

湛江市医疗保障局
湛江市财政局文件
湛江市扶贫开发办公室

湛医保〔2019〕5号

关于印发湛江市医疗保障扶贫三年行动
实施方案(2018-2020年)的通知

各县(市、区)人力资源和社会保障局、民政局、财政局、
扶贫办:

为认真贯彻习近平总书记关于脱贫攻坚的重要指示精神,全面落实省医保局、省财政厅、省扶贫办《医疗保障扶贫三年行动实施方案(2018—2020年)》(粤医保发〔2018〕4号)和市委办公室、市政府办公室《关于打赢脱贫攻坚战三年行动方案(2018—2020年)》(湛办发〔2018〕29号),扎实做好2018-2020年医疗保障扶贫工作,市医疗保障局、市财政局、市扶贫办联合制订了《湛江市医疗保障扶贫三年行动实施方案(2018-2020年)》。现印发你们,请认真组织实施。

附件：湛江市医疗保障扶贫三年行动实施方案(2018-2020
年)



附件

湛江市医疗保障扶贫三年行动实施方案 (2018—2020 年)

为深入贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想 and 党的十九大精神，全面落实中央、省、市关于打赢脱贫攻坚战三年行动的决策部署，进一步提升低保对象、特困供养人员、孤儿、建档立卡贫困人员以及低收入家庭的重度残疾人、重病患者、老年人和未成年人等贫困人口的医疗保障水平，有效降低因病致贫返贫风险，根据省医保局、省财政厅、省扶贫办《医疗保障扶贫三年行动实施方案(2018—2020 年)》(粤医保发〔2018〕4 号)要求，特制订本实施方案。

一、总体要求

(一) 指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚决贯彻以人民为中心的发展理念，充分发挥保基本、救大病、托底线的民生保障功能，坚持普惠政策与特惠措施相结合，统筹医疗保障扶贫的整体设计。聚焦脱贫攻坚战中因病致贫返贫顽疾，坚持立足当前、着眼长远，精准施策、综合保障，强化现有基本医保、大病保险、医疗救助政策统筹。

（二）任务目标

到 2020 年，实现参保缴费有资助、待遇支付有倾斜、基本保障有边界、管理服务更高效、就医结算更便捷，切实提高贫困人口医疗保障受益水平，为实现 2020 年我市贫困人口脱贫提供坚强保障。

到 2020 年，贫困人口全部纳入基本医保、大病保险、医疗救助范围，医疗保障受益水平明显提高，基本医疗保障更加有力。实现贫困人口制度全覆盖，基本医保、大病保险、医疗救助覆盖率分别达到 100%，保障水平整体提升，城乡差距逐步缩小。

瞄准因病致贫、因病返贫难题，建立重特大疾病保障体系，进一步减轻重特大疾病患者医疗费用负担。特困供养人员大病保险起付标准下调不低于 80%，报销比例达到 80%以上；建档立卡贫困人员、最低生活保障对象大病保险起付标准下调不低于 70%，报销比例达到 70%以上，不设年度最高支付限额。提高医疗救助资金统筹层次，增强医疗救助托底保障能力，确保年度救助限额内贫困人口政策范围内个人自负住院医疗费用救助比例不低于 80%，其中，对特困供养人员救助比例达到 100%。

医疗保障经办管理服务不断优化，充分发挥机构改革制度优势，坚持基本医保、大病保险、医疗救助现有制度、机制功能整合，建立健全科学、高效、优质的医疗保障新体系。医疗费用结算更加便捷，构建基本医保、大病保险、医疗救助一体

化医疗保障信息平台，实现医疗保障市内异地一站式直接结算，全面推进跨市异地一站式结算。

二、重点措施

（一）实现贫困人口应保尽保，完善可持续筹资政策。

1. 完善贫困人口参保方式。贫困人口参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分，由医疗救助金按照当地缴纳标准给予全额资助。2019年起，由市级社保经办机构组织代缴贫困人口参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费资金，开通贫困人口参加居民医保的“绿色通道”，允许中途参保，实行“先登记参保、后补助缴费”（最迟不超过每年9月底缴纳到参保地社保基金财政专户），从完成参保登记、做好身份标识之日起即可享受医保待遇。在实现部门信息共享、数据定期更新的基础上，逐步推进贫困人口“随时认定、随时标识、随时参保、随时享受救助”，进一步提升贫困人口参保及时性、时效性和准确性。

