

随州市医疗保障局
随州市民政局
随州市财政局
随州市卫生健康委员会
随州市乡村振兴局
国家税务总局随州市税务局
中国银行保险监督管理委员会随州监管分局

文件

随医保发〔2021〕32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 国家税务总局随州
市税务局 中国银保监会随州监管分局关于巩固
拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴
战略的实施细则

各县、市、区人民政府，随州高新区、大洪山风景名胜区管理委

员会，市政府各部门：

为深入贯彻落实《中共湖北省委 湖北省人民政府关于实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的实施意见》（鄂发〔2021〕12号）和《省医保局 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）精神，按照《随州市实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接任务清单》要求，经市人民政府同意，制定本实施细则。

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二中、三中、四中、五中、六中全会精神，坚持以人民为中心，在脱贫攻坚目标任务完成后，在规定的5年过渡期内，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。坚持问题导向、目标导向，围绕解决农村居民最关心、最直接、最现实的医疗保障问题，加快补齐民生短板，在坚持医保制度普惠性保障功能的同时，增强对困难群众基础性、兜底性保障。坚持尽力而为、量力而行，既要应保尽保，又要防止泛福利化倾向，实事求是确定农村居民医疗保障标准。健全多层次医疗保障体系，夯实基本保障制度基础，完善三重制度综合保障政策，提升医疗保

障公共管理服务水平，助力乡村振兴战略全面推进，扎实推动共同富裕，不断增强农村参保群众获得感、幸福感、安全感。

二、巩固完善医疗保障待遇

(一) 完善分类参保缴费资助政策。统一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。

1. 特困人员、孤儿、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给予全额资助。

2. 低保对象按个人缴费标准的90%定额资助，低于320元按320元资助。

3. 返贫致贫人口过渡期内按个人缴费标准的50%定额资助。

4. 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群体过渡期内按160元/人/年资助。

5. 对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年按160元/人资助，2023年按70元/人资助，2024年按50元/人资助，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。

(二) 落实农村低收入人口应保尽保。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倾斜政策；未参保的，自参保之日起享受医疗救助倾斜政策。农村低收入人口在市域外省内参保（含职工医保）的，经参保地基本医保、大病保险报销后的政策范围内医疗费用，按规定享受我市医疗救助倾斜政策。

（三）增强基本医疗保险保障功能。实施公平普惠的基本医疗保险政策，市域内城乡居民参保人员享受统一的医保待遇，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（简称“两病”）门诊用药保障机制，确保“两病”患者用药保障和健康管理全覆盖。

（四）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基础上，对特困人员、孤儿、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。

（五）夯实医疗救助托底保障。农村低收入人口规范就医发生的政策范围内医疗费用经基本医保、大病保险支付后，个人自付部分按规定给予医疗救助（含住院起付线）。门诊和住院救助共用年度救助限额，年度最高支付4万元。

1. 救助对象。特困人员、孤儿、低保对象、返贫致贫人口、

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群体。

2. 住院救助。

(1) 救助起付线。农村低收入人口中的特困人员、孤儿、低保对象救助不设起付线,其他农村低收入人口救助起付线为 1800 元。

(2) 救助比例。特困人员、孤儿住院政策范围内个人自付费用救助比例为 100%; 低保对象住院政策范围内个人自付费用救助比例为 70%; 返贫致贫人口住院政策范围内个人自付费用起付线以上部分救助比例为 70%; 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群体住院政策范围内个人自付费用起付线以上部分救助比例为 60%。

3. 门诊救助。对农村特困人员按照每人每年不少于 500 元的标准给予门诊救助,救助资金直接拨至农村分散供养特困人员个人账户或农村特困人员集中供养机构。

农村低收入人口门诊特殊慢性病、重特大疾病门诊、谈判药当年政策范围内个人自付费用与住院政策范围内个人自付费用合并计算,纳入住院救助。

4. 倾斜救助。年度内经基本医保、大病保险、医疗救助报销后政策范围内个人负担超 5000 元以上部分给予倾斜救助。市域内倾斜救助比例为 80%,市域外省内倾斜救助比例为 70%。特困人员、孤儿倾斜救助不设年封顶线,其他对象倾斜救助年封顶

8万元。

5. 依申请救助。对参加当年基本医疗保险发生高额医疗费用，并经乡村振兴部门、民政部门认定为农村低收入人口的，对其身份认定前的住院、重特大疾病门诊及谈判药费用经基本医疗保险、大病保险报销后，政策范围内个人自付医疗费用采取依申请救助的方式予以救助，计入救助的范围为身份认定之日前本年度内。救助标准：政策范围内个人自付医疗费用累计在6000元以上的部分按60%给予年度内一次性救助，救助限额4万元。

（六）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中当年累计发生的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合规自付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。各地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，不断加大慈善救助，形成对基本医疗保障的有益补充。

（七）加大医疗救助资金投入。2022年1月1日起，我市脱贫攻坚期内健康扶贫“四位一体”工作机制调整为基本医保、大

病保险、医疗救助三重制度保障，取消不可持续的过度保障政策。各地政府要将脱贫攻坚期内开展的补充医疗保险资金统一并入医疗救助基金，并将医疗救助资金纳入同级财政预算，缺口部分由各地财政兜底，确保医疗救助资金收支总体平衡。

三、协同提升农村医疗服务质量

（一）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。根据情况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。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，原则上县域内定点一级医疗机构不超过 3%，县域内定点二级、三级医疗机构不超过 8%，县域外省内定点三级医疗机构不超过 10%。超出规定比例的医疗费用，市域内由医疗机构承担。

（二）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程序办理转诊手续，不在省内定点医疗机构就医的，按城乡居民医保待遇执行，不享受倾斜救助政策。

（三）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倾斜政策。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。

四、组织保障

（一）加强组织领导。建立由分管市领导召集、各相关部门负责同志参加的工作协调机制，及时协调解决政策衔接过渡中的重大问题，协调机制办公室设在市医疗保障局。各地要高度重视，相应建立工作协调机制，做好工作衔接，落实脱贫人口参保动员主体责任。

（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、孤儿、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。各地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。各地要加强政策解读，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。

本实施细则自 2022 年 1 月 1 日开始执行。原有规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。本实施细则由市医疗保障局负责解释。



中国银行保险监督管理委员会随州监管分局

2021 年 12 月 31 日

(此件公开发布)

随州市医疗保障局办公室

2021 年 12 月 31 日印发