



重庆市巴南区人民政府办公室 关于印发巴南区健康扶贫医疗救助工作 实施方案的通知

巴南府办发〔2018〕186号

各镇人民政府、街道办事处，区政府各部门，有关单位：

《巴南区健康扶贫医疗救助工作实施方案》已经区政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

重庆市巴南区人民政府办公室

2018年10月21日

（此件公开发布）



巴南区健康扶贫医疗救助工作实施方案

为认真贯彻落实《重庆市农村贫困人口健康扶贫医疗基金使用管理办法（试行）》（渝扶办发〔2018〕20号）、《重庆市扶贫开发办公室关于“精准脱贫保”参保工作的通知》（渝扶办发〔2018〕1号）、《重庆市扶贫开发办公室关于“精准脱贫保”参保工作的补充的通知》（渝扶办发〔2018〕8号）、《重庆市扶贫开发办公室重庆市卫生和计划生育委员会关于开展健康扶贫医疗救助“一站式”结算工作的通知》（渝扶办发〔2018〕50号）等文件要求，按照“既不降低标准，又不吊高胃口”的原则，结合巴南区实际，特制定本方案。

一、救助对象

全国扶贫开发信息系统内重庆市巴南区建档立卡贫困人口，2014年以来脱贫人口——不含信息系统中标注为已脱贫（不再享受政策）的人员——在脱贫攻坚期内继续享受救助政策。

二、定点机构

各镇街（中心）卫生院、社区卫生服务中心及其分院，区属各定点医疗单位，市内各医保定点医疗机构。

三、救助标准

（一）贫困人口医疗救助基金：贫困人口在医保定点医疗机

构单次就医产生的医保目录内经城乡居民医保、大病保险、民政医疗救助及民政扶贫济困基金救助后个人承担的自付医疗费用，实行分段救助。救助标准为：自付 1000 元（含）—1 万元（不含）部分，按照 70%比例予以救助；自付 1 万元（含）—5 万元（不含）部分，按照 85%比例予以救助；自付 5 万元（含）以上部分，按照 95%比例予以救助。每人每年最高救助额度不超过 20 万元。

（二）精准脱贫保：

1.贫困人口住院产生的费用经城乡居民医保、大病保险、民政医疗救助及民政扶贫济困基金救助、贫困人口医疗救助基金救助后（以上四项政策为保险报销前置条件，但非必要条件，下同）自己承担部分达到或高于 1000 元，且合规医疗费用（目录外费用占总费用比例不超过 10%），由精准脱贫保对本次住院产生的个人自付超过总费用（含医保目录内、外）10%的部分予以全额兜底报销。

2.因慢性病、重特大疾病（见附件）产生的门诊医疗费用，不设起付线；除慢性病和重特大疾病外的其它门诊医疗费用不纳入赔付。对贫困人口因慢性病、重特大疾病门诊产生的合规医疗费用（目录外费用占总费用比例不超过 10%），经城乡居民医保、大病保险、民政医疗救助及民政扶贫济困基金救助、贫困人口医疗救助基金救助后，个人自付超过总费用（含医保目录内、外）20%的部分，由精准脱贫保险予以全额兜底报销。



3. 保险公司应赔金额=单次就诊合规医疗费用-城乡居民医保报销金额-大病保险报销金额-民政医疗救助及民政扶贫济困基金救助金额-贫困人口医疗救助基金救助金额-贫困户个人自己承担金额(单次住院总合规医疗费用的 10%或单次慢性病和重特疾病门诊总合规医疗费用的 20%)。

(三) 区级医疗救助保障: 对贫困人口经城乡居民医保、大病保险、民政医疗救助及民政扶贫济困基金救助、贫困人口医疗救助基金救助、精准脱贫保“一站式”结算后, 未达至救助标准(贫困人口住院就医自付比例仍超过 10%, 慢病和重特大疾病患者门诊自付比例仍超过 20%的部分) 由区级医疗救助政策兜底。我区贫困人口医疗救助基金在市级统筹的基础上由区财政统筹补足、补齐。

