

麻城市卫生和计划生育局
麻城市人力资源和社会保障局
麻城市人民政府扶贫开发办公室
麻城市民政局
麻城市财政局

文件

麻卫生计生发〔2018〕22号

市卫生计生局 市人社局
市扶贫办 市民政局 市财政局
关于印发《麻城市健康扶贫医疗救助工作实施方案》的
通知

麻城经济开发区管委会，龟峰山风景区管理处，浮桥河国家湿地公园管理处，各乡、镇人民政府，市政府有关部门，各医疗卫生单位：

为贯彻落实十九大精神，提高农村贫困人口医疗保障水平，促进我市健康扶贫工作，结合上级文件精神，市卫生计生局、市人社局、市扶贫办、市民政局、市财政局制定了《麻城市健康扶贫医疗救助工

麻城市健康扶贫医疗救助工作实施方案

为全面贯彻落实《中共湖北省委 湖北省人民政府关于全力推进精准扶贫精准脱贫的决定》（鄂发[2015]19号）、《关于湖北省健康扶贫工程的实施意见》（鄂卫生计生发[2016]22号）、《关于进一步加大医疗救助力度促进健康扶贫工作的通知》（黄卫生计生发[2017]48号）和《中共麻城市委 麻城市人民政府关于推进精准扶贫“5566”攻坚计划的实施意见》（麻发[2015]5号）等文件精神，以及市委、市政府精准扶贫工作要求，进一步提高农村贫困人口医疗保障水平，特制定我市健康扶贫医疗救助工作实施方案。

一、指导思想

以新时代中国特色社会主义思想和十九大精神为指导，全面建成小康社会为目标，提高农村贫困人口医疗保障水平，促进精准脱贫，统筹相关部门资源，通过居民医保制度、大病保险和补充医疗保险政策兜底，防止农村居民因病致贫、因病返贫现象的发生。

二、工作原则

坚持改革创新，鼓励探索实践；坚持整合资源，促进健康扶贫；坚持便民利民，实行即时结报；坚持政策引导，推进医疗救助；坚持公开公正，严格监督管理。

三、目标任务

（一）建档立卡贫困人口的城乡居民基本医疗保险参保率达到100%；

（二）市政府整合资金为医疗救助对象统一投保补充医疗保险，医疗救助对象住院就医通过居民医保、大病保险和补充医疗保险政策报

销后，实际报销比例达到 90%及以上；

(三) 医疗救助对象个人年度自付住院合规费用 5000 元封顶，超出部分由补充医疗保险进行政策兜底，确保不因病致贫、因病返贫。

四、医疗救助对象

(一) 建档立卡的贫困人员；

(二) 非建档立卡农村五保供养对象、农村孤儿和农村低保对象；

(三) 非建档立卡新发重大疾病因病致贫认定对象；

(四) 农村未纳入精准扶贫建档立卡的优抚对象。

五、资金来源

(一) 医保基金中按本方案对医疗救助对象提高报销比例的部分。

(二) 市政府统筹整合精准扶贫资金。

六、医疗救助政策

(一) 城乡居民医保救助政策：

1、资助参保。建档立卡贫困人员参加城乡居民基本医疗保险，由政府相关部门根据各自职能按照相关资助标准，资助贫困人员参保。

2、提高建档立卡贫困对象医保政策范围内住院费用报销比例，统筹区域内一级医疗机构报销比例为 95%，二级医疗机构报销比例为 85%，三级医疗机构报销比例为 70%，转统筹区域外医疗机构报销比例为 60%。

3、提高建档立卡贫困对象居民医保门诊慢病报销比例，门诊慢病报销比例为 90%。

4、建档立卡贫困对象住院免起付线，年度个人报销封顶 10 万元。

(二) 大病保险救助政策：

建档立卡贫困对象大病保险起付线为 5000 元。个人年度内符合

大病保险保障范围的住院费用，累计金额在 5000-3 万元部分报销比例为 60%，3-10 万元部分报销比例为 70%，10 万元以上部分报销比例为 80%。年度个人赔付限额为 35 万元。

(三) 补充医疗保险兜底政策：参加城乡居民医保的医疗救助对象，住院费用经居民医保和大病保险报销后，报销比例未达到 90%的，由补充医疗保险报销到 90%，农村五保供养对象报销到 100%。医疗救助对象因病在市内和市外医疗机构住院费用中，医保目录外费用按当次住院总费用的 10%和 20%纳入补充医疗保险兜底范围，个人年度自付合规费用 5000 元封顶。补充医疗保险年度个人赔付限额为 60 万元。

