

《江门市城乡居民精准扶贫精准脱贫医疗保障实施方案》

解读文本

一、背景和必要性

为贯彻落实中央关于全面建设小康社会的奋斗目标和广东省委关于落实率先实现小康社会目标的要求，2016年8月，我市提出，协调动员各方面力量、扎实推进精准扶贫脱贫工作，完善城乡医疗保险和医疗救助相关政策，健全大病救助机制，逐步提高城乡困难群众医疗救助标准，扩大救助覆盖范围，完善财政支持贫困人口购买重大疾病保险机制，逐步消除因病返贫现象。

为了绝不让一个“精准扶贫重点帮扶对象”（指列入我市2016-2018年新时期城乡精准扶贫精准脱贫的扶贫对象）脱贫掉队，让其不愁吃、不愁穿、不愁病，实现基本医疗多层次、全面保障，市人力资源社会保障局会同市扶贫办、市财政局、市民政局、市卫生计生局，在充分研究讨论和广泛征求意见的基础上，经市人民政府同意，出台了《关于印发江门市城乡居民精准扶贫精准脱贫医疗保障实施方案的通知》（江人社发〔2017〕16号，以下简称《实施方案》），从2017年1月1日起施行，有效期二年，将于2018年12月31日有效期届满，经过评估，我们认为有必要保留并重新印发，延长有效期2年。

二、主要内容

（一）帮扶范围及执行时间。《实施方案》创新扶贫方式，建立健

全“精准扶贫重点帮扶对象”医疗保障扶贫制度，将我市符合条件的“精准扶贫重点帮扶对象”全部纳入“精准扶贫重点帮扶对象”范围，从2019年1月1日起实施，执行期至2020年12月31日止。

（二）精准扶贫的医疗保障待遇。《实施方案》对“精准扶贫重点帮扶对象”100%实施医疗保障精准扶贫，将“精准扶贫重点帮扶对象”从2019年1月1日到2020年12月31日期间发生的住院和特定病种门诊医疗费用，包括范围内医疗费用和个人自费费用，通过基本医疗保险基金、大病保险资金、医疗救助资金和城乡居民医疗保障精准扶贫资金按规定分别实现全额结算。其中范围内个人自付费用全部纳入医疗保障精准扶贫资金结算范围，个人自费费用全额由医疗保障精准扶贫资金和定点医疗机构按比例共同承担。

（三）筹资及管理机制。《实施方案》规定医疗保障精准扶贫资金由市本级和各市、区共同承担，所需资金在市本级和各市、区的医疗救助基金中安排，实行政府筹集、专款专用。同时，明确了对个人、医疗机构、工作人员的监督措施。医疗保障精准扶贫资金单独建账、独立核算、专款专用，任何单位和个人不得侵占或挪用。

为了防止和避免公共资源被泛用，《实施方案》规定了四项加强医疗费用管理的措施：一是建立凭证就医制度。根据“精准扶贫重点帮扶对象”名单，统一制作、统一发放“江门市医疗保障精准扶贫就医证”，“精准扶贫重点帮扶对象”在就医时应同时出示社会保障卡（或有效居民身份证）和“江门市医疗保障精准扶贫就医证”，定点医疗机构应核实持“江门市医疗保障精准扶贫就医证”人员身份。二是鼓励

定点医疗机构降低患者的个人自费比例。范围内医疗费用可通过基本医疗保险“三个目录”进行控制，防止扶贫资金被滥用，鉴于个人自费费用主要依靠医疗机构按照“合理、必要”的服务原则把关，建立患者个人自费部分由医疗机构与扶贫资金按比例共担的机制，个人自费费用全额由医疗保障精准扶贫资金负责 80%，剩余的 20%按规定由各定点医疗机构承担。三是实施“首诊、转诊”制度。“精准扶贫重点帮扶对象”享受医疗保障精准扶贫资金支付待遇，需就近选择在本人市、区内的定点医疗机构就医，外出就医需在原来按我市基本医疗保险规定办理相关手续的基础上，再按本《实施方案》的规定办理转诊备案手续。未按规定办理并获得批准转诊备案的个人支付费用，医疗保障精准扶贫资金和定点医疗机构不予支付。四是开支大额医疗费用须经专家审核。“精准扶贫重点帮扶对象”每次住院或每月特定病种门诊个人支付费用中个人自费部分超过 1 万元时，由社会保险经办机构联合卫生计生部门组织专家对药品、诊疗等费用进行合理性审查，经审查属合理、必要的费用，由医疗保障精准扶贫资金和定点医疗机构按规定支付。

（四）“一单式”结算服务。为了方便群众办事，《实施方案》规定我市“精准扶贫重点帮扶对象”医疗保障精准扶贫结算与基本医疗保险、大病保险结算同步进行，采用“一单式”结算，“精准扶贫重点帮扶对象”发生的住院和特定病种门诊医疗费用经基本医疗保险、大病保险和医疗救助结算后，剩余个人支付费用由医疗保障精准扶贫资金和定点医疗机构按规定实施同步、同窗口、“一单式”全额结算，其

中属于医疗救助结算的费用，先由精准扶贫资金垫付，结算后由民政部门统一核算冲减。

同时，动员基本医疗保险定点服务机构为“精准扶贫重点帮扶对象”提供“一对一”优先就医服务，定点医疗机构挂号费、诊查费全免，且药品费用按药品进价支付；在定点零售药店购药 9 折优惠；加快构建我市专项扶贫、行业扶贫、社会扶贫、医疗扶贫互为补充的大扶贫格局，让贫困人口获得更大保障。