

安政办〔2017〕67号

安阳市人民政府办公室 关于进一步加强农村贫困人口医疗保障工作的 意 见

各县（市、区）人民政府，市人民政府各部门及有关单位：

为贯彻落实《中共安阳市委安阳市人民政府关于打赢脱贫攻坚战的实施意见》（安发〔2016〕3号）、《安阳市人民政府关于印发安阳市精准脱贫攻坚行动计划实施方案（2016—2020年）的通知》（安政〔2016〕10号）精神，进一步强化农村建档立卡贫困人口（以下简称农村贫困人口）医疗保障，切实解决因病致贫、因病返贫突出问题，确保我市脱贫攻坚目标任务顺利实现，现提出如下意见。

一、总体要求

（一）指导思想。

认真贯彻中央关于精准扶贫、精准脱贫的基本方略，全面落实省、市脱贫攻坚决策部署，创新完善农村贫困人口医疗保障制度，提升县、乡、村医疗卫生服务能力，提高农村公共卫生服务水平，大幅减轻贫困患者医疗费用负担，有效解决因病致贫和因病返贫难题，确保全市农村贫困人口平等享有安全、有效、方便、价廉的基本医疗卫生服务。

（二）主要目标。

通过开展健康扶贫，建立起健全的、完善的、多层次的医疗保障政策体系，实现农村贫困人口人人享有基本医疗卫生服务，看病就医有保障，个人医疗费用负担大幅减轻，基本解决农村贫困人口因病致贫、因病返贫问题；医疗服务条件明显改善，服务能力明显提升，基本满足农村贫困患者就近看病就医需求，基本解决看病难、看病贵问题，使农村贫困人口健康水平明显提高。

（三）基本原则。

1. 坚持政府主导、强化责任。各级政府要发挥解决农村贫困人口医疗保障的主导作用，发挥政治优势和制度优势，切实加强组织领导和统筹协调，强化落实有关部门责任，各司其职、各负其责，密切配合、共同发力，确保健康扶贫工程顺利实施。

2. 坚持精准扶贫、分类施策。在核准农村贫困人口因病致贫、因病返贫情况的基础上，采取一县一策、一户一档、一人一卡，精确到户、精准到人，实施分类救治，增强健康扶贫的针对性和

有效性。

3. 坚持问题导向、深化改革。针对贫困地区医疗卫生事业发展和农村贫困人口看病就医的重点、难点问题，加大改革创新力度，健全完善基本医疗卫生制度，切实保障农村贫困人口享有基本医疗卫生服务。

4. 坚持县为主体、多方联动。围绕脱贫攻坚总体目标，明确县级政府的主体责任，建立民政、人力资源社会保障、卫生计生、财政、扶贫、慈善和红十字会等多部门沟通联动机制，强化行业指导，整合资金资源，调动各方力量，努力形成政府强力主导、部门有效配合、社会广泛参与的医疗卫生脱贫攻坚合力。

二、重点工作

（一）强化农村贫困人口医疗“五重保障”。

一是全面落实城乡居民基本医疗保险。城乡居民基本医疗保险是社会医疗保险的组成部分，按照缴费标准和待遇水平相一致的原则，为城乡居民提供医疗需求的医疗保险制度。

1. 筹资标准。2017年城乡居民个人缴费标准为150元（全日制在校大中专院校学生为90元），财政补贴为每人450元。

2. 待遇享受。城乡居民基本医疗保险待遇，包括普通门诊医疗待遇、门诊慢性病医疗待遇、重特大疾病医疗待遇、住院医疗待遇。

（1）普通门诊。2017年城乡居民基本医疗保险建立参保居民家庭账户（个人账户），计入额度为每人90元，主要用于支付

参保居民在定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用。

(2) 门诊慢性病。对 22 种门诊慢性病，参保人员发生的符合规定的门诊慢性病医疗费用不设起付线，统筹基金支付比例为 70%（恶性肿瘤患者的放化疗支付比例为 80%）。

(3) 重特大疾病。符合省、市重特大疾病标准的参保人员（包括农村贫困人口中罹患 9 种重大疾病实施大病专项救治的患者）治疗重特大疾病发生的医疗费用不设起付标准。

①住院病种有 33 种，在限价标准内的医疗费用由基本医疗保险基金按比例支付，支付比例分别为县级医疗机构 80%、市级医疗机构 70%、省级医疗机构 65%。

②门诊病种有 10 种，由城乡居民基本医疗保险基金按 80% 比例支付（门诊腹膜透析支付比例为 85%），统筹基金的支付金额不得超过限额标准。

(4) 住院医疗。参保居民住院起付标准和报销比例如下：

①乡镇卫生院（包括社区医疗机构）起付标准为 200 元；报销比例为 200 元以上报销 90%。

②县二级或相当规模以下（含二级）医院起付标准为 400 元；报销比例为 400—1500 元报销 63%，1500 元以上报销 83%。

③市二级或相当规模以下（含二级）医院起付标准为 500 元；报销比例为 500—3000 元报销 55%，3000 元以上报销 75%。市三级医院起付标准为 900 元；报销比例为 900—4000 元报销 53%，4000 元以上报销 72%。

