

索引号:	11220000013544496H/2017-06905	分类:	其他;通知
发文机关:	吉林省民政厅	成文日期:	2017年12月26日
标题:	关于进一步加强医疗救助与城乡居民大病保险衔接工作的通知		
发文字号:	吉民发〔2017〕78号	发布日期:	2017年12月26日

关于进一步加强医疗救助与城乡居民大病保险衔接工作的通知

吉民发〔2017〕78号

各市（州）民政局、财政局、人社局、卫生计生委、扶贫办（发改委），长白山管委会社会管理办公室、财政局、人社局、经发局，各县（市、区）民政局、财政局、人社局、卫生计生局、扶贫办（发改局），各保险公司省级分公司：

为进一步加强医疗救助与城乡居民大病保险（以下简称大病保险）在政策实施、结算服务、对象管理、运行监管等方面的衔接，充分发挥医疗救助和大病保险保障困难群众基本医疗权益的基础性作用，根据民政部等六部门《关于进一步加强医疗救助与城乡居民大病保险有效衔接的通知》（民发〔2017〕12号）的精神，现就有关事项通知如下：

一、加强政策实施衔接

（一）全面落实困难群众参加基本医疗保险补贴政策。省民政厅会同省财政厅、省人社厅、省卫生计生委，每年根据我省医疗救助资金筹集情况、基本医疗保险缴费标准以及个人承担能力等明确资助额度（补贴标准），对参加基本医疗保险的孤儿、特困人员给予全额资助，对参加基本医疗保险的低保对象、建档立卡贫困人口给予定额资助。县级扶贫部门将建档立卡贫困人口相关信息提供给同级民政部门；县级民政部门对孤儿、特困人员、低保对象、建档立卡贫困人口进行信息比对后，将数据提供给同级的财政、人社、卫生等部门；县级财政部门将所需补贴资金拨付给人社、卫生部门，确保参加基本医疗保险困难群众资助率达到100%。有条件的地区，可探索实行通过当地财政对参加基本医疗保险困难群众全额资助。建立资助参加基本医疗保险资金动态增长机制，每年按照城乡居民医保财政补助标准增加额度，同步增加每人参加基本医疗保险补助资金。

（二）落实大病保险倾斜性支付政策。省人社厅、省卫生计生委会同省财政厅、省民政厅、省扶贫办，统筹考虑大病保险筹资水平、当地人均可支配收入和低保标准等，制定大病保险向特困人员、低保对象、建档立卡贫困人口、低收入重度残疾人等困难群众（含低收入老年人、未成年人、重病患者）倾斜的具体办法，明确降低大病保险起付线、提高报销比例的量化要求，实施精准

支付，提高困难群众受益水平。省人社厅、省卫生计生委会同省财政厅，根据大病患者需求、筹资能力等实际，合理确定大病保险合规医疗费用范围。省人社厅、省卫生计生委会同省财政厅、吉林保监局，将对困难群众的倾斜照顾措施纳入大病保险实施方案，通过招投标等方式，与承办机构签订合同，确保部署实施。

（三）落实健康扶贫“三个一批”政策措施。各级民政、扶贫部门要积极配合卫生计生部门，按要求及时准确提供特困人员、低保对象和建档立卡贫困人口相关信息，协助建立大病救治和慢性病签约管理服务台账，协助开展县级行政区域内困难群众住院先诊疗后付费工作。

（四）完善和落实重特大疾病医疗救助制度。全面落实《吉林省人民政府办公厅关于转发省民政厅等部门吉林省医疗救助实施意见的通知》（吉政办发〔2015〕41号），对医疗救助对象，经基本医疗保险、大病保险、各类补充保险等报销后仍有困难的，实施重特大疾病医疗救助；将建档立卡贫困人口纳入重特大疾病救助范围，按其所属于《吉林省医疗救助实施意见》规定的救助对象类别，享受相应的重特大疾病医疗救助政策。重特大疾病确认标准，按上年度城镇居民医疗保险和新型农村合作医疗大病保险起付线的低者确定。逐步提高医疗救助年封顶线，至2020年，重点救助对象年救助封顶线提高至不低于30000元。

各地要结合实际，合理调整医疗救助资金支出结构，稳步提高重特大疾病医疗救助资金支出占比。落实分类分段救助政策，综合救助家庭经济状况、自负医疗费用、当地医疗救助筹资情况等因素，科学设定救助比例和年度最高救助限额。拓展重特大疾病医疗救助费用报销范围，原则上经基本医疗保险、大病保险、各类补充保险等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。有条件的地方，可对困难群众合规医疗费用之外的自负费用按照一定比例给予救助，进一步提高大病保障水平。

