

六盘水市民政局
六盘水市财政局
六盘水市人力资源和社会保障局 文件
六盘水市卫生和计划生育委员会
六盘水市扶贫开发局

六盘水民发〔2017〕84号

关于印发《六盘水市加强医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接实施方案》的通知

各县（市、特区、区）民政局、财政局、人力资源社会保障局、卫生计生局、扶贫局，钟山经济开发区社会事务局：

为认真贯彻落实省民政厅等6部门《关于印发〈贵州省加强医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接实施方案〉的通知》（黔民发〔2017〕15号）精神，结合我市实际，市民政局联合市财政局、市人力资源社会保障局、市卫生计生委、市扶贫局联合制定了《六盘水市加强医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接实施方案》，

现印发给你们，请认真贯彻执行。



市人力资源和社会保障局



市卫生计生委



市扶贫局

2017年8月10日

六盘水市加强医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接实施方案

为实现医疗救助与城乡居民大病保险两项制度有效衔接，充分发挥医疗救助和城乡居民大病保险保障困难群众基本医疗权益的基础性作用，根据省民政厅等6部门《关于印发〈贵州省加强医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接实施方案〉的通知》（黔民发〔2017〕15号）要求，结合我市实际制定本实施方案。

一、工作目标

到2018年，实现医疗救助与城乡居民大病保险两项制度在对象范围、支付政策、经办服务、监督管理等方面的有效衔接，两项制度保障困难群众基本医疗权益的功能作用得到充分发挥，形成保障合力。到2020年，城乡困难群众人人享有基本医疗卫生服务，大病得到及时有效救助，个人就医费用负担明显减轻，因病致贫、因病返贫问题得到有效解决。

二、医疗救助对象范围

根据《市人民政府办公室关于印发〈六盘水市医疗救助实施办法〉的通知》（六盘水府办函〔2016〕37号）规定，全市医疗救助对象为具有当地常住户籍或具有居住证且在当地连续居住1年以上的以下十类人员：

- (一) 特困供养人员;
- (二) 二十世纪六十年代初精减退职老职工;
- (三) 家庭经济困难的精神障碍患者、肇事肇祸的精神障碍患者;
- (四) 最低生活保障家庭成员;
- (五) 精准扶贫建档立卡贫困人口中的大病患者;
- (六) 艾滋病人和艾滋病机会性感染者;
- (七) 享受抚恤补助的优抚对象(不含一至六级残疾军人,一至六级残疾军人参照相关规定执行);
- (八) 低收入家庭中的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者(低收入家庭的人均收入应高于当地城乡最低生活保障标准,但不得高出2倍);
- (九) 因医疗自付费用过高导致家庭无力承担的患者(因患病造成家庭基本生活困难且个人自付合规医疗费超过家庭前12个月总收入50%以上的);
- (十) 各县(特区、区)人民政府规定的其他特殊困难人员。

三、主要任务

(一) 做好资助困难群众参加基本医疗保险工作

全面落实资助困难群众参加城镇居民医疗保险、新农合(以下简称参保)政策,确保其纳入基本医疗保险和大病保险范围。对特困供养人员、二十世纪六十年代初精减退职老职工、肇事肇祸的精神障碍患者参保,个人缴费部分由医疗救助基金全额资

助；农村最低生活保障家庭成员参加新型农村合作医疗保险的，个人缴费部分由医疗救助基金按每人每年不低于 30 元标准予以资助；城市最低生活保障家庭成员参加城镇居民基本医疗保险的，个人缴费部分由医疗救助基金按照《六盘水市人民政府办公室关于印发六盘水市城镇居民基本医疗保险暂行办法实施细则的通知》（市府办发〔2008〕62 号）相关规定予以资助；对低收入家庭中的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者参保，个人缴费部分由医疗救助基金按每人每年不低于 10 元的标准予以资助；对城乡医疗救助对象中除上述人群外的其余农村建档立卡贫困人口参保，个人缴费确有困难的，由县级人民政府按照脱贫攻坚规划整合相关资金予以资助。具有双重或多重特殊属性的医疗救助保障对象，按就高原则资助参保，不得重复资助。各级各相关部门要加强沟通，互通信息、密切配合，形成工作合力，共同做好资助困难群众参保工作，有效防止“重复参保”、“死人参保”、“应保未保”等现象发生。各地要做好定额资助对象的参保动员工作，加大保费征缴力度，提高其参保意愿，可由其先行全额缴纳个人参保费用，相关部门再将资助资金补助本人，确保人费对应、足额缴纳、及时参保。