④省二级或相当规模以下（含二级）医院住院起付标准为 600 元；报销比例为 600—4000 元报销 53%，4000 元以上报销 72%。省三级医院起付标准为 1500 元；报销比例为 1500—7000 元报销 50%，7000 元以上报销 68%。

⑤省外医院起付标准为 1500 元；报销比例为 1500—7000 元报销 50%，7000 元以上报销 68%。

3. 最高支付限额。统筹基金年度最高支付限额为 15 万元。

二是全面落实大病保险。

1. 筹资标准。2017 年起我市大病保险纳入全省统筹范围，按照每人每年 30 元的标准进行筹资，个人不用缴费。

2. 报销政策。参保居民一个保险年度内住院累计发生的合规自付费用超过起付线以上部分由大病保险资金按比例分段支付。

分段报销比例为 1.5 万元—5 万元（含 5 万元）支付 50%，5 万元—10 万元（含 10 万元）支付 60%，10 万元以上支付 70%。

3. 最高支付限额。大病保险年度最高支付限额为 40 万元。

三是全面落实困难群众大病补充医疗保险。

1. 保障对象。困难群众大病补充医疗保险（以下简称大病补充保险）保障对象为具有我市户口，参加城乡居民基本医疗保险的居民，且符合下列条件之一的：（1）农村贫困人口；（2）特困人员救助供养对象；（3）城乡最低生活保障对象；（4）困境儿童。

2. 筹资标准。2017 年按照年人均 60 元的标准筹集资金，由

各级财政按比例分级承担，个人不用缴费。

3. 保障范围和水平。大病补充保险的保障范围与城乡居民基本医疗保险、大病保险一致。困难群众发生的住院医疗费用（含规定的门诊慢性病、重特大疾病限价、限额结算的医疗费用），经基本医疗保险报销后，个人累计负担的合规自付医疗费用在大病保险起付线以内（含）的部分，直接进入大病补充保险分段按比例报销；超过大病保险起付线的部分，首先由大病保险报销，剩余部分由大病补充保险按政策报销。合规自付医疗费用与城乡居民大病保险的范围一致。

4. 报销比例。2017年大病补充保险起付线为3000元，起付线以上按比例分段报销：3000—5000元（含）报销30%，5000—10000元（含）报销40%，10000—15000元（含）报销50%，15000—50000元（含）报销80%，50000元以上报销90%，不设封顶线。

四是全面落实农村贫困人口医疗救助制度。医疗救助与城乡居民基本医疗保险、大病保险、大病补充保险是保障困难群众基本医疗权益的基础性制度。医疗救助的重点对象包括患病且无能力支付医疗费用的农村贫困人口、农村低保对象、农村特困人员（原五保供养对象）。对农村贫困人口纳入医疗救助增加的费用由各级财政按规定给予安排。

1. 做好资助困难群众参加基本医疗保险工作。按照河南省民政厅等六部门《关于进一步加强医疗救助与城乡居民基本医疗保险、大病保险、困难群众大病补充医疗保险有效衔接的通知》（豫

民文〔2017〕172号）要求，各县（市、区）要全面落实资助困难群众参保政策，确保其纳入基本医疗保险范围。要根据本地医疗救助资金筹集情况、基本医疗保险缴费标准及个人承担能力等明确资助额度，对于特困人员给予全额资助；对于低保对象、建档立卡贫困人口给予不低于30元定额资助。资助参加基本医疗保险的资金从城乡医疗救助补助资金中列支。县级民政部门将低保对象、特困人员名单提供给当地基本医疗保险经办机构，县级扶贫部门将建档立卡贫困人口名单提供给当地基本医疗保险经办机构。民政、扶贫部门分别将人数提供给同级财政部门，由财政部门将资助困难群众参保费用直接由医疗救助基金账户拨付至经办机构账户。对经民政、扶贫部门认定确实无力缴纳基本医疗保险费的困难群众，县（市、区）政府要资助支持其缴纳基本医疗保险费，确保困难群众全部纳入基本医疗保险制度覆盖范围。

