

黄石市医疗保障局
黄石市民政局
黄石市财政局
黄石市卫生健康委员会
黄石市乡村振兴局
国家税务总局黄石市税务局
中国银行保险监督管理委员会黄石监督分局

文件

黄医保发〔2022〕1号

市医疗保障局 市民政局 市财政局 市卫生健康委
市乡村振兴局 国家税务总局黄石市税务局 市银保监局
关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村
振兴战略的实施办法

大冶市、阳新县、各区人民政府,黄石市经济技术开发区管委会,黄石新港(物流)工业园区管委会:

为深入贯彻落实党中央、国务院关于实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的决策部署和省委、省政府及市委、市政府工作要求,根据《省医疗保障局 省民政厅 省财政厅 省卫生健康委 省乡村振兴局 国家税务总局湖北省税务局 湖北银保监局关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施意见》(鄂医保发〔2021〕68号)等文件精神,经市委、市政府同意,现就巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略,制定本实施办法。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导,全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神,按照“问题导向、目标导向、分类管理、分层保障”的要求,对摆脱贫困的县(市、区)在规定的5年过渡期内(以下简称“过渡期”),通过优化调整医保扶贫政策,健全防范化解因病返贫致贫长效机制,逐步实现由集中资源支持脱贫攻坚向统筹基本医保、大病保险、医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡,进一步巩固医疗保障脱贫攻坚成果,助力乡村振兴战略全面推进,不断增强农村参保群众获得感、幸福感、安全感。

二、保障对象

经民政、乡村振兴等部门认定的农村低收入人口(包括农村特困人员、农村低保对象、返贫致贫人口和纳入相关部门监测范围的脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口和突发严重困难人口等)纳入本实施办法保障范围。

三、保障政策

(一)完善参保缴费资助政策。完善城乡居民基本医疗保险(以下简称“城乡居民医保”)参保个人缴费差异化资助政策。特困人员给予全额资助;低保对象过渡期内每年按照个人缴费标准的90%给予定额资助,低于320元按照320元资助;返贫致贫人口和纳入相关部门监测范围的脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口、突发严重困难人口等困难人口,过渡期内按照个人缴费标准的50%给予定额资助;未纳入农村低收入人口监测范围的稳定脱贫人口执行资助参保渐退政策,2022年、2023年、2024年分别按不低于当地2021年个人缴费资助标准的80%、50%、30%给予定额资助,2025年不再享受资助参保政策。参加城乡居民医保的农村低收入人口同时符合多种资助缴费政策时,按照就高不就低的原则予以资助,不得重复资助。

本实施办法施行前困难群众参保资助标准按原规定执行。集中缴费期后新增农村低收入人口,已缴纳的个人保费不予退还;未缴费的,由税务部门按规定征收个人保费应缴部分。按规定享受参保资助政策的农村低收入人口,参加城乡居民医保个人缴费所需资助资金,特困人员和低保对象从医疗救助资金列支;其他农村低收入人口由乡村振兴部门负责落实。

(二)合理确定医疗保障待遇水平

1.落实基本医保政策。实施公平普惠的基本医疗保险政策,市域内全体参保人员享受统一的城乡居民医保待遇。巩固住院待

遇保障水平,确保县域内政策范围内住院费用支付比例总体稳定在70%左右。优化城乡居民医保高血压、糖尿病(以下简称“两病”)门诊用药保障机制,简化“两病”认定程序,加强部门之间信息共享,加大“两病”人群健康管理力度,确保“两病”患者用药保障和健康管理全覆盖。

2. 提高大病保险保障能力。在全面落实城乡居民大病保险普惠待遇政策的基础上,对特困人员、低保对象、返贫致贫人口实施大病保险起付线降低50%、报销比例提高5个百分点、取消封顶线的倾斜保障政策。

3. 夯实医疗救助托底保障。农村低收入人口规范就医发生的医疗费用,经基本医保、大病保险支付后,政策范围内个人自付医疗费用按规定给予医疗救助。统筹加大门诊(门诊慢特病、“双通道”管理药品费用)救助力度,将门诊(门诊慢特病、“双通道”管理药品费用)政策范围内个人自付费用纳入救助范围,门诊和住院救助共用年度救助限额。

