

宜都市人民政府办公室文件

都政办发〔2018〕31号

市人民政府办公室关于 完善建档立卡农村贫困人口基本医疗 有保障有关政策的通知

各乡（镇）人民政府、陆城街道办事处、松宜矿区、宜都高新园区管委会，市政府各部门：

根据《省人民政府办公厅关于完善农村贫困人口基本医疗有保障有关政策的通知》（鄂政办发〔2018〕24号）及《宜昌市人民政府办公室关于完善农村贫困人口基本医疗有保障有关政策的通知》（宜府办发〔2018〕65号）精神，为实现我市建档立卡农村贫困人口基本医疗有保障，促进健康扶贫工作，实行基本医保、

大病保险、医疗救助、健康扶贫资金兜底保障“四位一体”工作机制，确保建档立卡农村贫困人口住院医疗费用个人实际报销比例提高到 90%，大病、特殊慢性病门诊医疗费用个人实际报销比例提高到 80%，个人年度实际负担住院及特殊慢性病门诊医疗费用控制在 5000 元以内。现就有关政策通知如下。

一、关于城乡居民基本医保政策

（一）补贴个人参保费用。建档立卡农村贫困人口参加城乡居民基本医疗保险所需个人缴费部分由市财政全额补助。

（二）调整住院起付标准。建档立卡农村贫困人口中属于特困供养人员、孤儿、最低生活保障家庭成员、丧失劳动能力的残疾人、严重精神障碍患者和计划生育特殊困难家庭中经核定的特困家庭夫妻及其伤残子女的，取消住院起付线。其他建档立卡农村贫困人口县域内起付线标准在城乡居民住院起付线标准基础上减半，即一级医疗机构住院起付标准为 100 元，二级医疗机构住院起付标准为 250 元；在同一年度内住院 2 次及以上的，从第 2 次住院开始，起付标准再减半。

（三）提高政策范围内报销比例。建档立卡农村贫困人口在县域内住院治疗的，基本医保（不含大病保险）政策范围内报销比例一级医疗机构不低于 90%，二级医疗机构不低于 80%。

二、关于城乡居民大病保险政策

（四）降低大病保险起付标准。建档立卡农村贫困人口大病保险起付标准降至 5000 元。一个保险年度内，建档立卡农村贫困

人口多次住院只扣除一次大病保险起付标准金额。

（五）提高大病保险报销比例。符合大病保险保障范围的个人负担累计金额，在起付标准以上至 3 万元（含）以下部分报销 60%，3 万元以上至 10 万元（含）以下部分报销 70%，10 万元以上部分报销 80%。

（六）提高大病保险最高支付限额。建档立卡农村贫困人口大病保险年度最高支付限额不低于 35 万元。

三、关于医疗救助政策

（七）统筹使用社会救助资金，切实发挥医疗救助作用。落实政府医疗救助主体责任，在建档立卡农村贫困人口就医信息共享基础上，根据实际情况明确医疗救助范围、条件。加大社会救助资金的统筹使用力度，除农村低保、五保精准扶贫补助资金外，打通使用各级各类社会救助资金用于医疗救助，对救助对象符合规定的医疗费用予以补助。加强重特大疾病与大病保险的衔接，对建档立卡农村贫困人口住院治疗年度累计自负政策范围内医疗费用超过大病保险起付标准以上的部分实施重特大疾病医疗救助，经大病保险报销赔付后，按照 3 万元（含）以下不低于 50%，3 万元以上不低于 60% 救助，重特大疾病医疗救助年度最高救助限额应不低于 8 万元。对建档立卡农村贫困人口中因患慢性病，经市医保局评审未纳入特殊慢性病门诊且需要长期服药或者治疗，导致年度自负医疗费用较高的对象，按照每人每年 500—1000 元的标准给予定额门诊救助（5000 至 10000 元的，按照每人每年

500 元的标准救助，10000 元以上的，按照每人每年 1000 元的标准救助)。对患慢性病需要长期治疗且符合特殊门诊慢性病的重症患者，扣除基本医保报销费用后，可参照住院救助标准予以救助。

四、关于兜底保障政策

(八) 建立兜底保障制度。按照城乡居民基本医保、大病保险、医疗救助在先，兜底保障资金在后的路径，按照“以支定收、收支平衡、兜底保障”的原则，市财政为建档立卡农村贫困人口按每人每年不低于 200 元的标准设立健康扶贫专项救助资金，年度结余资金滚存使用。

(九) 控制政策范围外医疗费用支出。建档立卡农村贫困人口政策范围外医疗费用由建档立卡农村贫困人口个人、健康扶贫专项资金和医疗机构三方分担。

建档立卡农村贫困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%，县域内二级医疗机构不超过 8%，县域外三级医疗机构不超过 10%。对于规定比例内的政策范围外医疗费用，在保证年度个人实际负担医疗费用不超过 5000 元的情况下，由建档立卡农村贫困人口和健康扶贫专项资金按照 5:5 的比例分担，超过 5000 元部分全部由健康扶贫专项资金负担。超出规定比例的政策范围外医疗费用，由医疗机构承担。