2. 开展特殊病种门诊救助。门诊救助的重点是因患慢性病需要长期服药或患重特大疾病需要长期门诊治疗，导致自付费用较高的医疗救助对象。要按照卫生计生部门明确的诊疗路径，能够通过门诊治疗的病种，采取单病种付费方式开展门诊救助。门诊救助病种包括：终末期肾病（采用门诊血液透析或腹膜透析方法治疗）、血友病（采取凝血因子治疗）、慢性粒细胞性白血病（采用门诊酪氨酸激酶抑制剂治疗）、I型糖尿病（门诊胰岛素治疗）、耐多药肺结核（门诊抗结核治疗）、再生障碍性贫血（门诊药物

治疗)、恶性肿瘤门诊放化疗、器官移植术后抗排异治疗、重性精神病人药物维持治疗。可以根据疾病谱表的变化适时调整病种。门诊救助比例为年度限额内门诊医疗费用的 10%，年度最高救助限额为 5000 元每人。

3. 开展重特大疾病医疗救助。各县（市、区）要提高重特大疾病医疗救助水平，建立健全分类分段的梯度救助模式，比照大病补充保险分段报销比例，在年度救助限额内实施救助。积极拓展重特大疾病医疗救助费用报销范围，原则上经城乡居民基本医疗保险、大病保险、大病补充保险报销后个人负担的合规医疗费用，均计入救助基数。合规医疗费用范围应参照大病保险的相关规定确定，并做好与基本医疗保险按病种付费改革衔接。重特大疾病医疗救助按以下比例和限额给予救助：对建档立卡贫困家庭、农村低保对象按年度救助限额内不低于 70% 的比例给予救助，年度最高救助限额为 10000 元 / 每人；对分散供养农村特困人员按年度救助限额内不低于 80% 的比例给予救助，对集中供养农村特困人员按年度救助限额内不低于 90% 的比例给予救助，年度最高救助限额为 10000 元 / 每人；患重特大疾病的重点救助对象的救助比例原则上为最高救助限额内不低于 70%，最高救助限额为 20000 元 / 每人。

4. 实施临时救助。对患重大疾病支付大额医疗费用，经医疗救助后仍然有较大困难的，采取一事一议的方式，由县级政府社会救助联席会议研究确定救助方式和救助标准。

五是对建档立卡贫困人口实施政府医疗保障救助。

各县（市、区）要加大财政投入力度，建立农村贫困人口政府医疗保障专项救助基金，并积极与保险机构进行对接，切实做好政府医疗保障救助工作。具体救助标准为：农村贫困人口患者经过城乡居民基本医疗保险、大病保险、大病补充保险、医疗救助以及社会医疗救助后，其合规的个人自付费用，在县（市、区）域内就医的按 90%的比例给予救助，在县（市、区）域外就医的按 80%的比例给予救助。市级财政也要建立农村贫困人口医疗保障专项救助基金，根据各县（市、区）医疗保障专项基金建立和落实情况予以奖励性的补贴。

（二）开展农村贫困人口重大疾病专项救治。

对农村贫困人口罹患 9 种重大疾病的患者实行重大疾病专项救治。建立专项救治台账，精准实施医疗救治。实行单病种限价、限额管理，单病种限价、限额内的费用由城乡居民基本医疗保险、大病保险、大病补充保险、医疗救助和患者共同支付，超过限价、限额标准的医疗费用原则上由定点救治医疗机构承担。罹患 9 种重大疾病的农村贫困人口，可享受城乡居民重特大疾病医疗保障待遇，不设起付线，县级、市级、省级定点医疗机构的支付比例分别为 80%、70%、65%。贫困患者在享受重特大疾病医疗保障补偿后，按照大病保险、大病补充保险等有关规定享受相应补偿待遇。

（三）建立农村贫困人口门诊慢性病政府救助制度。

对缺少住院病历、长期患病吃药、因病失去劳动能力、医疗开支大的农村贫困人口患者，纳入门诊慢性病救治救助范围。具体的鉴定标准、范围和程序，由各县（市、区）根据当地情况制定。贫困患者门诊慢性病费用中合规的个人自付费用，县（市、区）域内的按 90%、县（市、区）域外的按 80%的比例，给予政府医疗保障救助，减轻贫困患者医疗费用。