(1)年度救助限额为6万元。在年度救助限额内,特困人员,不设起付线,救助范围内费用救助比例为100%;低保对象和返贫致贫人口,不设起付线,救助范围内费用在大病保险起付线以下的部分救助比例为70%,大病保险起付线以上的部分救助比例为75%;纳入相关部门监测范围的脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口、突发严重困难人口的医疗救助起付线为1500元,大病保险起付线以下的部分救助比例为65%,大病保险起付线以上的部分救

助比例为 70%。

(2) 高额医疗费用患者予以倾斜救助。农村低收入人口规范就医发生的医疗费用,经基本医保、大病保险、医疗救助报销后政策范围内个人负担仍然较重的,给予倾斜救助,起付标准为 5000 元,倾斜救助年度限额原则上为 5 万元。在年度限额内,特困人员救助比例为 100%;低保对象和返贫致贫人口的救助比例为 90%;纳入相关部门监测范围的脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口、突发严重困难人口的救助比例为 85%。对特殊情形,可按“一事一议”机制进行救助,具体办法由各县(市、区)自行制定。

政策范围内费用是基本医疗保险“三个目录”(基本医疗保险药品、诊疗项目范围、医疗服务设施)内可报销的费用(甲类和乙类)。乙类药品耗材个人先行自付费用、乙类耗材限价外费用、按规定办理转诊手续并在县域外指定医疗机构住院降低报销比例的政策范围内费用等原则上纳入医疗救助报销。违规未转诊、未及时结算扣减政策范围内费用,不纳入医疗救助报销。

4. 建立防范化解因病返贫致贫长效机制。加强部门间信息数据交换和共享,建立防范化解因病返贫致贫主动发现、动态监测和帮扶机制。医保部门要建立高额医疗费用患者负担监测预警机制,将农村低收入人口和稳定脱贫人口当年累计发生医疗费用超过当地上年度农村居民人均可支配收入 50% 的人员纳入因病返贫预警范围,将城乡居民医保普通参保人员当年累计负担医疗费用超过当地上年度农村居民人均可支配收入的人员纳入因病致贫

预警范围,每月定期推送给乡村振兴和民政部门,对于经两部门按程序核准身份的对象,医保部门及时跟进落实医疗保障帮扶措施。各县(市、区)要建立依申请救助机制,对于稳定脱贫人口等重点人群因发生高额医疗费用导致家庭生活出现严重困难,经乡村振兴、民政部门认定为农村低收入人口的,其高额医疗费用经基本医保、大病保险支付后,符合规定的个人自付医疗费用按规定予以救助,防止因病返贫致贫。

5. 其他保障待遇。在全面落实三重保障机制后,各县(市、区)人民政府要健全引导社会力量参与减贫机制,鼓励发展商业健康保险和医疗互助,加大应急救助、慈善救助、临时救助力度,形成对基本医疗保障的有益补充。

四、保障措施

过渡期内要强化各项基本医疗保障措施,确保农村低收入人口基本医疗保障政策待遇正常落实。

(一)做好制度衔接。各县(市、区)政府要将脱贫攻坚期内健康扶贫工作机制稳妥有序调整为基本医保、大病保险、医疗救助三重制度保障,将脱贫攻坚期内地方自行开展的财政兜底或其他补充医疗保障措施资金统一并入医疗救助基金,取消不可持续的过度保障政策,杜绝新增待遇加码政策,按规定落实医疗救助资金投入,确保医疗救助资金收支总体平衡。

(二)确保应保尽保。乡村振兴部门和民政部门依职能分工认定相应的农村低收入人口身份信息,分类及时将动态调整的信

息数据传送给医保经办机构,做到信息共享、数据共建。医保经办机构要照单全收,在城乡居民医保信息系统中分类做好参保标识,确保纳入参保资助范围且核准身份信息的农村低收入人口动态纳入基本医疗保障覆盖范围。农村低收入人口非因个人原因停保断保的,不设待遇享受等待期,确保待遇接续享受。农村低收入人口在身份认定之前已参保的,自其身份认定之日起享受医疗救助政策;未参保的,自参保之日起享受医疗救助政策。