(四) 特殊对象享受的医疗救助政策

1、救助对象因意外伤害在定点医疗机构住院治疗，医疗机构在入院 24 小时内向承办补充医疗保险的保险公司报案。由保险公司、定点医疗机构医保协管员和救助对象所在的村委会共同调查确认，经确认无第三方责任的，住院费用纳入医疗救助范围，进行政策兜底。如有出具虚假证明纳入报销的外伤费用，将追究相关人员的责任。

2、患精神病的医疗救助对象因病误服药品、自伤、误伤等发生的医疗费用纳入居民医保和医疗救助范围。

3、符合政策生育的医疗救助对象住院分娩住院费用，在医保限额补助报销后，其余住院费用纳入补充医疗保险政策兜底范围。

4、农村未纳入精准扶贫建档立卡的优抚对象，与建档立卡贫困人员享受同等的医疗救助政策。医保系统未减免的住院起付线和未提高报销比例部分，以及大病保险未提高报销比例部分，一并计算纳入补充医疗保险政策兜底范围。

5、贫困患者因病情需要的输血费用，纳入补充医疗保险 90%政策兜底范围。

6、在本市以外务工、上学的建档立卡贫困对象，在外地参加居

民医保发生的住院费用，在参保地享受医保和大病保险报销后，报销比例未达到 90%的，纳入医疗救助范围，享受兜底政策。

7、建档立卡贫困户中新增的家庭成员，如新生儿、婚嫁增加成员凭出生证、结婚证和村委会出具的证明材料，由乡镇扶贫办核实盖章后纳入医疗救助范围，享受兜底政策。贫困户家庭成员出嫁到非贫困户中，应及时调整出系统并不再享受医疗救助政策。

8、非建档立卡的农村五保户、农村孤儿以及低保对象发生的住院费用，由个人申请，村委会证明，乡镇民政办审核，报市民政局认定，符合条件的纳入健康扶贫医疗救助范围。

（五）建立城乡居民新发重大疾病因病致贫医疗救助制度。

市政府整合资金为所有非建档立卡的农村居民投保补充医疗保险，农村居民因新发重大疾病因病致贫的认定对象，住院费用经基本医疗保险和大病保险报销后，自付合规费用达到救助标准的纳入补充医疗保险救助范围。

1、救助条件。新发重大疾病导致家庭贫困需要医疗救助的必须同时具备以下两个条件：（1）当年在医疗机构住院的自付合规费用超过 3 万元，（2）除去医疗支出后家庭年人均可支配收入低于 4030 元。

2、名单提取。市医保局每月初统计上月底的参保农村居民住院自付合规费用 3 万以上人员名单，经与补充医疗保险公司测算核对后，将自付合规费用在 3 万以上的名单交市民政局下发各乡镇民政办，由个人填报申报表，乡镇审核后按程序申报；

3、认定方式。救助对象的认定方法比照贫困户认定标准执行，须确保认定程序的真实性和准确性，市扶贫攻坚指挥部将对民政部门认定的救助对象进行抽查，对虚报冒领、优亲厚友的进行追责。

4、资料报送。为了方便群众办理报销手续，由各乡镇民政办统一收集新发重大疾病对象申报资料（包括麻城市新发重大疾病因病致贫医疗救助申报表、家庭

经济状况核对报告书、村组评议记录；救助患者本人身份证或户口本复印件、社保卡复印件、患者本人或家庭成员银行个人账户复印件；住院报销资料复印件（每次住院的出院记录、住院发票、费用总清单、医保及大病保险报销结算单；意外受伤的需要提供外伤证明），入户核查申报对象家庭经济收入状况，符合救助条件的报送市民政局审核盖章，审批后由乡镇民政办统一将申报材料报送到补充医疗保险承办公司办理理赔手续，报销款直达救助对象个人银行账户。

七、方法步骤

（一）医疗救助对象的资格认定及信息采集

建档立卡贫困人员由市扶贫办提供人员信息；非建档立卡的农村五保供养对象、农村孤儿、农村低保、优抚对象由市民政局与建档立卡人员进行比对，剔除身份重叠人员后，提供人员信息；非建档立卡的农村居民投保补充医疗保险人员信息由人社局核定提供。各相关部门将医疗救助对象信息共享到市医保局、大病保险和补充医疗保险承办公司、定点医疗机构等相关部门，并作为补充医疗保险投保人数依据。

（二）对医疗救助对象进行健康管理，精准服务。

各乡镇办卫生院、社区卫生服务中心要对建档立卡贫困对象开展“五个一”服务，即发放一张健康扶贫服务明白卡或健康扶贫政策宣传册；签约一名家庭医生，每年对贫困对象开展家庭医生签约服务，签约服务做到全覆盖；开展一次健康体检，对贫困对象全面开展健康体检，将疾病预防关口前移，无病先防、有病早治，体检结果必须反馈到体检对象，体检项目经费按每人50元标准进行补助，包干使用，超支不补；建立一份动态管理的电子健康档案，提供基本公共卫生均等化服务，对贫困对象的健康状况实施全程管理；明确一所定点联系

