

随州市人民政府办公室文件

随政办发〔2019〕25号

市人民政府办公室关于修订 《随州市农村贫困人口基本医疗有保障实施细则》的 通 知

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：

根据《省委办公厅省政府办公厅印发〈关于进一步完善保障农村贫困人口基本医疗的若干措施〉的通知》（鄂办发〔2019〕18号）精神，市人民政府决定对《随州市农村贫困人口基本医疗有保障实施细则》（随政办发〔2018〕20号）（以下简称“《实施细则》”）作如下修改：

一、报销范围

(一) 将《实施细则》中的“统筹区域内”修改为“县域内”。

(二) 住院起付标准不纳入健康扶贫政策保障范围。

二、大病保险

(一) 提高报销比例。将“起付线以上至3万元(含)报销60%”修改为“起付线以上至3万元(含)报销65%”。

(二) 取消大病保险封顶线。

三、医疗救助

(一) 救助不设基数。将“对所有建档立卡贫困户超过1万元的部分,实行按比例分段救助”修改为“农村贫困人口经基本医疗保险、大病保险报销后政策范围内自付住院医疗费用(不含住院起付标准)都纳入医疗救助费用基数”。

(二) 提高救助比例。将“其中:1万元至4万元(含)的按30%的比例给予救助,4万元至6万元(含)的按40%的比例给予救助,超过6万元的按50%的比例给予救助,年度救助封顶线为3万元”修改为“经基本医疗保险报销后政策范围内未超过大病保险起付线的个人自付住院医疗费用,按70%比例给予基本住院救助;政策范围内超过大病保险起付线的个人自付住院医疗费用,经大病保险报销后,按70%比例给予重特大疾病住院救助,年度最高救助限额为3万元”。

四、转诊

将“未经同意擅自转诊到统筹区域外医疗机构就诊的,按城乡居民医保有关政策执行”修改为“未按规定程序转诊到县域外

医疗机构就诊的，按城乡居民医保有关政策执行”。

五、组织机构

将《实施细则》中的“人社部门”修改为“医疗保障部门”，“卫计委”修改为“卫健委”。

六、严格医疗过程管控

增加“医疗过程管控”章节。

七、执行时间

附则增加“贫困人口2019年7月31日24时前入院发生的住院费用，费用结算按原规定执行，由医疗保障部门负责处理”。

本决定自2019年8月1日起施行。

附件：《随州市农村贫困人口基本医疗有保障实施细则》（2019年7月31日修订）



附件

随州市农村贫困人口基本医疗有保障实施细则

(2019年7月31日修订)

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我市农村贫困人口基本医疗保障有关政策，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）和《省委办公厅省政府办公厅印发〈关于进一步完善保障农村贫困人口基本医疗的若干措施〉的通知》（鄂办发〔2019〕18号），结合我市实际，制定本细则。

第二条 根据“尽力而为、量力而行”的原则，实行基本医保、大病保险、医疗救助、补充医疗保险“四位一体”工作机制。农村贫困人口在县域内住院，政策范围内医疗费用报销比例达到90%；重大疾病、特殊慢性病县域内门诊，政策范围内医疗费用报销比例达到80%。农村贫困人口县域内就医，年度个人负担政策范围内医疗费用控制在5000元以内（不含住院起付标准）。

第三条 农村贫困人口医疗保障范围为2014年以来扶贫部门认定的全部农村贫困人口（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，对新增农村贫困人口，按其贫困人口身份认定时间次月起落实“四位一体”医疗保障待遇。

第二章 基本医疗保险

第四条 个人缴费资助。对农村贫困人口（含年内动态新增农村贫困人口）落实资助参保政策。各地要严格落实《省人民政府关于城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（鄂政发〔2017〕9 号）精神，对特困供养人员、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，参加城乡居民医保所需个人缴费资金给予全额资助，对同一贫困人口符合多种资助缴费政策的，按照就高不就低的原则执行，不重复资助。其中，民政部门负责认定特困供养人员、孤儿、最低生活保障家庭成员，卫健部门负责认定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，残联负责认定丧失劳动能力的残疾人，财政部门负责落实民政、卫健、残联部门认定对象的参保个人缴费全额资助政策。其他贫困人口个人缴费资助办法由县（市、区）政府（管委会）在每年 8 月底前拟定报市政府审定后落实。

