

陇南市第一人民医院文件

陇市一医〔2018〕73号

★

关于转发陇南市人民政府办公室 《关于完善陇南市城乡居民基本医疗保障政 策的通知》的通知

各科室：

现将陇南市人民政府办公室《关于完善陇南市城乡居民基本医疗保障政策的通知》（陇政办发〔2018〕65号）转发你们，请认真学习、宣传，贯彻落实。

陇南市第一人民医院

2018年6月4日



陇南市人民政府办公室文件

陇政办发〔2018〕65号

陇南市人民政府办公室关于完善 陇南市城乡居民基本医疗保障政策的通知

各县区人民政府，市政府有关部门，省驻陇南有关单位：

为进一步提升我市城乡居民基本医疗保障水平，全面落实各级定点医疗机构“先看病后付费”和“一站式”即时结报工作，有效减轻贫困人口医疗费用负担，根据《甘肃省人民政府办公厅关于完善甘肃省城乡居民基本医疗保障政策的通知》（甘政办发〔2018〕73号）精神，决定对城乡居民基本医疗保障政策进行调整完善。现将有关事项通知如下：

一、完善基本医保、大病保险和医疗救助报销政策

（一）提高基本医保保障水平。目前，我市城乡居民基本医



疗保险仍实行县区级统筹模式。各统筹地区在确保医保基金安全和累计医保基金结余不超过当年筹资总额 25%的前提下，根据基金承受能力，在现行城乡居民基本医保报销比例的基础上，对所有城乡居民参保患者适度提高门诊和住院报销比例。提高参保建档立卡贫困人口基本医保保障水平，对参保建档立卡贫困人口合规医疗费用经基本医保报销后，达不到大病保险条件，实际补偿比低于 85%的部分；或者经基本医保和大病保险报销后，达不到医疗救助条件，实际补偿比低于 85%的部分进行补偿。资金不足部分由各统筹地区研究解决。市医改办要会同有关部门积极做好城乡居民医保市级统筹的各项前期准备工作。

（二）提高大病保险保障水平。2018 年大病保险人均筹资标准新增的 10 元由省级统筹，用于提高城乡居民大病保险补偿标准。从 2018 年 6 月 1 日起，城乡居民参保患者住院和门诊慢特病费用按现行基本医保政策报销后，个人自负合规医疗费用超过 5000 元（不含 5000 元）的部分纳入大病保险，按比例分段递增报销，补偿基数为：0—1 万元（含 1 万元）报销 60%；1—2 万元（含 2 万元）报销 65%；2—5 万元（含 5 万元）报销 70%；5—10 万元（含 10 万元）报销 75%；10 万元以上报销 80%。

建档立卡贫困人口、城乡低保、特困供养人员，个人自负合规医疗费用超过 2000 元（不含 2000 元）的部分纳入大病保险，按比例分段递增报销，补偿基数为：0—1 万元（含 1 万元）报销 72%；1—2 万元（含 2 万元）报销 77%；2—5 万元（含 5 万元）



报销 82%; 5—10 万元 (含 10 万元) 报销 87%; 10 万元以上报销 90%。

(三) 实施医疗救助兜底保障政策。对建档立卡贫困人口个人自负合规医疗费用经基本医保和大病保险报销后, 个人自负合规费用年累计超过 3000 元以上部分, 由民政部门通过医疗救助全部解决。医疗救助资金不足时, 申请省级财政予以弥补。

(四) 探索建立健康扶贫商业补充保险制度。鼓励有条件的县区探索健康扶贫商业补充保险试点, 为建档立卡贫困人口购买健康扶贫商业补充保险, 进一步提高建档立卡贫困人口的医疗保障水平。

二、落实“先看病后付费”和“一站式”即时结报服务

(一) 扩大“先看病后付费”覆盖面。按照分级诊疗管理规定, 参保农村贫困人口在县域内县乡定点医疗机构就诊和城乡参保居民患 50 种重大疾病在大病救治定点医疗机构就诊, 定点医疗机构不得收取押金。参保建档立卡贫困人口在各级定点医疗机构就诊均不设起付线。从 2018 年 6 月 1 日起, 参保农村贫困人口在省内各级定点医疗机构就诊实行“先看病后付费”。除急危重症病例等特殊情况下, 因县级医疗机构服务能力所限需要转市级医疗机构治疗的病人, 原则上应先转诊至市域内市级医疗机构, 市域内市级医疗机构诊疗有困难的病人再按规定转市外医疗机构, 市域内市级医疗机构基本医保报销比例在同级医疗机构报销比例基础上提高 5%。