医院，为患病贫困对象提供综合、连续、有效的健康管理服务、设置扶贫病床，减免部分费用等措施为患病贫困对象提供便利优惠服务。签约服务协议书和体检结果反馈进入贫困对象资料袋。

（三）开展“三个一批”行动，有效防止因病致贫、因病返贫。

1、大病集中救治一批。对贫困人员中罹患儿童先天性心脏病、儿童白血病、食管癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、终末期肾病等大病患者进行集中救治。

2、慢病签约服务管理一批。积极开展慢病患者签约服务管理工作，逐步提高慢病患者规范管理率，保障人人享有基本医疗和基本公共卫生服务。

3、重病兜底保障一批。核实核准大病和长期慢病贫困人员，建立并完善健康扶贫兜底保障机制，提高医疗保障水平，切实减轻医疗费用负担。

4、加强“三个一批”对象数据信息动态管理。及时掌握“三个一批”服务管理对象工作进展和动态，及时上报医疗救治、签约服务和兜底保障信息，做好数据定期统计、分析工作，为持续改进相关工作提供数据支撑。

（四）互联网+健康扶贫信息应用

开发健康扶贫信息管理系统，提升健康扶贫信息化管理水平，推动城乡居民基本医疗保险、大病保险、医疗救助和定点医疗机构之间基本信息共享、互联互通。通过疾病诊疗情况与费用的采集，补偿政策的运算以及反馈“一站式”，使扶贫帮扶人、精准扶贫对象和各相关职能部门能够及时、准确、全面掌握建档立卡贫困户健康扶贫数据，进行动态监管和定向推送，打造“互联网+健康扶贫”信息化管理平

台。各相关单位要积极支持配合管理平台的建设，提供各自系统软件的数据接口，实现健康扶贫精细化管理。

(五) 定点医疗机构的认定

健康扶贫医疗救助定点医疗机构分为省、市、县、乡镇四级：

省级定点医院：城乡居民医疗保险定点的省级定点医疗机构。武大中南医院、湖北省中西医结合医院为“一站式”结算定点医院。

市级定点医院：城乡居民医疗保险定点的黄冈市级定点医疗机构。

县级医院：市人民医院、市中医院、市妇幼保健院、市第二人民医院、市皮防所、华山医院、铁路医院、冠瑞医院、佳福骨科医院。

乡镇级医疗机构：全市各乡镇办卫生院、社区卫生服务中心。

健康扶贫医疗救助定点医疗机构由市卫计局每年组织进行年度考核，考核不合格的取消定点资格。

(六) 住院及结算方式

医疗救助对象因病需住院治疗的，严格执行分级诊疗制度，坚持首诊在基层，需转诊到上级医院住院治疗的，由基层医疗机构办理转诊手续，逐级转诊。转诊后凭社保卡、身份证(或户口本)、精准扶贫医疗救助证在定点医疗机构办理住院手续。

1、先诊疗后付费。医疗救助对象在定点医疗机构入院时凭相关证件免交预收款，未携带相关证件的按普通患者对待。

2、医疗救助对象出院时，在市内医疗机构内设立的专用窗口“一站式”现场办理医疗救助结算报账手续，个人自付住院总费用的10%(五保户不付费)，完成即时结报出院，按政策报销的费用由医疗机构垫付。在市外医疗机构住院的医疗救助对象凭相关资料在市医保局服务窗口“一站式”结算。

3、医疗机构垫付费用拨付：一是由市医保局每月对基本医疗保险补偿资料进行审核后，拨付医保补偿资金。二是医疗机构每月10日前凭相关资料到大病保险承办公司，结算上月垫付的大病保险报销费用。三是医疗机构每月10日前提供垫付报销相关资料，到补充医疗保险承办公司结算上月垫付的医疗费用。大病保险和补充医疗保险承办公司在收到医疗机构垫付报销资料的30个工作日内审核完毕，一次性将上月垫付款项拨付到医疗机构。

八、监督管理

(一)对医疗救助对象的监督管理

1、医疗救助对象必须参加居民医疗保险。各乡镇要加大宣传力度，确保建档立卡贫困人员全部纳入参保范围。

2、医疗救助对象将社保卡、身份证、精准扶贫医疗救助证等相关证件借给他人使用的，取消该对象医疗救助资格，追回套取资金，并追究相关人员责任。

3、医疗救助对象不得干涉医疗服务行为。对于是否住院、转院、出院及住院期间的检查、用药等由医务人员根据病情需要决定，医疗救助对象不得提出无理要求，经治疗后病情治愈或好转必须出院，不得过度占用有限医疗资源。

