

宿州市卫生和计划生育委员会
宿州市扶贫开发领导小组办公室
宿州市民政局
宿州市财政局
宿州市人力资源和社会保障局

宿卫基层〔2016〕96号

关于印发《宿州市农村贫困人口综合医疗保障制度实施暂行方案》的通知

各县区卫生计生委、扶贫办、民政局、财政局、人力资源社会保障局，有关保险公司市级分公司：

为贯彻落实《安徽省人民政府关于健康脱贫工程的实施意见》

(皖政〔2016〕68号)和《宿州市人民政府关于印发宿州市实施健康脱贫打造健康乡村行动计划的通知》(宿政秘〔2016〕159号),确保我市农村建档立卡贫困人口综合医疗保障政策落到实处,经研究制定了《宿州市农村贫困人口综合医疗保障制度实施暂行方案》,现印发给你们,请结合实际,认真组织实施。

宿州市卫生和计划生育委员会 宿州市扶贫开发领导小组办公室

宿州市民政局

宿州市财政局

宿州市人力资源和
社会保障局

2016年11月15日

宿州市农村贫困人口综合医疗保障 制度实施暂行方案

根据《安徽省人民政府关于健康脱贫工程的实施意见》（皖政〔2016〕68号）和《宿州市人民政府关于印发宿州市实施健康脱贫打造健康乡村行动计划的通知》（宿政秘〔2016〕159号）文件精神，为有效解决建档立卡农村贫困人口（以下简称“贫困人口”）“因病致贫、因病返贫”问题，建立基本医保、大病保险、医疗救助和政府兜底保障相互衔接的贫困人口综合医疗保障体系，落实“五免两降四提高一兜底”政策措施，特制定本实施方案。

一、保障对象

保障对象为各县区政府扶贫部门确认的建档立卡农村贫困人口。保障对象与脱贫退出机制相衔接，实行动态管理。保障对象享受保障待遇时间与基本医保保障年度一致。

二、保障政策

（一）代缴医保参保费用。

贫困人口参加基本医保个人缴费部分，自2017年起通过城乡医疗救助基金全额代缴。县级民政部门会同财政、扶贫部门落实，并于上年度的12月31日前完成。

（二）基本医保。

1、门诊补偿。

（1）普通门诊。贫困人口在县域内医疗机构门诊就诊，免起

付线，在年度限额内实际补偿比提高至 70%（不含一般诊疗费）。年度报销次数、补偿限额等提高至各地普通人口的 2 倍。

（2）常见慢性病门诊。贫困人口在县域内医疗机构门诊就诊，免起付线，在年度限额内按病种实际补偿比提高至 75%。

（3）特殊慢性病门诊。贫困人口在省内医疗机构门诊就诊的，免起付线，参照就诊医疗机构住院补偿政策执行。原基本医保个别病种较高补偿待遇政策继续执行。

2、住院补偿。

（1）起付线。贫困人口在县域内乡镇卫生院及县级医疗机构、市级医疗机构、省级医疗机构住院，起付线分别降至 100 元、300 元、500 元、1000 元；符合基本医保免起付线人群继续免起付线；年度内特殊慢性病患者在同一医疗机构多次住院的只计一次起付线。

（2）补偿比例。贫困人口在乡镇卫生院、县级医疗机构、市级医疗机构、省级医疗机构住院，分别按照 80%、75%、65%和 60% 比例进行保底补偿。特殊慢性病住院治疗以及按照要求逐级转诊的，保底补偿比例分别提高 5 个百分点。

（3）封顶线。住院（含特殊慢性病门诊）补偿年度累计封顶线不低于 20 万元。大病保险及目录内重大疾病按病种付费补偿不列入年度封顶线计算基数。

3、重大疾病按病种付费。

贫困人口患目录内重大疾病，在市级、省级医疗机构住院治疗

按病种付费，补偿比提高到 70%。按照要求实行逐级转诊的，补偿比再提高 5 个百分点。省、市级医疗机构按病种付费定点医院、定点病种、费用定额、特殊病例、结算流程等规定与基本医保保持一致。

（三）大病保险。

省内住院大病保险起付线降至 0.5 万元，各段补偿比例在原有基础上分别提高 10 个百分点。起付线至 5 万元、5 万元至 10 万元、10 万元至 20 万元、20 万元以上各段合规费用补偿比例分别为 60%、70%、80%、90%。大病保险制度的其他规定继续执行。

