救助对象资格审查（包括接受申请、调查核实、张榜公示等具体工作）、门诊救助对象救助信息及变更情况录入、资助参保人员信息录入、资金发放、档案管理等工作。

（三）推行“一站式”医疗救助服务。

完善“一站式”医疗救助管理平台。结合全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。

扩大“一站式”医疗救助服务网络。将医疗保险的医疗服务机构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。对医疗机构违规套取、骗取医疗救助资金的，由区民政局会同区人力资源和社会保障局查处，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。

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。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）加强与临时救助和慈善援助的衔接。

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，通过临时救助或慈善医疗援助给予救助和帮扶，切实帮助他们解决实际困难，防止因病致贫、因病返贫。

六、本细则自公布之日起施行，原《重庆市渝中区人民政府关于进一步加强城市医疗救助工作的实施意见》（渝中府发〔2012〕43号）同时废止。

附件：渝中区“因病致贫家庭重病患者”认定条件

附件：

渝中区“因病致贫家庭重病患者”认定条件

一、“因病致贫家庭”认定条件

（一）家庭收支水平。在申请前12个月内，申请家庭总收入（工资性收入、营业性收入、财产性收入、转移性收入）在扣除家庭成员因罹患重大疾病支付的合规医疗费用后，家庭月人均收入不超过当年职工月最低工资标准。

（二）家庭货币财产。家庭货币财产的认定条件为家庭拥有货币财产总额（含银行存款、有价证券、债券的总值），人均应不超过48个月当年本市最低生活保障标准之和。

（三）家庭成员其他财产。申请家庭共同生活的家庭成员的其他家庭财产状况，拥有下列情况之一的，原则上不纳入救助范围：

1. 拥有2套以上（含2套）房屋，且人均拥有建筑面积超过最低住房保障标准的3倍。

2. 拥有商业门面、店铺。

3. 拥有机动车辆（享受燃油补贴的残疾人机动轮椅车除外）、船舶、工程机械以及大型农机具。

4. 拥有注册的企业、公司。

5. 共同生活的家庭成员有自费出国留学或出境学习。

二、“重病患者”重病范围

1. 医疗救助政策规定的22类重特大疾病；

2. 其他恶性肿瘤。