(二)对定点医疗机构及医务人员的监督管理

市卫计局应加大对定点医疗机构住院医疗服务行为的监管力度，实行日常监管常态化。重点查处医疗服务及结算过程中的违纪违规行为。市医保局每月对定点医疗机构进行现场督查、资料审核。补充医疗保险承办公司对医疗救助对象住院情况进行稽查。做到责任到人、监管有力、违规必究。各定点医疗机构必须做好医疗救助报销资料的

存档工作。

各市内定点医疗机构要认真落实本方案的规定，严格执行一站式结算模式，医疗救助患者出院结算个人只自付住院总费用的 10%(五保户不付费)，剩余费用由医疗机构垫付。严禁不合理检查、不合理用药、不合理治疗。医务人员要遵守《医务人员医德规范》、《执业医师法》。各定点医疗机构要规范以下医疗服务行为：

1、做到五个严格控制。严格控制住院费用不合理增长；严格控制市外转诊率在 10%以内；严格控制住院平均床日；严格落实医疗救助补偿政策；严格落实医保支付方式改革制度。

2、认真执行用药目录和高值耗材使用的规定。定点医疗机构临床用药按照《湖北省医保用药目录》使用。医疗救助患者住院手术应用的各种内置医疗材料和耗材必须使用国产产品，如患者个人要求使用进口器材的，比照国产器材价格报销，超出部分由患者个人自付。

各定点医疗机构要严格控制医保目录外费用，市内医疗机构目录外费用不得超过当次住院总费用的 10%，违反规定所产生的费用由医疗机构自行承担，不得变相加重患者负担。在市外医疗机构住院治疗的目录外费用超 20%的部分，由患者自付。

3、严格执行分级诊疗制度。严格首诊在基层，基层医疗机构不能治疗需要转诊的，主治医生根据病情需要，报分管院长审批同意后，出具住院转诊证明，医疗救助对象携带相关证件(身份证、社保卡、精准扶贫医疗救助证)到市级医院就诊。经治疗病情稳定后应从上级医疗机构下转到基层医疗机构康复治疗；医疗救助患者因病情需要转诊到省市级定点医疗机构住院治疗的，由二级医疗机构开具《麻城市精准扶贫医疗救助转诊审批表》，录入转诊系统后才可到省市级定点

医疗机构治疗，首选省市级“一站式”结算定点医疗机构。在省外医疗机构住院治疗的不需办理转诊手续。

(三)对保险经办机构的监督管理

市卫计局牵头组织相关职能部门加强对保险经办机构的监督管理。承办大病保险和补充医疗保险的保险公司应与定点医疗机构达成协议，明确委托医疗机构代为结算或派员到医疗机构窗口协助结算。大病保险和补充医疗保险承办公司要在市医保局设立“一站式”结算服务窗口，加强信息化建设，开发信息结算系统，确定专人负责，规范服务流程，严格执行保险政策。确保结算软件及时安装到位，及时做好与各定点医疗机构的信息数据对接，保证市内定点医疗机构一站式结算的顺畅。保险公司按月度定期与定点医疗机构足额结算垫付费，不得以任何理由拒付定点医疗机构垫付的费用，每月向相关职能部门报送补充医疗保险赔付情况报表和相关信息。大病保险和补充医疗保险承办公司应充分应用医保结算系统数据，减少贫困患者报销所提供的复印资料。

(四)对医疗救助资金的监督管理

市财政局负责落实健康扶贫医疗救助资金的整合和筹集。市卫计局负责健康扶贫医疗救助资金与补充医疗保险承办公司的结算和日常管理工作，严格资金管理，控制资金风险，保证资金安全运行。

九、下列费用不享受健康扶贫医疗救助政策

- (一) 应当由公共卫生负担的；
- (二) 在国外或港、澳、台地区发生的医疗费用；
- (三) 自杀、自残所发生的医疗费用(精神病除外)；
- (四) 非治疗性的整容、美容、矫形、原发性不孕不育、保健、按

摩、减肥、增胖、增高等发生的非病类治疗费用；

(五)斗殴、酗酒、吸毒及其他违法犯罪行为所致伤病的；

(六)交通事故、民事伤害、医疗事故、工伤事故等应由第三方承担责任的；

(七)法律法规规定的其他不予支付费用。

十、本实施方案从2018年1月1日开始执行。市政府将根据实际情况适时对实施方案进行调整和完善。各级健康扶贫工作考核、审计和督查中发现严重问题，以及落实健康扶贫医疗救助政策不到位，群众投诉造成不良影响的将严肃追究相关单位和人员责任。

抄送：黄冈市卫计委、市委办、市人大办、市政府办、市政协办。

市委宣传部、市扶贫攻坚指挥部。

麻城市卫生和计划生育局办公室

2018年4月26日印发