第五条 住院起付线标准。农村贫困人口中的特困供养人员、孤儿等特殊群体住院费用报销不设起付标准，其他建档立卡

农村贫困人口县域内一、二、三级定点医疗机构住院治疗起付标准分别为 100 元、200 元、300 元。住院起付标准不纳入健康扶贫政策保障范围。

第六条 住院报销比例。农村贫困人口县域内按照现行城乡居民基本医疗保险政策报销，基本医疗保险（不含大病保险）一级、二级、三级定点医疗机构政策范围内医疗费用报销比例分别为 90%、80%、70%。

第三章 大病保险

第七条 大病保险是基本医疗保障制度的拓展和延伸，是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的制度性安排。住院及门诊大病费用经基本医疗保险报销后，政策范围内个人自付费用超过 5000 元部分，进入大病保险报销。一个保险年度内，符合大病保险保障范围的个人负担金额累计计算，分段报销、按次结算。

第八条 大病保险起付标准。农村贫困人口大病保险起付标准为 5000 元。一个保险年度内，农村贫困人口多次住院只扣除一次大病保险起付标准。

第九条 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）报销 65%；3 万元以上至 10 万元（含）报销 70%；10 万元以上报销 80%。

第四章 医疗救助

第十条 落实县（市、区）政府（管委会）医疗救助主体责任，统筹使用医疗救助资金，切实发挥医疗救助作用。

第十一条 住院医疗救助费用基数。农村贫困人口经基本医疗保险、大病保险报销后政策范围内自付住院医疗费用（不含住院起付标准）都纳入医疗救助费用基数。

第十二条 住院医疗救助比例。农村贫困人口中的特困供养人员、孤儿政策范围内自付住院费用全额救助。其他建档立卡农村贫困人口，经基本医疗保险报销后政策范围内未超过大病保险起付线的个人自付住院医疗费用，按 70% 比例给予基本住院救助；政策范围内超过大病保险起付线的个人自付住院医疗费用，经大病保险报销后，按 70% 比例给予重特大疾病住院救助，年度最高救助限额为 3 万元。

第十三条 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。

城乡低保对象住院救助标准按照建档立卡贫困人口救助标准执行。

第五章 补充医疗保险

第十四条 建立补充医疗保险制度。按照城乡居民基本医

保、大病保险、医疗救助在先，补充医疗保险在后的路径，由县（市、区）政府（管委会）通过为农村贫困人口购买补充医疗保险给予兜底保障，并按照“以支定收、收支平衡、兜底保障”的原则，科学测算补充医疗保险年度筹资标准报市政府审定发布。

第十五条 农村贫困人口在县域内定点医疗机构就诊（含住院分娩和无第三方责任的外伤），经城乡居民基本医疗保险、大病保险、医疗救助报销后，政策范围内住院医疗费用（不含基本医疗保险起付标准费用）报销比例达不到90%的，由补充医疗保险补足90%，年度个人负担政策范围内医疗费用控制在5000元（含）以内。

第十六条 农村贫困人口大病、特殊慢性病县域内门诊，政策范围内自付费用纳入兜底保障，报销比例达不到80%的，由补充医疗保险补足80%。年度门诊大病个人负担政策范围内医疗费用与住院政策范围内医疗费用合并计算。

第十七条 补充医疗保险由城乡居民大病保险承保机构承办。

第六章 相关保障规定

第十八条 农村贫困人口住院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、三级医疗机构不超过8%，县域外省内三级医疗机构不超过10%。超出上述规定比例的医疗费用，市域内由医疗机构承担。

第十九条 坚持倡导县域内诊疗，农村贫困人口县域内就诊

享受“四位一体”医疗保障待遇。外出务工人员在工作地因病就医比照参保地政策执行。

农村贫困人口确需到县域外医疗机构就诊，应按有关规定办理转诊手续，对其自付医疗费用可适当补偿。起付线标准：转市外省内定点医院 750 元，转省内部级定点医院和省外医院 1000 元。报销比例在城乡居民基本医疗保险的基础上提高 5%。未按规定程序转诊到县域外医疗机构就诊的，按城乡居民基本医疗保险有关政策报销。

第二十条 参加了职工医疗保险的农村贫困人口，按规定享受职工医疗保险待遇后，未达到农村贫困人口待遇水平的，由身份认定地健康扶贫补充医疗保险负责补齐。

第七章 经办管理服务

第二十一条 提高人员识别精准性。扶贫部门要明确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、社会救助信息系统等的对接衔接，做好农村贫困人口数据动态管理。于每年 8 月前（城乡居民医保征收启动前），将农村贫困人口增减变化信息书面告知税务部门和医疗保障部门。