五、关于相关政策规定

(十) 明确保障范围和时限。对于 2014 年以来扶贫部门认定

的全部建档立卡农村贫困人口（包括已脱贫人口、标记未脱贫人口、新增贫困人口），其享受参保补贴和“四位一体”医疗保障待遇至 2020 年底。其中，对新增建档立卡农村贫困人口，按其贫困人口身份认定时间落实“四位一体”医疗保障待遇。

（十一）坚持倡导县域内诊疗。建档立卡农村贫困人口县域内就诊享受“四位一体”医疗保障待遇，县域外就诊的医疗费用按现行城乡居民医保政策予以报销。

建档立卡农村贫困人口到县域外就诊，必须按照《宜昌市城乡居民基本医疗保险实施办法》（宜府办发〔2017〕31号）规定，须经县域内二级医疗机构开具转诊证明，由市医保局审核备案后，转诊至宜昌市范围内的三级医疗机构，按现行城乡居民医保政策予以报销后，符合条件的纳入医疗救助，未达到建档立卡农村贫困人口待遇水平的，由健康扶贫资金补齐待遇。

（十二）参加了职工医疗保险的建档立卡农村贫困人口，按规定享受职工医疗保险待遇后，未达到建档立卡农村贫困人口保障水平的，由健康扶贫资金给予保障，确保其医疗保障待遇水平达到工作目标。

（十三）建档立卡农村贫困人口意外伤害（第三方责任除外）和住院分娩，县域内就医经基本医保、大病保险和医疗救助按照现行城乡居民政策报销后，未达到建档立卡农村贫困人口保障水平的，由健康扶贫资金保障到位，确保其医疗保障待遇水平达到工作目标。

六、关于经办管理服务

(十四) 提高人员识别精准性。扶贫部门要明确建档立卡农村贫困人口的认定标准，并依据标准开展数据核查，厘清全国扶贫开发信息系统中建档立卡农村贫困人口基础信息，补齐身份证号等核心数据，加强与城乡居民医保信息系统、居民健康档案管理系统、民政社会救助信息系统等的比对衔接，做好建档立卡农村贫困人口数据动态管理。于每年 10 月前(城乡居民医保征收启动前)，将建档立卡农村贫困人口信息正式告知地税部门和社保经办机构。

(十五) 实施“先诊疗后付费”制度。建档立卡农村贫困人口在县域内定点医疗机构住院，持社会保障卡、有效身份证件和扶贫部门出具的贫困证明(新识别而未及时录入信息系统的贫困人口)办理入院手续，并签订先诊疗后付费协议，入院时只需交纳基本医保住院起付标准费用，无需缴纳住院押金。

基本医保、大病保险、民政救助资金次月 10 日前由市人社、民政部门按时审核，并在当月 25 日前及时拨付，缩短医疗机构垫支周期，减轻医疗机构垫资压力。

(十六) 实行“一站式”即时结算。市政府统筹做好“一站式”即时结算工作。卫计、人社、民政、扶贫等部门要加强沟通协作，联通各项医疗保障信息系统，在市域内定点医疗机构建成“一站式、一票制”信息交换和即时结算平台，确保建档立卡农村贫困人口出院时在一个窗口办理、“一票制”结算。

七、关于部门职责

(十七) 落实部门职责，加强配合协调。市卫计局履行健康扶贫牵头责任，做好健康扶贫工作，建立建档立卡农村贫困人口补充医疗保障机制，控制医疗费用不合理增长，落实“先诊疗、后付费”和“一站式服务、一票制结算”；建立医疗服务诚信体系，督促各医疗机构科学把握入院、出院、转院标准，严格遵守诊疗规范、临床路径合理诊疗，对符合出院标准的病人及时通报病情，办理相关手续，对无正当理由拒不出院者，纳入宜都市信用监管体系，列入失信人员名单。人社部门履行基本医保工作牵头责任，做好医疗保险精准扶贫工作，及时完成“一站式”服务平台系统建设和更新。经办机构对扶贫部门提供的建档立卡农村贫困人口数据(含中途调整数据)，要照单全收，对个人参保信息完整、准确的，及时完成参保登记手续，录入城乡居民医保信息系统。扶贫部门负责加强建档立卡农村贫困人口动态管理，及时提供建档立卡农村贫困人口的动态变化基础信息，组织并确保建档立卡农村贫困人口全员参保，监督落实其参保个人缴费补贴，加强对健康扶贫工作的督办和考核。民政部门负责做好最低生活保障家庭成员、特困供养人员、孤儿等扶贫对象的身份确定工作，组织并确保最低生活保障家庭成员、特困供养人员、孤儿等扶贫对象参加城乡居民基本医疗保险，落实其参保个人缴费资助政策；做好医疗救助与基本医保、大病保险的衔接。财政部门要根据工作需要和事权划分，通过现行渠道对健康扶贫工作提供资金支持。残

联部门要落实好贫困残疾人的各项政策。地税部门负责做好城乡居民基本医保个人缴费征收工作，协同有关部门确保建档立卡农村贫困人口的补贴参保缴费资金及时足额缴入国库，避免建档立卡农村贫困人口重复缴费。

我市原有规定与本通知不一致的，以本通知为准。

宜都市人民政府办公室
2018年7月17日



抄送：市委各部门，市人武部，各人民团体。

市人大办，市政协办，市监察委，市法院，市检察院。

宜都市人民政府办公室

2018年7月17日印发