

索引号:	11220000MB19566296/2019-04063	分类:	人大代表建议、医保经办管理;议案、函
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2019 年 05 月 31 日
标题:	对省十三届人大二次会议第 1204 号代表建议的答复		
发文字号:	吉医保函〔2019〕46 号	发布日期:	2019 年 06 月 13 日

【A】

【主动公开】

对省十三届人大二次会议第 1204 号代表建议的答复

吉医保函〔2019〕46 号

张春艳（代表姓名）：

您在省十三届人大二次会议上提出的《关于解决就医患者二次报销“只跑一次”的建议》收悉，经认真调研，现答复如下：

2018 年吉林省委、省政府印发了《吉林省建档立卡农村贫困人口大病兜底保障实施方案》吉厅字〔2018〕26 号文件，明确了对建档立卡农村贫困患者的五道防线：

——**新农合及基本医保第一道防线。**贫困参合患者县域内政策范围内住院报销比例提高 10%到 85%，封顶 20 万元。对患有 32 种常见慢性病的贫困参合患者，在县域内县级、乡级新农合定点医疗机构，慢性病门诊报销比例提高到 65%，封顶线提高到每人每年 7000 元。

——**大病保险第二道防线。**在 2017 年新农合大病保险政策基础上，进一步降低新农合大病保险起付线，降至 3000 元；每段的报销比例再各增加 5 个百分

点，报销比例可达到 60%-90%，最高报销限额为 30 万元。进一步提高贫困参合患者的受益水平。

——**扩大医疗救助第三道防线。**进一步加强农村低保制度与扶贫开发政策衔接，各地可结合财力状况适当提高医疗救助筹资水平。进一步重特大疾病医疗救助水平。

——**设立大病兜底第四道防线。**对经过新农合、大病保险、医疗救助补偿报销后的个人负担医疗费用，通过财政出资设立的“大病兜底资金”再次给予补助，将贫困人口住院医疗费用实际报销比例提高到 90%，慢病门诊医疗费用实际报销比例提高到 80%，确保绝大部分贫困人口个人自付医疗费用负担控制在可承受范围内。大病兜底报销范围为基本医疗费用范围，既包括新农合目录内医疗费用，也包括临床必需、安全有效、无目录可替代的目录外医疗费用。

——**设立“一事一议”第五道防线。**进一步解决特殊贫困患者负担个人自付医疗费用仍有困难问题。

文件提出贫困人口住院需持有本人身份证、贫困人口证明等相关材料，在县域内定点医院住院实行“先诊疗、后付费”，取消住院预付金，在省级定点医院住院可先行预付总医疗费用的 10%左右。贫困患者出院时，只需结算经过新农合、大病保险、医疗救助、大病兜底报销后的个人自付费用。新农合、大病保险、医疗救助、大病兜底等保障措施要形成联动报销机制，要在定点医院设置“一站式”结算窗口，实现信息联通、结算同步。

为了贯彻文件精神，从 2018 年 11 月起，全省陆续有近 20 个县（市、区）安装了《大病兜底保障信息系统》软件，实现了定点医疗机构建档立卡农村贫困患者办理出院结算时新农合补偿报销、大病保险补偿报销、医疗救助及“大病兜底保障”报销的“一单式”结算服务，患者住院只需缴纳总医疗费用的 10%即可，不需要再跑来跑去。

吉林省医疗保障局

2019 年 5 月 31 日