

黔南州医疗保障局 黔南州民政局 黔南州财政局 黔南州扶贫开发办公室

黔南医保发〔2019〕36号

关于印发《黔南州医疗保障扶贫行动实施方案》的 通知

各县（市）医疗保障局、民政局、财政局、扶贫办：

为深入贯彻习近平总书记关于扶贫工作重要论述和党中央、国务院脱贫攻坚的决策部署，根据《省医保局省民政厅省财政厅省扶贫办<关于印发贵州省医疗保障扶贫行动实施方案>的通知》（黔医保发〔2019〕27号）、《贵州省医疗保障局关于进一步

做好城乡居民大病保险有关工作的通知》（黔医保发〔2019〕29号）以及中共黔南州委办公室黔南州人民政府办公室《关于印发〈黔南州 2018 年度脱贫攻坚存在问题专项治理工作方案〉的通知》（黔南委办字〔2019〕76 号）等精神，扎实做好我州医疗保障扶贫工作，经州人民政府同意，州医疗保障局、州民政局、州财政局、州扶贫办联合制定了《黔南州医疗保障扶贫行动实施方案》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



（公开属性：主动公开）

黔南州医疗保障扶贫行动实施方案

为深入贯彻习近平总书记关于扶贫工作重要论述和党中央、国务院脱贫攻坚决策部署，全面落实省委省政府、州委州政府关于决战脱贫攻坚、决胜全面小康的具体要求，进一步做好建档立卡贫困人口、特困人员等农村贫困人口医疗保障工作，切实发挥好医疗保障在防止因病返贫方面的作用，根据省医保局、省民政厅、省财政厅、省扶贫办《关于印发贵州省医疗保障扶贫行动实施方案的通知》（黔医保发〔2019〕27号）以及中共黔南州委办公室黔南州人民政府办公室《关于印发〈黔南州2018年度脱贫攻坚存在问题专项治理工作方案〉的通知》（黔南委办字〔2019〕76号）等文件精神，结合我州医疗保障扶贫（以下简称医保扶贫）工作实际，制定本实施方案。

一、总体要求

按照“既不拔高标准、吊高胃口，又不降低标准、影响质量”以及“尽力而为、量力而行”的要求，对标对表国家政策，立足当前、着眼长远，紧紧围绕国家医保扶贫目标任务和基本原则，充分发挥基本医保、大病保险、医疗救助各项制度作用，切实提高农村贫困人口医疗保障受益水平，实现参保缴费有资助、待遇支付有倾斜、基本保障有边界、管理服务更高效、就医结算更便捷，为2020年现行标准下农村贫困人口脱贫提供坚强保障。

二、重点任务

（一）精准认定医保扶贫对象。医保扶贫保障对象为建档立卡贫困人口、特困供养人员等农村贫困人口。按照精准“到村、到户、到人”的要求，逐村、逐户、逐人、逐项进行梳理排查，摸清底数，确保已核准有效身份信息的人员全部参保，不漏一户、不落一人，实现应保尽保。对确因参军、入学等合理原因不能参保的，要建立管理台账详细记录相关情况，做到每一个农村贫困人口参保情况准确无误、依据清晰。对存在问题要逐一登记造册，制定解决方案，建立工作清单，明确解决时限，按时对账销号。〔责任单位：州医保局、州民政局、州扶贫办，各县（市）人民政府〕

（二）精准管理医保扶贫对象。实行医保扶贫保障对象动态参保管理，进一步加强医保扶贫保障对象信息共享和数据比对。每年8月底前，动态调整新认定的医保扶贫保障对象，纳入当年度基本医保；9月至12月新认定且未参保的医保扶贫保障对象，统一纳入下一年度基本医保。缴费标准按当年个人缴费标准执行。〔责任单位：州医保局、州民政局、州扶贫办，各县（市）人民政府〕

（三）精准落实参保资助政策。将参保资助资金归口到医疗救助渠道，特困供养人员参保个人缴费给予全额资助，建档立卡贫困人口按每人每年100元标准给予定额资助。建档立卡贫困人口定额资助部分，按深度贫困县、贫困县、非贫困县三类，由省、

州、县三级政府按不同比例分担：第一类 2 个县（三都县和罗甸县）由省级政府全部承担；第二类 8 个县（瓮安县、龙里县、贵定县、惠水县、长顺县、平塘县、独山县、荔波县）由省、州、县三级政府按照 5:2:3 比例分担；第三类 2 个市（都匀市、福泉市）由县级政府全部承担。具有双重或多重特殊属性的医保扶贫保障对象，按就高原则享受医疗保障参保资助政策，参保资助金额不得超过个人缴费总额。〔责任单位：州医保局、州民政局、州财政局、州扶贫办，各县（市）人民政府〕

（四）精准实施医保待遇政策。坚持现行制度基本标准，坚持普惠政策与特惠政策相结合，在基本医保、大病保险和医疗救助三重保障框架下，稳步提高城乡居民医保筹资水平和医疗救助政府补助水平。统筹医保扶贫政策，合理使用资金和服务资源，充分发挥综合保障合力。