第二十二条 实施“先诊疗后付费”制度。农村贫困人口在市域内定点医疗机构住院，持社会保障卡、有效身份证件办理入

院手续，先诊疗后付费，入院时只需交纳基本医保住院起付线标准费用，无需缴纳住院押金。

第二十三条 实行“一站式”即时结算。各县（市、区）政府（管委会）统筹做好“一站式”即时结算工作。卫健、医保、民政、财政、扶贫、银保监等单位要加强沟通协作，及时互通各项医疗保障信息，确保农村贫困人口出院时在一个窗口办理、“一票制”结算。

第八章 医疗过程管控

第二十四条 强化医疗服务行为监管。深化医药卫生体制改革，加强医疗服务行为制度建设，有效规范医疗机构服务行为。严格入出院指征，严格控制医疗费用不合理增长，严格控制目录外检查治疗。加强日常巡查和现场检查，对医疗机构放宽入院指征、挂床住院、大处方、大检查等违规行为从严查处。

第二十五条 加强医保基金管理。按照“以收定支、收支平衡、保障适度、略有结余”的原则，加强基金预算管理，全面改革支付方式。完善总额控制办法，全面实施医保基金总额预算、结余留用、合理超支分担政策，严格执行基金控费规定。实行按病种付费、“整体打包”付费等多种付费方式。开展打击欺诈骗取医保基金专项治理活动，建立长效机制。

第二十六条 加强农村贫困人口就医引导。积极引导农村贫困人口在县域内就医。县（市、区）要在基本医保定点医疗机构

中明确若干市级医疗机构作为农村贫困人口县域外转诊指定医疗机构。农村贫困人口按规定转诊到市内三级医疗机构（含曾都医院）就诊，享受精准扶贫政策。建立农村贫困人口主观过度医疗刚性约束机制，对不合理就医、不合理住院、恶意欠费、恶意告状等行为进行有效劝导和约束，防止“小病大治”、过度追求优质医疗资源等行为。加大政策宣传力度，引导农村贫困人口正确理解基本医疗保障政策，引导农村贫困人口合理就医。

第二十七条 深化县域综合医改。加快县域医疗共同体建设，促进优质医疗资源下沉，提升基层医疗服务能力，力争农村贫困人口县域内就诊率达到90%以上；加强县乡村三级医疗卫生机构标准化建设，强化基层卫生人才培养，提升基层医疗卫生服务能力；坚持医防结合，做实做细农村贫困人口家庭医生签约服务，实施健康促进行动，让群众少生病。

第九章 部门职责

第二十八条 卫健部门履行健康扶贫牵头责任，做好健康扶贫工作，建立农村贫困人口补充医疗保障机制。加强对医疗服务行为的监管，将农村贫困人口住院率、医疗费用增长率等指标纳入对医疗机构的考核范围。落实“先诊疗、后付费”和“一站式服务、一票制结算”。

医疗保障部门履行基本医保、医疗救助工作责任，做好医疗保障精准扶贫工作。加强医保基金管理，开展打击欺诈骗取医保

基金专项治理活动，确保医保基金使用安全。

扶贫部门负责加强农村贫困人口动态管理，及时提供农村贫困人口的动态变化基础信息，组织并确保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。

民政部门负责组织最低生活保障家庭成员、特困供养人员、孤儿等扶贫对象的动态管理，及时提供动态变化信息。

财政部门要加大财政资金投入力度，加强资金使用监管，督促县（市、区）落实各项保障资金。

税务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，避免农村贫困人口重复缴费。

银保监会部门负责加强对承保商业保险公司的监督管理，督促其即时合规结算。

其他各相关部门要各负其责，共同做好农村贫困人口基本医疗保障相关工作。

第十章 附 则

第二十九条 县域内医疗机构是指县乡村三级医保定点医疗机构。

第三十条 政策范围内医疗费用。农村贫困人口政策范围内医疗费用为符合医保基金支付范围的药品目录、诊疗项目、服务

设施标准的医疗费用；农村贫困人口要求使用超基本医疗保险支付限额的诊疗项目费用、医用耗材费用、超服务设施标准费用，不执行分级诊疗制度到市域外就诊降低报销部分费用，一律不作为政策内费用，不纳入保障范围。

第三十一条 本细则自 2019 年 8 月 1 日起正式施行，有效期至 2020 年 12 月 31 日。贫困人口 2019 年 7 月 31 日 24 时前入院发生的住院费用，费用结算按原规定执行，由医疗保障部门负责处理。

第三十二条 本细则由市医疗保障局和市卫健委负责解释。

抄送：市委各部门，随州军分区，各人民团体。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市监察委，市法院，
市检察院。

随州市人民政府办公室

2019年8月1日印发