（二）明确大病保险倾斜性支付政策

已明确身份的城乡医疗救助对象在各级定点医疗机构和市外政府（含军队）举办的公立医疗机构住院就医，不设起付线，

不限医院级别。对参加新农合的医疗救助对象，政策范围内医药费用由新农合统一按80%的比例报销后，剩余政策范围内自付医药费用不设起付线、封顶线，由大病保险按75%的比例赔付。对参加城镇居民医疗保险的医疗救助对象，政策范围内医疗费用支付比例由城镇居民医疗保险在原基础上提高10%，剩余政策范围内自付医药费用不设起付线，由大病保险按80%的比例赔付。

市卫生计生、人力资源社会保障部门要将对困难群众的倾斜照顾措施纳入大病保险实施方案，通过招投标等方式，与承办机构签订合同，确保部署实施。

（三）落实重特大疾病医疗救助政策

全面贯彻落实《市人民政府办公室关于印发〈六盘水市医疗救助实施办法〉的通知》（六盘水府办函〔2016〕37号），对城乡医疗救助范围内患省、市卫生计生部门认定的重大疾病病种的救助对象，产生的个人自付合规住院费用，先按基本住院救助比例予以救助，对超过年度基本住院最高救助限额且尚未实施救助的部分，救助比例提高5个百分点，但最高救助比例不超过100%，最高救助限额为4.5万元。重特大疾病医疗救助合规医疗费用范围应参照大病保险的相关规定确定，并做好与基本医疗保险按病种付费改革衔接。新农合儿童先天性心脏病等25种重大疾病医疗救助政策按现有文件执行。各地要做好低收入救助对象和因病致贫家庭重病患者认定工作，审核审批时，城市低收入家庭按照

《省人民政府办公厅关于深入开展城市低收入家庭认定工作的通知》(黔府办发〔2011〕129号)认定,农村低收入家庭参照《贵州省人民政府办公厅关于开展农村居民最低生活保障核查工作的通知》(黔府办发〔2008〕32号)明确的申请人家庭收入核算评估办法认定;因医疗自付费用过高导致家庭无力承担的患者“家庭前12个月总收入”的计算方法参照上述相关规定执行。市县两级民政部门要依托全市社会救助家庭经济状况核对平台开展信息比对工作,准确认定救助对象,及时落实重特大疾病医疗救助政策。

(四) 实行县域内困难群众住院先诊疗后付费

全面建立困难群众患者在县域内定点医疗机构住院先诊疗后付费结算机制。依托定点医疗机构服务窗口,对特困供养人员、低保对象、农村建档立卡贫困人口大病患者、二十世纪六十年代初精减退职老职工、享受抚恤补助的优抚对象(不含一至六级残疾军人)等困难群众在县域内定点医疗机构住院开展“一站式”医疗费用即时结算服务,困难群众出院时只需支付自负医疗费用。积极推进市域和省域内困难群众按规定分级转诊和异地就医先诊疗后付费的结算机制。

(五) 加强医疗保障信息共享

各县(市、特区、区)要依托基本医疗保险信息管理系统,加快推进基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式”费用结算

信息平台建设，实现信息交换共享、即时同步结算，为困难群众看病就医费用结算提供便利。民政、扶贫等部门要加强与基本医疗保险经办机构和大病保险承办机构协作，及时、全面、准确提供救助对象信息，为“一站式”费用结算信息平台提供数据支撑。有条件的地方可探索通过政府购买服务等方式，支持具备开展“一站式”结算条件的大病保险承办机构参与医疗救助经办服务。