1.基本医保。坚持基本医保责任边界，严格执行基本医疗保险支付范围和标准，住院费用政策范围内实际报销比例保持在 75%左右，统筹基金最高支付限额不低于 25 万元。

2.大病保险。巩固稳步实施大病保险，对参保人员发生的医疗费用，由基本医保按规定报销后，符合大病保险规定的政策范围内个人自付医疗费用纳入赔付范围，实行年度累计。大病保险起付线在普通参保人员大病保险起付线基础上降低 50%、报销比例在普通参保人员大病保险报销比例的基础上提高 5 个百分点，取消建档立卡贫困人口大病保险封顶线。

3.医疗救助。加大医疗救助托底保障力度。建档立卡贫困人口年度救助限额内政策范围内个人自付住院医疗费用救助按70%比例进行救助，特困供养人员年度救助限额内政策范围内个人自付住院医疗费用救助按100%比例进行救助。

4.大病专项救治。按照原国家卫计委、民政部、国务院扶贫办《关于印发农村贫困人口大病专项救治工作方案的通知》（国卫办医函〔2017〕154号）和国家卫健委、民政部、国务院扶贫办、国家医保局《关于进一步加强农村贫困人口大病专项救治工作的通知》（国卫办医函〔2018〕830号）要求，将儿童先天性心脏病（含房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭、肺动脉狭窄、法氏四联征以及合并两种或以上的复杂性先心病）、儿童白血病（含急性淋巴细胞白血病和急性早幼粒细胞白血病）、白内障、终末期肾病、食管癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、肺癌、肝癌、乳腺癌、宫颈癌、急性心肌梗死、尘肺、神经母细胞瘤、儿童淋巴瘤、骨肉瘤、血友病、地中海贫血、唇腭裂、尿道下裂纳入大病专项救治，按病种定（限）额付费的，在病种救治定（限）额费用内，按基本医保、大病保险、医疗救助保障待遇执行；没有按病种定（限）额付费的病种，统一按医保扶贫基本医保、大病保险、医疗救助保障待遇标准执行。〔责任单位：州医保局，各县（市）人民政府〕

（五）全面推进费用直接结算。基本医保、大病保险和医疗救助实行统一经办，推进“一站式服务、一窗口办理、一单制结

算”。具有双重或多重特殊属性的医保扶贫保障对象，按就高原原则享受医疗医保扶贫保障政策，不得重复享受保障待遇、重复报销。切实提高贫困地区基层医保经办管理服务能力，指定专门窗口和专人负责政策宣传并帮助贫困人口兑现政策。

1.州内定点医疗机构支付流程。医保扶贫保障对象在州内各级定点医疗机构门诊或住院治疗，只需向定点医疗机构提交医保证（卡）、身份证或户口簿，即可办理就医手续。定点医疗机构负责患者相应资格确认，必要时与患者参保地经办机构核实，准确兑现医保扶贫政策。医保扶贫保障对象结算医疗费用时，定点医疗机构通过信息系统对基本医保、大病保险和医疗救助报销政策待遇及报销资金等情况初审后，打印支付结算单据，交患者或其家属签字确认。定点医疗机构对医保扶贫保障对象各层次的报销资金统一实行垫付制，按照相关规定一律现场报销，实现基本医保、大病保险和医疗救助结算“一站式”，出院结账单“一单清”。定点医疗机构垫付的基本医保基金、大病保险资金和医疗救助资金，由医保经办机构按照有关规定及时拨付。定点医疗机构定期将实际发生的各项垫付资金向医保经办机构申报；医保经办机构自收到申报材料 10 个工作日内支付申报资金总额的 70%，之后 15 个工作日内完成审核确认并支付剩余资金，完成资金结算报销。

2.州外直补结算定点医疗机构报销流程。医保扶贫保障对象在州外定点联网医疗机构直接结报的，基本医保和大病保险支付

部分由医疗机构垫付；医疗救助资金需返回参保地医保经办机构申报，申报资料 and 支付流程按非直接结算定点医疗机构报销流程执行。州外定点联网医疗机构垫付资金按相关规定，定期向基本医保经办机构或受委托的第三方经办机构申请回款。

3.非直接结算定点医疗机构报销流程。医保扶贫保障对象在非联网结报医疗机构住院救治的，向其参保地医保经办机构提供医保证（卡）复印件、身份证复印件或户口簿复印件、住院原始发票、出院小结、住院费用清单及银行存折（卡）复印件申请报销。医保经办机构在 25 个工作日内完成信息系统病案登记录入、病案调查核实，对基本医保、大病保险、医疗救助报销初审和复核无误后，将报销费用直接支付到患者指定金融账户，实现资金兑付“一卡通”。特殊病案、疑问病案等情况除外。〔责任单位：州医保局，各县（市）人民政府〕

