

长 治 市 民 政 局
长 治 市 财 政 局
长治市人力资源和社会保障局
长治市卫生和计划生育委员会
长治市扶贫开发中心

文件

长民发[2017]142号

**关于印发《长治市医疗救助与城乡居民大病保险
有效衔接实施方案》的通知**

各县市区民政局、财政局、人力资源和社会保障局、卫生计生委、扶贫开发中心：

现将《长治市医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接实施方案》印发给你们，请遵照执行。

长治市医疗救助与城乡居民大病保险 有效衔接实施方案

一、文件依据

依据《关于印发〈医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接实施方案〉的通知》(晋民发【2017】46号)、《长治市农村建档立卡贫困人口医疗保障帮扶方案》(长人社发【2017】123号),结合我市实际,制定本办法。

二、目标任务

以制度衔接为重点,强化医疗救助与大病保险两项制度在对象范围、支付政策、经办服务、监督管理等方面的衔接,将建档立卡贫困人口纳入医疗救助范围,充分发挥制度效能,努力构建多层次保障体系。

三、衔接内容

(一)资助困难群众参加基本医疗保险。

1、扩大资助范围。在资助城乡低保对象、特困供养人员、在乡不享受公费医疗待遇的重点优抚对象参加基本医疗保险的基础上,将建档立卡贫困对象纳入资助范围。

2、资助办法。在乡不享受公费医疗待遇的重点优抚对象,按照优抚对象医疗救助政策执行;城乡低保对象、特困供养人员个人

缴费部分由民政部门全额资助；建档立卡贫困人口个人缴费部分按照《长治市农村建档立卡贫困人口医疗保障帮扶方案》给予全额资助。

在基本医疗保险缴费工作开始前，县级扶贫部门将所有建档立卡贫困人口对象花名册（含身份信息）分别报同级民政、财政、人社部门，民政部门会同财政部门按照人数、个人缴费标准将资助资金拨付至同级人社部门医保经办机构。如果其个人先行缴纳了费用，相关部门要将资助资金采取社会化发放形式支付本人。

(二) 拓展重特大疾病医疗救助范围。

各县市区要根据长治市人民政府办公厅印发的《关于进一步完善医疗救助制度全面开展重特大疾病医疗救助工作的实施意见》（长政办发【2016】40号）精神，对经基本医疗保险、大病保险报销后仍有困难的低保对象、特困供养人员、建档立卡对象中的重特大疾病患者积极给予救助。

1、扩大病种范围。对低收入对象、因病致贫家庭的重特大疾病患者的医疗救助，各县市区要逐步拓展病种范围，根据资金筹集情况救助病种可以扩展到24类重特大疾病以外。

2、扩大救助对象范围。大病关怀救助，要从重点对象扩展到建档立卡贫困人口对象、建档立卡贫困人口对象身患24类重特大疾病，且处于晚期，给予每人一次性的5000元大病关怀救助。

3、各县市区民政部门要依托社会救助家庭经济状况核对机

制,完善低收入对象和因病致贫家庭等其他救助对象的认定办法。对于其他救助对象,除考虑家庭总收入、医疗支出等因素外,还要核查其家庭财产,逐步规范综合评估体系,实现科学合理认定。

(三)提高重特大疾病医疗救助水平。各县市区要合理调整医疗救助资金支出结构,提高重特大疾病医疗救助资金支出占比。建立健全分类分段的梯度救助模式,重点救助对象救助水平要高于其他救助对象;同一类救助对象,个人自负费用数额越大,救助比例越高。做好与基本医疗保险按病种付费改革衔接。

1、为进一步提高大病保障水平,有条件的地方可对住院医保目录外的费用按照一定比例给予救助。住院医保目录外的费用,可根据《长治市农村建档立卡贫困人口医疗保障帮扶方案》规定的控制比例进行计算。

2、建档立卡贫困对象,属于重点救助对象的,按重点救助对象的救助比例进行救助,属于其他对象的按其他对象的救助比例进行救助。

(四)落实大病保险倾斜性支付政策。各县市区要提高大病保险制度托底保障的精准性,实现基本医保、大病保险、医疗救助等医疗保障制度的“无缝”对接。要认真落实《山西省农村建档立卡贫困人口医疗保障帮扶方案》中对建档立卡贫困人口、特困人员和低保对象在内的城乡贫困人口的倾斜性支付政策,继续执行医疗保障扶贫对象大病保险起付线,由10000元降低到5000元,并适当提高支付比例的扶贫政策,进一步扩大受益面和受益水平,

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
 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
 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
 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
 3、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
 大病保险支付后的剩余合规费用给予医疗救助。

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、
 2、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
 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。

1、对于年度内单次或多次就医,费用均未达到大病保险起付
 情况。

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
 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
 (六)规范医疗费用结算程序。各县市区要按照精准测算、无
 规定分级转诊和异地就医先诊疗后付费的结算机制。

用。有条件的地方建立县级、市级和省级行政区域内困难群众按
 医疗救助的同步即时结算,困难群众出院时只需支付自负医疗费
 革。依托定点医疗机构服务窗口,实现基本医疗保险、大病保险、
 象,全面实施县级行政区域内定点医疗机构住院先诊疗后付费改
 县市区要针对低保对象、特困人员、建档立卡贫困人口等困难对
 (五)实行县级行政区域内困难群众住院先诊疗后付费。各

对建档立卡贫困人口住院医保目录内费用实行兜底保障。

照医疗救助起付线和年度最高救助限额,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)加强医疗保障信息共享。各县市区要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,努力实现资源协调、信息共享、结算同步。积极提升“一站式”信息平台管理服务水平,为困难群众跨地域看病就医费用结算提供便利。人社、卫生、民政、扶贫等部门要加强与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”信息平台建设提供数据支撑。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。

四、保障措施

(一)加强组织领导。各县市区各有关部门要高度重视医疗救助与城乡居民大病保险衔接工作的重要性,加强组织领导,细化政策措施,抓紧制定本地医疗救助与大病保险制度衔接的具体实施细则,进一步明确工作目标、主要任务、实施步骤和保障措施,确保制度稳健运行和可持续发展。

(二)明确职责分工。民政部门做好医疗救助与城乡居民大病保险政策衔接工作,积极推进医疗救助信息化建设;财政部门做好相关资金保障工作,确保资金按时足额发放到位;人力资源社会保障部门做好困难群众参加基本医疗保险的服务管理工作,加强与相关保障制度的衔接,按规定支付医疗费用;卫生计生部门要加强对定点医疗机构的监管,规范医疗服务行为,落实救助对象的有

关优惠减免政策；扶贫部门落实扶贫开发政策，配合做好衔接工作，按相关部门工作需求及时提供建档立卡贫困人口正确完整的信息。

(三)强化监督管理。各相关部门要做好医疗服务行为的质量监督和规范管理，防控不合理医疗行为和费用。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。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。

(四)做好绩效评价。各地要建立健全医疗救助工作绩效评价机制，将重特大疾病医疗救助开展情况纳入社会救助绩效评价体系，并将评价结果作为分配医疗救助补助资金的重要依据。对于工作推进缓慢、政策落实不到位的地区要进行重点督导，按规定予以通报批评。民政部将会同相关部门采取“两随机、一公开”、委托第三方等方式对各地工作开展情况实地抽查。

(五)强化舆论引导。各县市区要充分利用新闻媒体和基层政府便民服务窗口、公园广场、医疗机构、村(社区)公示栏等公共场所，通过制作宣传画、发放政策一本通、开展现场咨询、现场办公等形式，要加大政策宣传力度，积极稳妥回应公众关切，合理引导社会预期，努力营造良好氛围。