（六）规范医疗费用结算程序

各地要按照精准测算、无缝对接的工作原则和“保险在先、救助在后”的结算程序，准确核定结算基数，按规定结算相关费用，避免重复报销、超费用报销等情况。对于年度内单次或多次就医，费用均未达到大病保险起付线的，要在基本医疗保险报销后，按次及时结算医疗救助费用。对于单次就医经基本医疗保险报销后费用达到大病保险起付线的，应即时启动大病保险报销，并按规定对经基本医疗保险、大病保险支付后的剩余合规费用给予医疗救助。对于年度内多次就医经基本医疗保险报销后费用累计达到大病保险起付线的，要分别核算大病保险和医疗救助费用报销基数，其中大病保险应以基本医疗保险报销后超出大病保险起付线，且扣除所获医疗救助的费用作为报销基数；原则上，医疗救助以基本医疗保险、大病保险支付后的剩余多次累计个人自负合规总费用作为救助基数，对照医疗救助年度最高救助限额，分类分档核算救助额度，并扣减已按次支付的医疗救助费用。

（七）落实医疗费用结算责任

新农合定点医疗机构垫付的新农合基金、大病保险基金和医疗救助资金，由统筹地区新农合经办机构按照有关规定予以结算。定点医疗机构定期将实际发生的报销补偿资金向患者参保地统筹地区新农合经办机构和大病保险承办机构申报；统筹地区新农合经办机构和大病保险承办机构自收到申报材料 20 个工作日内支付申报资金总额的 70%，之后 10 个工作日内完成审核确认并支付剩余资金。统筹地区新农合经办机构和大病保险承办机构共同对定点医疗机构申报资料进行审核认定，并及时支付定点医疗机构垫付的资金。民政医疗救助资金由县级新农合经办机构代审代付。县级民政部门按季度提前向县级新农合经办机构预拨资金，县级新农合经办机构每季度初将上一季度医疗救助保障对象审批资料、费用结算手续等提交县级民政部门审核确认，并完成资金结算报账。

城镇居民医疗保险定点医疗机构垫付的城镇居民医疗保险基金、大病保险基金和医疗救助资金，由统筹地区城镇居民医疗保险经办机构、大病保险承办机构、医疗救助机构按照有关规定予以结算。定点医疗机构定期将实际发生的报销补偿资金向患者参保地统筹地区城镇居民医疗保险经办机构、大病保险承办机构和医疗救助机构申报，统筹地区城镇居民医疗保险经办机构、大病保险承办机构和医疗救助机构收到申报材料后 30 个工作日内按

照规定完成审核认定和拨付定点医疗机构垫付的资金。

四、保障措施

(一) 强化责任落实。人力资源社会保障、卫生计生部门要加强对各地实施大病保险的指导，加强监督检查和考核评估。卫生计生部门要加强对医疗机构、医疗服务行为和质量的监管，规范医疗行为，防控不合理医疗行为和费用。民政部门要加强对各地实施医疗救助的指导，及时向基本医疗保险经办机构和大病保险承办机构或医疗救助“一站式”即时结算服务定点医疗机构提供由民政部门认定的救助对象信息，对救助对象经基本医疗保险、大病保险支付后的合规自负费用按医疗救助政策实施救助。扶贫部门要加强与卫生计生、人力资源社会保障、民政等部门协作，提供农村建档立卡贫困人口信息。商业保险机构承办大病保险要实行单独核算，严格资金管理，确保及时偿付、高效服务。人力资源社会保障、卫生计生、民政、财政等部门要定期对基本医疗保险、大病保险、医疗救助经办（承办）机构的资金使用、管理服务等情况开展监督检查。

(二) 强化监督检查。省、市已将医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接工作列为年度绩效考核工作的重要指标进行绩效考核。各级各有关部门要加大工作推进力度，确保两项制度衔接落实到位。市民政局将会同市卫生计生委、市人力资源社会保障局适时对各县（市、特区、区）工作开展情况进行实地抽查，对

于工作推进缓慢、政策落实不到位的地方，将按规定予以通报批评。

（三）强化政策宣传。坚持正确舆论导向，加强政策宣传工作，采取群众喜闻乐见的形式，多渠道、多角度宣传两项制度的政策内容、功能定位和取得成效，积极回应公众关切，合理引导社会预期，努力营造广大群众和社会各界支持两项制度有效衔接工作的良好氛围。

各县（市、特区、区）要根据市级实施方案抓紧制定本地医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接实施方案，细化衔接步骤和措施，于2017年9月底前报市级相关部门备案。