

白银市医疗保障局文件

市医保发〔2019〕31号

关于规范近期住院医疗救助政策的通知

各县（区）医疗保障局：

为贯彻落实《关于进一步完善医疗救助制度的实施意见》（市政办发〔2015〕131号）、《关于调整白银市城乡居民医疗救助兜底政策和基本医保报销政策的通知》（市政办发〔2019〕44号）和《关于做好医疗救助政策调整经办管理工作的通知》（甘医保函〔2019〕65号）、《关于贯彻落实〈健康扶贫验收标准及验收判定说明〉的通知》（甘医保函〔2019〕68号）等文件精神，进一步做好我市贫困人口医疗救助“一站式”结算服务工作，经市政府同意，决定对全市近期住院医疗救助相关政策进行统一规范。现就有关事项通知如下：

一、规范界定“一站式”即时结算医疗救助对象和住院救助标准

（一）“一站式”即时结算医疗救助对象

1. 特困供养人员；
2. 最低生活保障家庭成员；
3. 建档立卡贫困人口。

（二）住院医疗救助标准

符合条件的医疗救助对象经基本医疗保险、大病保险报销后政策范围内的自付费用，按照以下比例和年度限额进行救助（详见下表）。

住院救助对象及救助标准表

救助对象	普通疾病			重特大疾病		
	起付标准 (元)	救助比例 (%)	年度限额 (万元)	起付标准 (元)	救助比例 (%)	年度限额 (万元)
特困供养人员	0	95	3	0	95	6
低保对象	0	70	3	0	80	6
建档立卡贫困人口	0	70	3	0	80	6

1. 对属于建档立卡贫困人口的特困供养人员按照“就高不就低”的原则实施救助，不得重复救助。

2. 对会宁县、靖远县2个省定深度贫困县的建档立卡贫困人口，经基本医疗保险、大病保险报销后，患普通疾病住院的个人自付政策范围内费用在70%的救助比例基础上提高5%，年度限额为3万元；重特大疾病住院的个人自付政策范围内费用

在 80%的救助比例基础上提高 5%，年度限额为 6 万元。

3. 对不符合转诊规定异地就医的参保人员（包括低保对象、特困供养人员、建档立卡贫困人口）由个人先全额结算医疗费用后，再回参保地医保经办机构手工结报。其中，医疗救助对象基本医疗保险和大病保险报销比例按照普通参保人员待遇给予报销。

4. 明确重特大疾病医疗救助病种范围。将国家卫生健康委办公厅、民政部办公厅、国务院扶贫办综合司、国家医疗保障局办公室《关于进一步加强农村贫困人口大病专项救治工作的通知》（国卫办医函〔2018〕830 号）明确的 21 种重大疾病病种纳入重特大疾病医疗救助范围。即儿童先心病（儿童单纯性先天性心脏病、儿童复杂性先天性心脏病）、儿童白血病（儿童低危急性淋巴细胞白血病、儿童中高危急性淋巴细胞白血病）、胃癌、食道癌、结肠癌、直肠癌、终末期肾病、肺癌、肝癌、乳腺癌、宫颈癌、急性心肌梗死、白内障、尘肺（尘肺病Ⅰ期、尘肺病Ⅱ期、尘肺病Ⅲ期）、神经母细胞瘤（感觉神经母细胞瘤（M95220/3）、嗅神经母细胞瘤（M95220/3））、儿童淋巴瘤、骨肉瘤、血友病、地中海贫血、唇腭裂、尿道下裂。

二、细化完善医疗救助制度

（一）统一医疗救助经办管理。医疗救助资金管理方式不变，仍由各县（区）按原渠道管理和拨付。各县（区）医疗保

障行政部门要主动加强与民政、财政等部门的沟通衔接，对当年医疗救助资金筹集和结余进行全面算账，并根据上年度医疗救助资金使用情况提出资金使用分配方案，按照分配方案和比例向各级定点医疗机构预拨医疗救助资金，按月或季度进行结算，年底统一清算。确保县域内基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式”即时结算服务落实到位。

（二）打通医疗救助资金支付渠道。为确保所辖县区符合条件的医疗救助参保患者在市域内各级定点医疗机构都能享受到“一站式”即时结算服务，各县（区）医疗保障行政部门要及时与市域内各级定点医疗机构签订医疗救助“一站式”即时结算服务协议，定期与定点医疗机构结算医疗救助资金。

（三）加强部门协作和信息共享。各县（区）医保部门要进一步加强与民政、扶贫、大病保险承办机构等部门的沟通和协作，及时、全面、准确的掌握医疗救助对象信息，为基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式”信息平台提供数据支撑，实现资源协调、信息共享、结算同步，切实提升“一站式”信息平台管理和服务水平。

（四）全面实行“一站式”即时结算服务。各县（区）医疗保障行政部门要按照《关于做好医疗救助政策调整经办管理工作通知》（甘医保函〔2019〕65号）要求，依托全省医疗救助信息系统和定点医疗机构服务窗口，进一步简化审核审批流程，加快结算进度，确保困难群众能够及时享受到各项医疗保障服务，实现基本医疗保险、大病保险和医疗救助“一站式”

即时结算。同时，各县（区）要加大督促检查力度，确保辖区内所有定点医疗机构于4月底前完成医院HIS系统配置及接口改造任务。

三、持续强化医疗救助服务监管

各县（区）医疗保障行政部门与各级定点医疗机构签订医疗救助委托合作协议时，要明确服务内容、服务质量、费用结算及双方责任义务，并会同财政、卫生健康等部门及商业保险机构做好对医疗服务行为的监督管理，严格防控不合理医疗行为和费用。对不按规定提供用药、诊疗及医疗服务所发生的费用，医疗救助基金不予结算，由定点医疗机构自行承担。对违反合作协议，造成医疗救助资金流失或浪费的，要终止定点合作协议，取消定点医疗机构资格，并视情节轻重追究相关人员责任。对涉嫌犯罪的，依法移送同级公安机关或者纪检监察机关。

四、广泛宣传医疗救助政策

各县（区）要充分利用广播、电视、报纸等新闻媒体和网络平台，加大对医疗救助政策的宣传普及力度，确保广大群众能够知晓政策、理解政策、掌握政策、运用政策。基本医保管理经办机构、定点医疗机构要通过设置政策公示牌、宣传展架、业务咨询台和发放宣传单等方式，建立医疗救助患者告知制度，及时回应社会关切，为医疗救助政策顺利实施营造良好的社会氛围。

本《通知》自2019年4月29日起执行，各县（区）医疗救助

政策与本《通知》不一致的，以本《通知》为准。省、市医疗救助政策若有调整，按调整后的政策执行。