2. 稳步提高城乡居民医保筹资水平和医疗救助政府补助政策。按照上级规定，合理提高城乡居民医保政府补助标准和个人缴费标准。根据《广东省人民政府办公厅关于印发基本公共服务领域省级与市县共同财政事权和支出责任划分改革的实施方案》，由各级财政按适用不同的比例分担支出责任，落实资金保障。加快研究建立市级医疗救助统筹制度，逐步实现中央、省连同市、县筹集的医疗救助资金统一划入各地级以上市社会

保障基金财政专户，分账核算，专款专用，并建立医疗救助预付款制度。

(二) 实施综合保障措施，提高贫困人口待遇水平。

3. 公平普惠提高城乡居民基本医保待遇。均衡城乡保障待遇，建立健全城乡居民基本医疗保险门诊统筹制度，逐步提高门诊保障水平，扩大门诊保障范围，稳定住院保障水平，减轻患者医疗费用负担。按规定做好药品、诊疗项目的医保报销工作。

4. 加大大病保险倾斜支付力度。贫困人口发生的高额医疗费用，经基本医疗保险报销后，个人负担的合规医疗费用由大病保险给予保障，并按照医疗费用高低分段制定支付比例。通过采取降低大病保险起付标准，提高报销比例、不设年度最高支付限额等方式，提高其大病保险待遇。建档立卡贫困人口、最低生活保障对象起付标准下降不低于 70%，报销比例达到 70% 以上；特困供养人员起付标准下降不低于 80%，报销比例达到 80% 以上。

5. 加大医疗救助托底保障力度。贫困人口全部纳入重特大疾病医疗救助范围，在定点医疗机构住院和普通门诊、门诊特定病种治疗的费用，经基本医疗保险、大病医疗保险报销后，应由个人自负部分的合规费用，医疗救助比例达到 80% 以上。在严格费用管控、确定诊疗方案、确定病种（组）收费标准、规范转诊的基础上，对经基本医疗保险、大病保险和医疗救助报

销后，个人负担的总医疗费用仍然过重影响基本生活的贫困人口，对其在定点医疗机构就医的自负合规费用和自费费用，在年度救助最高封顶线内原则上按照贫困程度和医疗总费用高低，给予“二次救助”。

(三) 优化基层公共服务，全面推进费用直接结算。

6. 引导分级诊疗。调整完善医疗保障政策，发挥对医疗服务供需双方引导作用和对医疗费用的控制作用，引导医疗资源合理配置和患者有序就医，支持建立分级诊疗模式和基层医疗卫生机构健康发展。将家庭医生提供的基本医疗服务按规定纳入医保报销范围，引导贫困人口优先到基层就医。在不同级别医疗机构实行不同的起付标准和支付比例。适当提高基层医疗卫生机构医保支付比例，对按规定转诊的住院贫困患者可以连续计算起付线，促进患者有序流动。除经批准异地居住和驻外工作（学习）人员以及急诊、抢救外，对未按规定办理备案或转诊手续，直接在统筹区外就医的参保人，降低基本医疗保险和大病保险报销比例，引导参保人就医行为。完善医药价格政策，制定差别化的医疗服务价格，通过价格杠杆引导患者合理选择就医机构。

7. 强化医疗保障经办管理服务能力建设。深入推进“放管服”改革，全面提升经办服务规范化、便利化水平，不断提高经办服务的智能化、信息化、专业化，建设医疗保障一体化信息及服务平台，形成线上线下一体化的医保服务体系，更好为

贫困人口提供全流程一体化在线服务。重点加强基层经办管理服务能力，指定专门窗口和专人负责政策宣传并帮助贫困人口兑现政策，解决群众政策不知情、就医报销难等问题。

8. 建设医疗保障一体化信息系统。根据医疗保障职能开展医疗保险信息系统升级改造，将医疗救助数据整合到医疗保险信息系统，构建一体化信息系统及服务平台。2019年6月底前，实现市域内基本医疗保险、大病保险及医疗救助同步结算的医疗保障“一站式”服务。2019年9月底前，依托省医疗保险异地就医直接结算系统和国家异地就医结算系统，实现省内和跨省异地就医医疗保障“一站式”直接结算。

9. 全面推进贫困人口医疗费用直接结算。依托“一站式”结算系统，实现医疗保障、民政、扶贫等部门信息共享，推进服务无缝衔接，实现贫困人口基本医保、大病保险、医疗救助市内“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。对异地安置和异地转诊的贫困人口，医保经办机构要优先做好异地就医登记备案和就医结算等服务，切实做好贫困地区外出就业创业人员异地就医备案工作。在各市医疗保障一体化信息系统的基础上，通过省异地就医结算系统、国家异地就医直接结算系统既有结算模式，根据贫困人口标识信息快速计算基本医疗保险、医疗救助等结算金额，实现市内和跨市异地就医“一站式”直接结算。贫困人口在市内定点医疗机构就医实行先诊疗后付费，