二、加强结算服务衔接

（一）实行县级行政区域内困难群众住院先诊疗后付费。落实《吉林省农村贫困住院患者县域内“先诊疗、后付费”工作方案》，对建档立卡贫困人口、农村特困人员和低保对象开展“先诊疗、后付费”医疗服务，切实解决贫困人口就医看病筹资难问题，保障贫困人口享有基本医疗卫生服务。符合规定的患者，入院就诊时，持医保卡（新农合医疗证）、有效身份证（户口本）和扶贫部门出具的贫困证明或民政部门出具的低保、特困等有效证明（证件），无需缴纳住院押金，即可住院治疗；出院时，仅需缴纳个人应承担的医疗费用部分，即可办理出院手续。

（二）规范医疗费用结算程序。各地要按照精准测算、无缝对接的工作原则和“保险在先、救助在后”的结算程序，准确核定结算基数，按规定结算相关费用，避免重复报销、超费用报销等情况。对于年度内单次或多次就医，费用均未达到大病保险起付线的，要在基本医疗保险报销后，按次及时结算医疗

救助费用。对于单次就医经基本医疗保险报销后费用达到大病保险起付线的，应即时启动大病保险报销，并按规定对经基本医疗保险、大病保险支付后的剩余合规费用给予医疗救助。对于年度内多次就医经基本医疗保险报销后费用累计达到大病保险起付线的，要分别核算大病保险和医疗救助费用报销基数，其中大病保险应以基本医疗保险报销后超出大病保险起付线的费用作为报销基数；原则上，医疗救助以基本医疗保险、大病保险支付后的剩余多次累计个人自负合规总费用作为救助基数，对照医疗救助起付线和年度最高救助限额，分类分档核算救助额度，并扣减已按次支付的医疗救助费用。

（三）完善“一站式”结算方式。省人社厅、省卫生计生委、省民政厅、吉林保监局及相关部门单位，共同加快推进基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式”费用结算信息平台建设，努力实现资源协调、信息共享、结算同步，提升“一站式”信息平台管理服务水平，为困难群众跨地域看病就医费用结算提供便利。有条件地区，可探索通过政府购买服务等方式，支持具备开展“一站式”结算条件的大病保险承办机构参与医疗救助经办服务。

三、加强对象管理衔接

（一）完善困难群众基本信息。民政部门要进一步完善特困人员、低保对象基本信息，确保救助对象姓名、身份证号准确；扶贫部门要进一步完善建档立卡贫困人口基本信息。

（二）明确困难群众享受相关政策的时效。新增特困人员、低保对象、建档立卡贫困人口，从当年1月1日起享有大病保险倾斜支付政策、先诊疗后付费等健康扶贫政策；低保退出人员，仍享有当年大病保险倾斜支付政策、先诊疗后付费等健康扶贫政策；脱贫建档立卡贫困人口，在脱贫攻坚期内继续享有大病保险倾斜支付政策、先诊疗后付费等健康扶贫政策。

（三）加强医疗保障信息共享。省卫生计生委会同省民政厅、省扶贫办，做好困难群众的信息对接，确保大病保险倾斜支付政策、先诊疗后付费政策及资助基本医疗保险政策落到实处；省人社厅会同省民政厅，做好困难群众的信息对接，确保大病保险倾斜支付政策及资助基本医疗保险政策落到实处；将困难群众信息与大病保险承办机构共享。

四、加强运行监管衔接

（一）强化服务运行监管。各地各相关部门要做好医疗服务行为的质量监督和规范管理，防控不合理医疗行为和费用。人力资源社会保障、卫生计生、民政、财政、保险监管等部门要定期对基本医疗保险、大病保险、医疗救助经办（承办）机构的资金使用、管理服务等情况开展监督检查。保险监管部门要做好商业保险承办机构从业资格审查。商业保险机构承办大病保险要实行单独核算，严格资金管理，确保及时偿付、高效服务。

（二）做好绩效评价工作。各地要建立健全医疗救助工作绩效评价机制，将重特大疾病医疗救助开展情况纳入社会救助绩效评价体系，并将评价结果作

为分配医疗救助补助资金的重要依据。对于工作推进缓慢、政策落实不到位的地区要进行重点督导，按规定予以通报批评。民政部门将会同相关部门采取“双随机、一公开”、委托第三方等方式对各地工作开展情况实地抽查。

各地要以提高制度可及性、精准性以及群众满意度作为出发点和落脚点，抓紧制订本地区医疗救助和大病保险制度衔接的实施方案，进一步明确工作目标、主要任务、实施步骤和保障措施，确保制度稳健运行和可持续发展。要加大政策宣传力度，积极稳妥回应公众关切，合理引导社会预期，努力营造良好氛围。