(三)着力降低看病就医成本。农村低收入人口在县域内定点医疗机构住院,持有效证件办理入院手续,入院时只需缴纳基本医保住院起付标准费用,无需缴纳住院押金。医保部门要推动药品招标采购工作制度化、常态化,确保国家组织高值医用耗材集中采购落地。有条件的地区可按协议约定向医疗机构预付部分医保资金,缓解其资金运行压力;卫生健康部门要督促引导医疗机构强化医疗服务质量管理,优先选择基本医保目录内安全有效、经济适宜的诊疗技术和药品、耗材,严格控制不合理医疗费用发生。严格控制农村低收入人口住院治疗政策范围外医疗费用占医疗总费用比例,县域内一级医疗机构不超过3%、二级和三级医疗机构不超过8%;县域外一级医疗机构不超过3%、二级医疗机构不超过8%、三级医疗机构不超过10%。超出规定比例的“三个目录”外医疗费用,由定点医疗机构承担。

(四)引导实施合理诊疗促进有序就医。继续保持基金监管高压态势,加大对诱导住院、挂床住院、虚构医疗服务、串换药品诊

疗项目等行为打击力度。规范医疗服务行为,引导居民有序合理就医。运用医保智能监管子系统,提升监管效能。完善举报奖励机制,激励社会公众参与监管。全面落实异地就医就医地管理责任,优化异地就医结算管理服务。建立健全医保基金监督检查、信用管理、综合监管等制度,推动建立跨区域医保管理协作协查机制。严格遵循县域内基层首诊、逐级转诊的原则,严禁无序就医,农村低收入人口未按要求办理转诊手续、不在省内指定定点医疗机构就医的,执行当地分级诊疗政策。

(五)提升农村医疗卫生服务能力。全面实现参保人员市域内基本医保、大病保险、医疗救助“一站式服务、一票制结算”。农村低收入人口在省域内按规定转诊并在指定定点医疗机构就医,住院起付线连续计算,执行参保地同等城乡居民医保待遇政策,按规定享受医疗救助政策。将符合条件的“互联网+”诊疗服务纳入医保支付范围,提高优质医疗服务可及性。加强基层医疗卫生机构能力建设,探索对紧密型医疗联合体实行总额付费,加强监督考核。引导医疗卫生资源下沉,整体提升农村医疗卫生服务水平,促进城乡资源均衡配置。

五、工作要求

(一)加强组织领导。建立由分管市领导召集、各相关部门负责人参加的工作协调机制,及时协调解决政策衔接过渡中的相关问题,协调机制办公室设在市医保局。各县(市、区)人民政府要高度重视,相应建立工作协调机制,做好工作衔接。

(二)加强部门协同。医保部门负责统筹推进巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的医保制度和机制建设,加强经办能力建设,抓好政策落实和三重制度保障。乡村振兴部门负责做好返贫致贫人口、脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口、脱贫人口身份认定和信息及时共享,并会同有关部门负责认定因病因灾因意外事故等刚性支出较大或收入大幅缩减导致基本生活出现严重困难人口和信息及时共享,做好防止返贫动态监测,做好脱贫人口参保动员工作。民政部门负责做好特困人员、低保对象等农村低收入人口身份认定和信息及时共享。财政部门负责做好资金投入保障。卫生健康部门负责做好基层医疗卫生服务能力建设和医疗机构行业管理,指导医疗机构落实“先诊疗、后付费”、“一站式服务、一票制结算”、医疗费用控制政策和分级诊疗制度。税务部门负责做好基本医疗保险费征收工作。银保监会部门负责规范商业健康保险发展。

(三)加强运行监测。各县(市、区)要加强农村低收入人口医保帮扶政策落实和待遇享受情况监测。做好与农村低收入人口数据库的信息比对和信息共享,健全农村低收入人口医保综合保障信息台账,做好因病返贫致贫风险预警,确保政策有效落实、待遇及时享受。

(四)加强宣传引导。各县(市、区)要加强政策解读,做好政策宣传,提高群众对过渡期医保政策知晓率。要做好舆论引导,及时回应社会关切,为政策落地营造良好氛围。各地贯彻落实情况

要向有关部门反馈,重大问题及时报告。

本办法实施后,原有规定与本办法不一致的,按本办法执行,上级有新规定的,从其规定。



2022年2月18日

黄石市医疗保障局办公室

2022年2月18日印发