（四）医疗救助。

贫困人口医疗救助水平按年度住院合规医药总费用（含特殊慢性病门诊）的 10% 给予补助。补助金额不得超过经基本医保、大病保险补偿后剩余的合规费用。

（五）政府兜底。

贫困人口在省内医疗机构发生的限额内门诊费用、住院（含特殊慢性病门诊）合规费用纳入政府兜底保障范围。贫困人口在市域内公立医疗机构就诊的，通过基本医保、大病保险、医疗救助等政策综合补偿后，其余合规医疗费用的 90% 由政府兜底保障；贫困人口在省内市外的县级、市级、省级医疗机构就诊的，个人年度自付封顶额分别为 0.3 万元、0.5 万元、1 万元，个人年度自付合规费用累计超过个人自付封顶额时，超过部分的合规费用由政府兜底保障，个人自付封顶额按照贫困人口年度内就诊最高级别医疗机构确

定。建立健康脱贫医疗专项补助资金，由民政部门管理使用，封闭运行。

（六）其它规定。

慢性病及重大疾病范围按照《安徽省农村贫困人口慢性病及重大疾病保障指导目录》执行。享受综合医疗保障政策的贫困人口就医转诊，应执行《安徽省农村贫困人口分级诊疗办法》的规定。

本实施方案未涉及内容继续执行普通人口基本医保及大病保险相关政策。纳入基本医保保障范围的住院及特殊慢性病门诊（本方案已有规定的除外），全部纳入大病保险、医疗救助及政府兜底保障范围。其他需要提高补偿待遇的，由各地另行规定。

因贫困人口及其家属个人行为导致的过度医疗而发生的医药费用由患者自付；因医疗机构不合理检查、施治、用药等导致的过度医疗而发生的医药费用，由医疗机构承担；以上费用均不纳入综合医疗保障范围。

贫困患者年度内各项医疗保障的补偿金额（含各地另增的医疗保障项目），累计不得超过其年度内医药总费用（包括限额内门诊和住院费用）。

三、资金管理

（一）资金来源。

基本医保、大病保险、医疗救助、政府兜底保障资金分别来源于城乡居民基本医保基金、城乡居民大病保险基金、城乡医疗救助基金以及健康脱贫医疗专项补助资金。

（二）资金结算。

1、贫困人口医药费用“一站式”结算。

贫困人口出院时，联网定点医疗机构发生的合规医药费用通过综合医保“一站式”结算信息系统，即时结算基本医保、大病保险、医疗救助、政府兜底以及个人自付费用。贫困人口只需交纳个人自付费用，基本医保、大病保险、医疗救助及政府兜底资金由医疗机构垫付。

贫困人口在非联网定点医疗机构就诊合规医药费用，回参保地的医保管理经办机构通过“一站式”结算信息系统结算。个人只需承担自付费用，其他费用由医保管理经办机构垫付。具体办法由各县区另行制定。

2、机构垫付医保费用定期结算。

医疗机构每月末将垫付的费用及相关票据分类汇总后，连同汇款账号信息统一送达至各地医保管理经办机构。医保管理经办机构通知当地大病保险承办机构、民政部门取回医疗机构以及本机构垫付款的相关票据。各部门应在 10 个工作日内完成审核，在完成审核后 5 个工作日内向医疗机构或医保管理经办机构支付垫付款。发票、出院小结、结算单等原始票据由各医保管理经办机构保存，大病保险承办单位、民政部门以机构每月垫付资金汇总表及结算单复印件为结算依据。

3、从 2016 年 7 月 26 日省政府文件出台之日起至“一站式”结

算信息系统运行之前应该享受综合医疗保障政策的贫困人口，依据《宿州市农村贫困人口大病慢性病医疗费用补助暂行办法》（宿政办秘〔2016〕97号），按程序补发，确保不遗漏一个已经花费医疗费用的贫困人口。

四、有关要求

（一）高度重视。各地、各部门要建立健全政府领导、部门协调、社会参与的工作机制，明确各部门职责，尽快制定细化实施方案，确保贫困人口综合医疗保障按要求规范实施。

（二）加强宣传。各地、各部门要广泛宣传贫困人口综合医疗保障方案，准确解读综合医疗保障相关政策，提高群众知晓率。引导贫困人口科学合理就医，及时公开贫困人口综合医疗保障实施情况，接受社会监督。

（三）加强管理。各部门、各医保基金管理经办机构要加强对贫困人口医药费用的审核与监管。各定点医疗机构应根据执业范围以及自身医疗服务能力，引导贫困人口合理就医，进行合理施治，严控不合理检查检验、药品、耗材等费用。

本实施方案（暂行）自2016年7月26日起执行，各县（区）要依据本方案，结合当地实际，制定具体的实施方案。