**邢台市人力资源和社会保障局**

**邢 台 市 民 政 局**

**邢 台 市 财 政 局 文件**

**邢台市卫生和计划生育委员会**

**邢 台 市 扶 贫 开 发 办公室**

**邢人社发【2017】2号**

**《关于提高贫困人口医疗保障救助水平**

**解决因病致贫返贫问题的实施方案（试行）实施细则》的通知**

**各县市区人力资源和社会保障局、民政局、财政局、卫生和计划生育委员会、扶贫开发办公室：**

 **现将《关于提高贫困人口医疗保障救助水平解决因病致贫返贫问题的实施方案（试行)实施细则》印发给你们，请认真组织实施。**

**邢台市人力资源和社会保障局 邢台市民政局**

**邢台市财政局 邢台市卫生和计划生育委员会**

**邢台市扶贫开发办公室**

**2017年1月23日**

**《关于提高贫困人口医疗保障救助水平**

**解决因病致贫返贫问题的实施**

**方案（试行）》实施细则**

根据《关于提高贫困人口医疗保障救助水平解决因病致贫返贫问题的实施方案（试行）》，（冀政办字【2016】131号），《关于提高贫困人口医疗保障救助水平解决因病致贫返贫问题的实施方案（试行）实施细则》（冀人社发【2016】47号），结合我市实际，制定本实施细则。

1. 医疗保障救助对象范围
2. 农村建档立卡贫困人口；
3. 特困供养人员；
4. 最低生活保障家庭成员；

（四）低收入家庭（是指未纳入最低生活保障范围，共同生活的家庭成员人均收入在最低保障标准1.5倍一下，且家庭财产符合县级以上人民政府规定的家庭）中的重病患者、60周岁（含）以上老年人；

（五）低收入家庭中的独生子女伤残、死亡家庭的父母；

（六）因医疗自付费用过高导致家庭无力承担的患者（因患病造成家庭基本生活困难且个人自付合规医疗费用超过家庭前12个月总收入50%以上的）。

第二条 医疗保障救助对象认定管理

（一）扶贫部门负责认定医疗保障救助对象种第（一）类人员；民政部门负责认定第（二）、（三）、（四）类人员；卫生计生部门会同民政部门负责人顶第（五）类人员；民政部门会同人社部门医疗保险经办机构认定第（六）类人员。

（二）县（市、区）扶贫、民政、卫生计生部门按相关规定开展医疗保障救助对象的认定工作，并以一定方式公示。在每期认定结束后20个工作日内，将本期新增人员和减少人员名单以部门文件抄送同级财政部门、人社部门及其医疗保险经办机构。

（三）医疗保险经办机构收到每期新增人员和减少人员名单后，在医疗保险经办系统中及时变更人员的医疗保障救助资格。新增人员资格待遇于次月起开始享受，减少人员的待遇资格从次月起取消。

（四）具有双重或多重属性的医疗保障救助对象，按就高原则享受医疗保障救助政策，不得重复享受。

（五）加快信息化建设，推进基础数据的集中使用和互联互通，建立人社、民政、财政、卫计委、扶贫等部门等统一人员身份信息共享系统。

第三条 《实施方案》所述的自付费用均为医疗保险政策范围内合规医疗费用中的自付部分。

第四条 基本医疗保险门诊报销

（一）基本医疗保险普通门诊。建有门诊统筹制度的县（市、区），贫困参保人员门诊统筹不设起付线，一般门诊医疗费封顶线每人每年300-500元，报销比例提高到70%；建有门诊账户的县（市、区），贫困参保人员在基层门诊就诊不设起付线，一般门诊医疗费封顶线每人每年60-100元，报销比例100%.

