

中共湖北省委办公厅文件

鄂办发〔2019〕18号



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

各市、州、县党委和人民政府，省军区党委，省委各部委，省级国家机关各委办厅局，各人民团体：

《关于进一步完善保障农村贫困人口基本医疗的若干措施》已经省委、省政府同意，现印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。

中共湖北省委办公厅

湖北省人民政府办公厅

2019年6月26日

关于进一步完善 保障农村贫困人口基本医疗的若干措施

为贯彻落实习近平总书记关于扶贫工作的重要论述和党中央、国务院关于健康扶贫工作的决策部署，从根本上解决因病致贫返贫难题，我省依据国家健康扶贫相关政策，探索推行了“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，实行健康扶贫政策（简称“985”政策），对于解决因病致贫返贫、实现农村贫困人口脱贫起到了关键性作用。

同时，我省健康扶贫政策在实施过程中也暴露出一些问题。中央第二巡视组指出我省存在“保障基本医疗脱离实际”“造成部分地区医保基金穿底，县级财政难支撑，压力大”等问题。通过举一反三深入查摆，还存在部分地方执行政策不严格，补充医疗保险补助标准过高，大病保险功能发挥不够，医疗服务行为监管不到位等不足。针对中央第二巡视组反馈的问题和工作中存在的不足，按照习近平总书记关于健康扶贫工作的要求，对现有保障农村贫困人口基本医疗的相关政策进行完善，进一步加大财政投入力度，严格医疗行为管控，切实提高农村贫困人口基本医疗保障质效。具体措施如下。

一、完善政策设计

(一) 调整健康扶贫工作机制。脱贫攻坚期内，各地可继续实行补充医疗保险制度（或设立兜底保障资金），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，充分发挥大病保险功能和医疗救助作用。

(二) 调整“985”政策报销范围及标准。对农村贫困人口住院费用和大病、特殊慢性病门诊费用报销范围及标准进行适当调整，将《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）明确的“确保农村贫困人口住院医疗费用个人实际报销比例提高到 90% 左右，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% 左右，年度个人实际负担医疗费用控制在 5000 元以内”调整为“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% 左右；大病、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% 左右。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，严禁自行降低省定 5000 元的兜底保障控制线。农村贫困人口按照规定办理转诊手续到县域外指定医疗机构就医的，由各地自行制定相关政策，但不得突破县域内就医的保障范围和标准”。

(三) 优化住院起付标准。农村贫困人口除特困供养人员、孤儿等特殊群体外，县域内一级医疗机构住院起付标准不低于 100 元，县域内二级、三级医疗机构住院起付标准由各市（州）统一确定，但不得高于普通患病群众起付标准，严禁自行取消住

院起付标准，住院起付标准不纳入健康扶贫政策保障范围。

（四）实行差异化参保补贴政策。分类别合理确定贫困人口参加城乡居民基本医保所需个人缴费部分差异化补贴标准，根据《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，对农村贫困人口中有关特殊群体给予全额参保补贴，其他农村贫困人口实行定额补贴，具体补贴政策由各地自行确定。

（五）发挥大病保险功能。进一步提高大病保障水平，2019年城乡居民医保人均新增财政补助30元的一半用于大病保险，重点聚焦深度贫困地区和特殊贫困群体，巩固完善大病保险倾斜支付政策，切实发挥大病保险功能。

（六）突出医疗救助作用。进一步完善医疗救助制度，确保年度救助限额内农村贫困人口政策范围内个人自付住院医疗费用救助比例不低于70%，统筹资金用于医疗救助，允许有条件的县（市、区）提高救助比例、年度救助限额，扩大救助范围，切实发挥医疗救助的作用。

（七）完善农村贫困人口与健康扶贫动态管理对接机制。强化农村人口因病致贫动态管理，全面对接农村贫困人口动态变化基础信息，按规定的标准和程序及时将因病致贫的农村人口纳入建档立卡贫困人口，确保其及时享受健康扶贫政策。

（八）严格执行医保目录。按照“保基本、兜底线”的原则，健康扶贫医疗政策严格对标基本医疗保险药品、诊疗项目范围、

医疗服务设施标准等“三个目录”，控制医疗费用不合理增长。

二、规范政策执行

(一) 严格执行基本医保报销政策。严格落实基本医保、大病保险报销省定倾斜性政策，严禁擅自提高报销比例，严禁下调大病保险起付标准。

(二) 严格执行兜底保障政策。严格执行 5000 元兜底保障控制线，住院起付标准不纳入 5000 元兜底保障范围。

(三) 严格执行分级诊疗制度。严格落实分级诊疗制度，严格遵循县域内基层首诊、逐级转诊的原则，控制县域外转诊率。严禁无序就医，农村贫困人口未按要求办理转诊手续、不在指定医疗机构就医的，不享受健康扶贫政策。各地要结合实际进一步完善分级诊疗、转诊等管理制度。

(四) 严格执行政策范围外医疗费用控制政策。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、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%；超出规定比例的医疗费用，由医疗机构承担。

三、加大财政资金投入

(一) 压实县级主体责任。各地要进一步落实健康扶贫主体责任，调整和优化支出结构，统筹使用资金，加大投入力度，落实农村贫困人口基本医疗有保障相关政策。

(二) 加大转移支付力度。按照国家和省医疗卫生领域财政

事权和支出责任划分要求，积极争取中央转移支付，加大省级转移支付力度，减轻县级财政投入压力，确保基本医保、大病保险、医疗救助平稳运行。

（三）建立贫困县医疗救助支持机制。优先向 37 个贫困县倾斜，2019—2020 年，对 9 个深度贫困县每年每县增加安排基本医疗和医疗救助财政补助资金平均 3000 万元以上，对其他 28 个贫困县每年每县增加安排基本医疗和医疗救助财政补助资金 1000 万元以上。

四、严格医疗过程管控

（一）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，严格出入院指征、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，着重对医疗机构放宽入院指征、挂床住院、大处方、大检查等违规行为进行查处。

（二）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”付费等多种支付方式。开展打击欺诈骗取医保基金专项治理活动，建立长效机制。充分利用医保智能监控系统，对医疗机构服务行为进行智能化、全过程监管，变事后监管为事前提醒、事中监控。

(三) 加强农村贫困人口就医引导。引导农村贫困人口在县域内就医，97 个有扶贫任务的县（市、区）要在基本医保定点医疗机构中，明确若干家省、市级医疗机构作为农村贫困人口县域外转诊的指定医疗机构；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实现基本医疗有保障的具体政策，引导农村贫困人口合理就医。

(四) 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，强化基层卫生人才队伍培养，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。

(五) 凝聚部门监管合力。各相关职能部门要按照鄂政办发〔2018〕24 号文件明确的职责，既各负其责，又协调配合，共同做好健康扶贫相关工作。卫生健康部门要进一步加强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；医疗保障部门要进一步加强医保基金管理，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；财政部门要进一步加大财政资金投入力度，加强资金使用监管；银保监部门要进一步加强承保商业保险公司监督，

督促其实现即时合规结算；扶贫部门要进一步加强农村贫困人口动态管理，对于因病致贫的贫困边缘人口、因病返贫的农村贫困人口要做到应纳尽纳，确保农村贫困人口及时享受健康扶贫政策。

若干措施自 2019 年 8 月 1 日起正式施行，各地要结合实际抓好贯彻落实，调整相关结算系统。我省原有保障农村贫困人口基本医疗政策与若干措施不一致的，以若干措施为准。若干措施正式施行前发生的医疗费用、参保补贴标准按原规定执行。