医疗机构记账的医疗救助费用合并到市内和跨市异地就医医保直接结算中一并清算。

(四) 加强医疗服务管理，控制医疗费用不合理增长。

10. 完善支付方式改革。深化医疗保险支付方式改革，全面推进总额预付下，门诊按人头付费、住院以按病种分值付费等为主的复合式付费方式改革，实行精细化管理，减轻贫困人口医疗费用总体负担。建立健全病种范围和病种分值动态调整机制，不断完善疾病分类分组和权重系数。研究制定适合基层医疗机构开展的按病种分值的基层病种，给予同等系数，支持基层医疗机构健康发展。达到同效的中医治疗病例给予西医同病的按病种分值付费标准。

11. 完善定点医药机构服务协议管理。完善定点机构服务协议管理，建立健全医保服务考核体系，将基本医疗保险、大病保险及医疗救助政策规定纳入考核范围，考核结果与医保基金支出挂钩。强化对医保服务协议执行的监督，引导医药机构建立内审制度和内控机制，制定医保服务自律公约，加强医疗行业的自我管理和自查自纠。建立“监督、管理、服务”三位一体的医药、医械采购监管体系，实现阳光采购，规范医疗机构采购行为，强化生产配送企业合同履行意识和行为。不断完善医保医疗服务智能审核体系建设，全面开展医疗保险智能监控，并延伸到各定点医疗机构，实行医疗服务行为的事前提醒、事中监控预警、事后审核，引导规范医疗服务行为。

三、保障措施

(一) **强化组织领导。**各地要牢固树立以人民为中心的发展思想，全面落实习近平总书记“四个走在全国前列”和视察湛江重要讲话精神，认真贯彻市委、市政府决策部署，把医疗保障扶贫工作作为重大政治任务，切实增强责任感和紧迫感，一鼓作气、尽锐出战、精准施策，以更有力的行动、更扎实的工作，集中力量攻克因病致贫返贫这一难中之难、坚中之坚。要强化一把手负总责的领导责任制，将医疗保障扶贫工作纳入年度重点任务推进，结合实际制订医疗保障扶贫三年行动具体实施方案，建立医疗保障扶贫工作沟通联系机制，确保各项扶贫政策有序进行。

(二) **聚焦现行制度落地见效。**保基本可持续，尽力而为，量力而行，是医疗保障工作必须始终坚守的基本原则。各地要聚焦现有制度，创新医疗保障扶贫机制，狠抓落地见效，既确保扶贫任务全面完成，又要防范出现不切实际过高承诺、过度保障、不可持续的问题。对出现的苗头性、倾向性问题，要采取有效措施，及时规范整改，并做好衔接和平稳过渡。各地在现有医疗保障制度之外自行开展的扶贫措施探索，要在2020年底前转为在基本医保、大病保险和医疗救助三重保障框架下进行。

(三) **畅通部门信息共享机制。**按照《省医保局 财政厅 省扶贫办关于印发〈医疗保障扶贫三年行动实施方案(2018-2020

年)》的通知》(粤医保发〔2018〕4号)和市内有关文件精神要求,各地医保、民政、财政、人力资源社会保障、卫生健康、扶贫、残联等部门的工作衔接、政策衔接,加快推进系统数据实时更新,提升与医保结算系统的数据交换频率。

(四) 着力加强督促指导。各地要加强工作指导,及时总结交流推广医疗保障扶贫三年行动中的成功经验、做法,及时发现并研究解决工作中出现的困难和问题。完善监督机制,对于工作推进不力、政策落实不到位的地方,采取通报批评、专案督办、工作约谈等方式督促整改。要把腐败和作风问题治理贯穿三年行动全过程,重点解决贯彻决策部署不坚决、扶贫责任落实不到位、政策措施不精准、资金管理使用不规范、工作作风不扎实、考核评估不严格等问题,防止形式主义、官僚主义,加强工作实效,切实减轻基层工作负担。

(五) 注重政策宣传引导。利用广播、电视、报纸等媒体和宣传栏、宣传册、明白卡等适合农村贫困人口习惯的方式,既提高医疗保障信息公开的针对性、时效性和完整性,又要引导贫困人口树立正确的政策预期。加强医疗保障扶贫政策风险评估,建立重大事件应急处置机制,加强舆情监测,合理引导社会舆论。及时宣传医疗保障扶贫成就和典型事迹,营造良好的舆论氛围。

湛江市医疗保障局

2019 年 2 月 27 日