（四）提高县（市、区）域医疗救治能力和水平。

一是实施县（市、区）域内住院“先诊疗后付费”和“一站式”结算服务模式。优化医疗费用结算服务模式，入院时不需缴纳住院押金，由定点医疗机构与医保、医疗救助经办机构之间进行结算，切实减轻困难群众垫资压力和费用负担。积极推进“一站式”结算，城乡居民基本医疗保险、大病保险、大病补充保险、医疗救助等经办管理机构和定点医疗机构要密切配合、加强对接，实现就诊前信息核对、就诊时及时结算、就诊后动态随访等“一站式”服务功能，确保贫困群众方便、快捷享受到各项医疗保障优惠政策。完善医保差异化支付政策，适当提高基层医疗卫生机构政策范围内医疗费用报销比例，促进贫困人口就近合理有序就医。

二是加快贫困村卫生室建设。要按照满足群众就近就医的要求，加快工程建设进度，完善配套设施，在 2017 年年底前全面完成我市贫困空白村卫生室建设任务。按照“建成一个，配备一个”原则，及时为贫困村配备合格乡村医生，不断提高村级医疗

机构救治能力。

三是全面开展因病致贫、因病返贫农村贫困人口健康签约服务。要组建家庭医生团队，明确服务内容、签订服务协议、建立激励机制，对签约农村贫困人口建立健康档案，加强健康扶贫政策和健康知识宣传，提供常见病、多发病的诊疗，指导签约农村贫困人口选择适宜的就医路径，合理治疗和控费，并开展定期访视，为农村贫困人口提供质优价廉的医疗卫生服务。

四是强化定点医疗机构监管。发挥医保监控作用，规范医疗行为，严格控制农村贫困人口住院自付费用比例。基层医疗机构、二级医院、三级医院超出医保报销范围的医疗费用，分别不得超过医疗总费用的2.5%、10%、20%，超出部分由定点医疗机构承担，并不得计入医疗总费用。有关定点医疗机构要严格落实疾病诊疗指南和技术操作规范，保障医疗质量和安全。

（五）积极在乡镇推行付费方式改革。

对于诊断明确、临床路径明确，在乡级医疗机构可开展实施的手术项目，实行单病种定额结算，农村贫困人口无需承担或承担较少医疗费用。鼓励农村贫困人口在基层医疗机构就医，提高困难群众医疗保障水平。

（六）广泛动员社会力量救助。

市慈善总会要结合农村因病致贫、因病返贫家庭情况，每年确定一个主题，在全市组织动员全社会力量开展针对因病致贫、因病返贫农村贫困家庭的“广聚慈善力量、助力健康扶贫”定向

捐助活动。市慈善总会要从非定向捐赠资金中拿出 20%，并与定向捐助的资金联合设立安阳市建档立卡贫困人口困难救助基金，精准对接建档立卡贫困家庭，开展重特大疾病专项救助，减轻或免除农村贫困人口个人医疗费用负担。

红十字会要积极开展“两救助”活动。协助申请由财政部彩票公益金资助的中国红十字基金会天使阳光基金和小天使基金救助项目，对农村贫困家庭 0—14 岁先天性心脏病且需要近期手术治疗的患儿，由天使阳光基金实施救助；对农村贫困家庭 0—14 岁白血病且在持续治疗期间的患儿，由小天使基金进行救助。

三、加强组织实施

（一）加强组织领导和考核督查。县级政府要承担主体责任，把落实农村贫困人口医疗保障政策作为打赢脱贫攻坚战的重要举措，统筹做好资金安排、政策衔接、项目落地、人力调配、推进实施等工作，确保政策落实到位。各县（市、区）要将健康扶贫工程纳入脱贫攻坚工作领导责任制，作为重要考核内容，细化职责分工，明确任务要求，对实施情况定期检查督促。

（二）明确部门职责。人力资源社会保障部门负责基本医疗保障政策的制定和落实。民政部门负责制订完善医疗救助政策，全面开展医疗救助工作，提高农村贫困人口医疗救助水平。卫生计生部门负责进一步提升医疗救治能力和水平，创新医疗卫生服务方式，规范医疗服务行为。财政部门负责按照政府医疗卫生投入和脱贫政策要求，统筹安排相关经费，落实医疗卫生脱贫项目

资金。扶贫部门负责核实核准建档立卡贫困人口数据。慈善和红十字会组织负责动员社会力量参与救助工作。各相关部门要建立协调推进机制，加强沟通、密切配合，合力推动农村贫困人口医疗保障取得实效。

（三）加强宣传引导。坚持正确舆论导向，开展健康扶贫系列宣传活动，通过新闻报道、事迹报告会、公益广告等形式，宣传健康扶贫工程及各项政策措施取得的进展和成效，营造良好舆论氛围。

2017年8月31日

主办：市扶贫办

抄送：市委各部门，安阳军分区，省属驻安单位。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院。

安阳市人民政府办公室

2017年8月31日印发