（六）全面提升医保服务水平。医保扶贫保障对象在县域内定点医疗机构住院实行“先诊疗后付费”，无需缴纳住院押金，直接住院治疗，实行基本医保、大病保险、医疗救助三重保障“一站式”即时结算，患者只需在出院时支付自付医疗费用部分。推进我省符合条件的基层医疗机构纳入跨省异地就医直接结算范围，进一步简化优化医疗费用报销程序和异地就医备案手续。探索建立区域内医疗卫生资源总量、医疗费用总量与经济发展水平、医保基金支付能力相适应的调控机制，深度贫困地区要更加注重医疗费用成本控制，提供使用有效的基本医疗服务，切实降

低医保扶贫保障对象医疗费用总体负担。各定点医疗机构要严格控制药品、耗材、检查化验费占比和目录外费用占比，对医保扶贫保障对象住院及门诊治疗目录外医疗费用占比，原则上控制在10%以内，超出部分由定点医疗机构自行承担。对疾病救治确需使用高值医用耗材的，由统筹地区医保经办机构予以审批，有效遏止医疗费用不合理增长，防止医保扶贫保障对象医疗经济负担增加。〔责任单位：州医保局，各县（市）人民政府〕

（七）积极推进使用适宜技术。落实基本医疗保障范围规定，全面执行国家基本医保药品目录，将国家医保目录谈判准入药品纳入医保支付范围，落实国家对诊疗项目目录和医疗康复项目的管理要求。实施分级诊疗，规范就医行为，实行转诊与非转诊差异化报销政策，严格执行定点医疗机构转诊制度。参保人员在县级以上定点医疗机构住院治疗，全部实行电子转诊，各经办机构对申请转诊病案进行审查，核实其参合身份，在信息系统内完成转诊登记，病案结算时方可按照“经转诊”的报销比例予以计算报销费用。对未按规定转诊的贫困患者，不享受降低起付线，提高报销比例等相关优惠报销政策。结合分级诊疗制度建设，将符合规定的家庭医生签约服务费纳入医保支付范围，引导参保人员优先到基层首诊。探索将互联网诊疗服务纳入医保支付范围。〔责任单位：州医保局，各县（市）人民政府〕

（八）做好易地扶贫搬迁贫困人口医保工作。进一步完善数据共享机制，扎实做好搬迁群众的医疗保障关系转移接续，落实

好搬迁群众的医疗保障待遇。对异地安置和异地转诊的贫困人口，医保经办机构要优先做好异地就医登记备案和就医结算等服务，同时，要切实做好贫困地区外出就业创业人员异地就医备案工作。〔责任单位：州医保局、州民政局、州生态移民局、州扶贫办，各县（市）人民政府〕

三、保障措施

（一）加强组织领导。各地要充分认识医保扶贫任务的重要性、艰巨性和长期性，将思想和认识统一到中央的决策部署上来，要将扶贫攻坚作为部门“一把手”工程。坚持中央统筹、省负总责、市县抓落实的长效工作机制，加强组织领导，地方政府统筹实施医保扶贫工作。医保部门负责参保信息的录入、比对及待遇保障，确保建档立卡贫困人口参保和保障全覆盖；财政部门负责参保资助资金按时足额到位并加强对资助参保资助资金的管理；民政部门负责救助对象属性的认定及录入，确保相应属性的参保对象得到及时资助；扶贫部门负责建档立卡贫困人口认定、比对。

（二）加强宣传引导。各县市要认真宣传方案，强化舆论宣传工作，向社会全面解读政策，合理引导预期；加大政策培训，组织动员向贫困人口宣传医保扶贫政策，切实提高群众知晓率；总结推广典型经验，宣传工作成效，及时回应社会各界关切，建立重大事件应急处理机制，加强对医保扶贫舆情监测，形成良好的工作氛围和社会环境。

（三）加强作风建设。各县市要将作风建设贯穿医保扶贫全

过程，全面深入排查基本医疗保障突出问题，重点解决贯彻中央脱贫攻坚决策部署不坚决、扶贫责任落实不到位、政策措施不精准、资金管理使用不规范、工作作风不扎实等问题，防止形式主义，加强工作实效。医保部门、经办机构和定点医疗机构要牢固树立以人民为中心的思想，强化服务意识，优化结算方式，改善服务质量，提高办事效率，提升管理服务水平，更好服务群众。

（四）加强工作调度。各县市要建立医保扶贫专项工作调度机制，加强农村贫困人口参保缴费、患病就医、待遇保障、费用结算等情况监测，按县、市、省三级定期汇总报送数据，及时开展成效评估，对落实不力或未严格执行政策标准的，要严肃追究责任。各地要按照实施方案要求，结合实际，细化方案，精心组织、统筹做好政策衔接、资金安排、人力调配、推进实施等，完善监督机制，确保医保扶贫工作实效。

本方案自发布之日起执行，相关医保扶贫政策以本文规定为准。

... (faint text) ...

... (faint text) ...

抄送：州生态移民局

黔南州医疗保障局办公室

2019年6月24日印发