50 0



(二) 推行“一站式”即时结报。按照分级诊疗管理规定，参保农村贫困人口在县域内县乡定点医疗机构就诊和城乡参保居民患 50 种重大疾病在大病救治定点医疗机构就诊发生的合规费用，相关部门要在定点医疗机构结算窗口提供基本医保、大病保险和医疗救助“一站式”即时结报服务，患者出院时只交个人自负费用。从 2018 年 6 月 1 日起，全省城乡参保居民在定点医疗机构就诊实行“一站式”即时结报服务。

三、紧密型县域医疗共同体统一医保基金管理

根据《陇南市人民政府办公室关于印发陇南市推进紧密型县域医疗共同体建设实施方案的通知》（陇政办发〔2018〕28 号）精神，我市将逐步推进紧密型县域医疗共同体建设，进一步发挥医保对医疗服务供需双方的引导作用，开展紧密型县域医疗共同体建设的县区，城乡居民医保基金对医共体实行按人头总额预算包干支付方式，超支原则不补、结余全部留用。城乡居民医保基金提取当年市级调剂金、上解城乡居民大病保险资金后，暂按当年筹集资金总额的 85% 左右作年度总预算，并将其转换成参保人头费（对应辖区每位参保居民），交由医共体包干，负责承担辖区居民当年门诊和住院、按规定支出的家庭医生签约服务、县外住院等规定的费用报销。城乡居民医保经办机构按预算额度下拨医共体牵头医院部分预付资金，原则上预付比例为 60%，其余的 40% 作为考核基金，综合考虑医共体开展医疗服务的数量、质量以及与医保相关的诊疗行为考核结果进行拨付。



四、强化保障措施

各县区、各有关部门要落实工作责任、细化配套措施，发挥政策合力。各有关部门要定期互相通报医保基金运行数据、支付政策执行和监督管理等情况。市医改办要会同相关部门对各县区执行城乡居民基本医疗保障政策情况进行督查评估考核。

既往政策与本通知不一致的，按本通知规定执行。

附件：医改领导小组有关成员单位落实各项医疗保障政策职责分工



(此件公开发布)



医改领导小组有关成员单位 落实各项医疗保障政策职责分工

为落实各项医疗保障政策，尤其是进一步落实健康扶贫政策，做实基本医保、大病保险、医疗救助各项保障工作，发挥各项医疗保障的叠加效应，将市医改领导小组有关成员单位落实医疗保障工作职责分工如下。

一、医改办。负责制定并动态调整城乡居民基本医疗保险和大病保险相关政策，监督考核基本医保、大病保险的运行管理，完善相关的配套政策措施。

二、人社部门。负责全面落实“先看病后付费”一站式结报和住院免交押金政策，负责异地就医结算有效实施。统筹做好城乡居民医保基金总额预付管理，确保60%的住院统筹基金按期预付。做好基本医保报销窗口设置，实施基本医保、大病保险、医疗救助窗口“一站式”结报系统联网及衔接工作。

三、财政部门。负责落实城乡居民基本医保经费和大病保险经费保障。落实医疗保障资金的预算安排和分配下达，落实好建档立卡贫困人口住院医疗费用，经基本医保、大病保险报销后，由医疗救助兜底解决，个人自负不超过3000元，医疗救助资金不足时，申请省级财政予以弥补。



四、民政部门。负责全面落实资助建档立卡贫困人口参保工作。向定点医疗机构及时按 60% 预拨医疗救助资金；设置医疗救助报销窗口；做好医疗救助信息系统与基本医保、大病保险信息系统的联网对接。

五、卫生计生部门。负责落实分级诊疗制度和转诊诊治制度，组织专家委员会评定各定点医疗机构服务能力，在调整补充完善分级诊疗病种的基础上与定点医疗机构签订分级诊疗病种服务协议；负责医疗服务综合监管工作，严格控制医疗费用不合理增长，严格控制建档立卡贫困人口不合规医疗费用，严格落实转诊制度；将建档立卡贫困人口数据平台与省、市、县、乡、村各级医疗卫生机构对接，确保建档立卡贫困人口就诊身份自动确认。

六、保监部门。负责督促大病保险商业经办机构在各医保定点医疗机构设立大病保险报销窗口，确保大病保险政策有效实施和大病即时结报，督促落实大病保险与定点医疗机构、基本医保、医疗救助联网对接。