（二）基本医疗保险门诊慢性病资格认定与报销。门诊慢性病不设起付线，普通门诊慢性病封顶线为6000元/年，报销比例为75%；恶性肿瘤放化疗、白血病、终末期肾病和重症精神病等重大慢性疾病封顶线15万元/年，报销比例为90%。

普通慢性病病种包括：高血压（三期高危及以上）、风心病、肺心病、心肌梗塞、各种慢性心功能衰竭、脑血管病后遗症有严重功能障碍）、慢性中重度病毒性肝炎、肝硬化、慢性肾病、糖尿病（合并严重并发症）、再生障碍性贫血、类风湿性关节炎（有严重肢体功能障碍）、系统性红斑狼疮、癫痫、精神障碍、活动性肺结核、帕金森氏病、器官移植术后治疗（仅限于使用抗排斥免疫调节剂）。

上述18种普通慢性病和4种重大慢性病标准，按照冀人社发【2016】47号文件有关规定执行。其待遇资格由县级医疗保险经办机构组织初审，每半年组织一次认定，并进行公示。市级医疗保险经办机构采取复核或按比例抽查等方式进行监督，严格执行门诊慢性病认定标准。

第五条 基本医疗保险住院报销

（一）基本医疗保险住院起付线。患者在各级定点医疗机构住院医疗费起付线降低50%。

（二）基本医疗保险住院报销比例。

1、在参保地县内乡（镇）卫生院、县内定点医疗机构住院，医疗保险政策范围内合规医疗费用报销90%。

2、经参保地医疗保险经办机构批准，转往市级、省级及以上其它医疗机构的住院报销比例，仍按照参保地基本医疗保险原政策规定报销，但可享受《实施方案》关于大病保险住院报销、住院医疗救助、重特大疾病住院医疗救助等报销救助政策。

3、未经参保地医疗保险经办机构批准，转往市级以上医疗机构住院的，合规医疗费用在基本医疗保险基金中报销比例为30%，且不得享受《实施方案》关于大病保险住院报销、住院医疗救助、重特大疾病住院医疗救助等报销救助政策。

（三）县内定点医疗机构住院结算。对医疗保障救助对象在县内定点医疗机构住院，基本医保按医疗费用项目结算，不参与总额控制或均值结算。

第六条 大病保险住院报销。取消大病保险住院报销起付线，按照参保地大病保险住院报销比例报销，大病保险年度支付封顶线提高到50万元。

第七条 贫困人口参保资助。特困供养人员个人缴费部分由财政给予全额资助，其他保障救助对象个人缴费部分，财政按个人缴费标准的60%给予资助。

第八条 医疗救助

（一）门诊大额慢性病医疗救助。对农村建档立卡贫困人口中具有18种普通慢性病和4种重大慢性病资格的人员，在规定的门诊定点医疗机构就医合规费用，经基本医疗保险按政策报销后，合规医疗费个人年自付部分超过1000元以上部分，由医疗救助资金按70%的比例救助，年度救助累计限额不超过2万元。

门诊大额慢性病医疗保险政策范围内自付费用金额，由医疗保险经办机构按年度审核确认，抄送民政部门，按年度一次性救助，由医疗救助资金支付。

1. 住院医疗救助。参加基本医疗保险的医疗保障救助对象住院费用（含同次门诊费用），经基本医疗保险、大病保险报销后的自付医疗费，由医疗救助资金按80%的比例救助，年度累计最高救助限额7万元。特困供养人员按原政策执行。对没有参加基本医疗保险的，其住院救助比例按政策范围内自付费用总额的10%给予救助，年度最高救助限额为2万元。
2. （三）重特大疾病住院医疗救助。患重特大疾病住院，经基本医疗保险、大病保险住院报销和住院医疗救助后，对超出住院医疗救助年度最高限额以上的自付医疗费，由医疗救助资金按90%的比例救助，重特大疾病住院年度最高救助限额为20万元。特困供养人员按原政策执行。对没有参加基本医疗保险的，其重特大疾病住院救助比例按政策范围内自付费用总额的10%给予救助，年度最高救助限额为5万元。

 第九条 医疗保险政策范围内自付费用核定。医疗保险政策范围内合规医疗费用总额由医疗保险经办机构审核确认，医疗保险经办机构、大病保险管理机构、医疗救助管理部门分别按政策结算。住院救助和重特大疾病住院医疗救助阶段合规医疗费用自付部分，由民政部门根据医疗保险经办机构、大病保险管理机构出具的合规医疗费用自付部分核定，按政策进行救助。

基本医疗保险、大病保险、医疗救助按原政策规定结算金额、提高待遇部分结算金额，分别记账。由医疗保险经办机构、医疗救助管理部门在下月10日前，抄送同级财政部门。

医疗保险经办机构负责基本医疗保险段、大病保险段相关数据报送。

第十条 各县（市、区）财政部门要按照规定落实基本医疗保险，大病保险和医疗救助财政补助政策。 提高医疗保障救助水平和参保资助所需基金，财政直管县省级负担90%，，财政直管县负担10%；非财政直管县省级负担80%，市、非财政直管县各负担10%，分别从各项基金（资金）中列支。根据实际结算数额，按规定列入各级财政预算，及时拨入相应基金（资金）专户。

第十一条 对医疗保障救助对象在县域内门诊、住院费用，实行“一站式”报销结算。

医疗保险经办机构要完善医保业务系统，对基本医疗保险、大病保险、医疗救助三阶段报销费用及原政策支付部分、待遇提高增加支付费用，分别记账结算。大病保险管理机构、医疗救助部门也可授权医疗保险经办机构统一结算、分别记账。

大病保险管理机构、医疗救助管理部门要在医疗保险经办服务大厅设立“一站式”结算服务窗口，协调办理记账结算、现金报销事宜，为医疗保障救助对象提供一条龙服务。

第十二条 医疗保障救助对象转外就医的，其基本医疗保险基金支付部分可通过省异地就医平台直接结算。提高待遇部分的报销金额，回参保地按上述规定审核报销结算。

第十三条 不予报销和救助范围。下列医疗费用不纳入医疗保障救助对象支付范围：

（一）应当由第三人负担的；

（二）应当由公共卫生负担的；

（三）在境外就医的；

（四）就（转）诊交通费、上门服务费、特别护理费等特需医疗服务项目；

（五）美容、健美、矫形手术等非必须检查及非疾病治疗项目和各种预防、保健性的诊疗项目，各种科研性、临床实验性诊疗项目；

（六）法律、行政法规规定的其他情形。

第十四条 农村建档立卡贫困人口自2016年8月1日（含）出院和8月1日（含）起发生的门诊医疗费，执行《实施方案》规定的待遇政策。

2016年门诊统筹限额和门诊慢性病限额，按8月1日到年底5个月占全年12个月的比例折算。

农村建档立卡贫困人口以外的其他医疗保障救助对象提高待遇的政策，按照省统一安排时间节点逐步纳入医疗保障救助范围。

1. 部门职责

人力资源社会保障部门牵头协调落实相关政策，制定基本医疗保险、大病保险政策并组织实施；做好“三重保障线”经办服务管理，确保政策落实；对医保基金收支、运行情况进行监督。

民政部门负责医疗救助工作组织实施，配合做好“一站式”报销结算相关工作，定期与定点医疗机构进行救助费用直接结算；对救助资金使用情况进行监督。

财政部门负责将提高保障救助水平和参保资助所需基金列入各级财政预算。保障各项资金及时到位；协同有关部门，加强资金监管，确保资金规范运行。

卫生计生部门丰泽监督医疗机构规范医疗服务行为，提高医疗服务质量。

审计部门负责定期对医保基金，救助资金和各类补助资金进行审计。

扶贫部门负责配合做好“一站式”报销结算相关工作，严格审核农村建档立卡贫困人口医疗保障对象资格，及时提供有关资料。

保险行业协会负责对参与经办服务的商业保险机构从业资格进行审查，对服务质量、市场行为、大病保险基金收支运行情况进行监督，配合做好“一站式”报销结算相关工作。

第十六条 各级扶贫、民政、卫生计生部门，要加强医疗保障救助对象认定的监督管理工作，严格认定标准。各级财政、审计、人社部门要加强对基金（资金）使用的监督管理。医疗保险经办机构，要加强对门诊慢性病资格认定、医疗费用审核管理以及对定点医疗机构的监督稽核等经办管理工作，确保基金（资金）合理有效使用。

第十七条 各级人社、财政、扶贫、民政、卫生计生等部门要严格落实提高贫困人口医疗保障救助水平的政策，确保符合条件的人员享受到相应待遇。要加强基金（资金）监督管理，严禁扩大补助范围和标准。对违反有关规定的单位和人员，按照相关法律法规追究其责任。