四、结算流程

(一) 救助费用按月利用市级医保结算平台实现城乡居民医保、大病保险、民政医疗救助及民政扶贫济困基金救助、贫困人口医疗救助基金救助、精准脱贫保“一站式”结算。每月 5 日前, 结算平台将上月应救助费用清单按照救助对象属地原则交区卫生计生委, 经审核后于当月底前, 会同区财政局分类支付、划转相关救助款项。结算前, 由就诊医疗机构对应当由基金报销的部分进行垫付。

(二) 符合救助条件的贫困人口到区内定点医疗机构就医时, 只需缴纳个人应当承担的部分, 其余符合救助报销政策的费

用由医疗机构先行垫付后，由区卫生计生委和精准脱贫保承办机构按照对应救助报销政策与医院按月结算。对因不能使用基本医保卡等原因在市内定点医疗机构就医无法实现一站式结算的，可在事后凭有效票据到户籍所在地的定点医疗机构申请报销。贫困人口在市外就医产生的医疗费用，可在事后凭有效票据到户籍地定点医疗机构申请城乡居民医保、大病保险、民政医疗救助及民政扶贫济困基金救助、扶贫医疗救助、精准脱贫保和区级医疗救助。贫困人口因个人未参加城乡居民医保等原因导致城乡居民医保、大病保险等不能报销时，经办部门（机构）应当视作城乡居民医保、大病保险已报销，在扣除城乡居民医保报销金额后予以救助。各经办部门（机构）不得以任何理由拒绝或拖延办理应报销费用。

（三）区级医疗救助兜底保障部分，由定点医疗机构在“一站”结算后，由医院垫付，每月5日前医疗机构汇总上报区卫计委，经区卫计委、区扶贫办审核后，报区财政部门拨付到各定点医院。

五、基金管理

我区的农村贫困人口医疗救助基金在市级统筹的基础上由区财政补足、补齐，基金的使用管理由区卫生计生委牵头，区扶贫办、区财政局、区人力社保、区民政局等部门配合，确保救助人群和救助政策的有效衔接；各部门要细化日常管理办法，建立部门协作机制。加强对基金使用的监督管理，严格政策把关，正



确引导预期，既要切实减轻贫困人口实际医疗费用负担，又要避免“福利化”倾向。对骗取、套取救助资金的医疗机构和个人，除追回资金外，还将依法依规追究有关人员责任。

六、责任落实

建立扶贫医疗救助部门协调机制，区扶贫办负责救助对象的审核把关、对救助工作进行监督；区财政局负责基金支付、划转等工作；区卫生计生委负责大病医疗救助基金的使用管理、按规定实施健康扶贫医疗救助、医疗行为监督、医疗费用管控等工作；区人力社保局负责做好城乡居民医保、大病保险费用审核、医保结算平台管理，配合做好“一站式”结算工作；区民政局负责落实民政救助相关政策，配合做好相关工作；区扶贫办负责“精准脱贫保”的实施；各镇街和医疗机构负责政策宣传解释。

七、医疗管控

各级各类医保定点医疗机构要做好“一站式”结算服务工作，设置贫困人口就医综合服务窗口并做好政策宣传。全面落实农村贫困住院患者区域内“先诊疗后付费”制度。大病集中救治定点医院要对贫困大病患者开通就医绿色通道。各医疗机构应严格控制入院指征，严禁空床、挂床住院，加强医疗服务质量控制，严格管控医疗费用，优先选择基本医保目录内的安全有效、经济适宜的诊疗技术、药品和耗材，贫困人口住院及门诊治疗目录外医疗费用比例原则上控制在 10% 以内。各医疗机构不得以任何理由向贫困人口收取应当由救助基金、保险机构、专项基金支付的医

疗费用，不得拒绝或变相拒绝收治贫困患者。本区户籍贫困患者就诊必须严格按照分级诊疗制度（危、急、重症患者除外）由镇街（中心）卫生院、社区卫生服务中心首诊，根据病情逐级转诊至区级定点医疗机构，经区级各相关疾病专家组讨论无法完成救治的，再转入指定上级医疗机构的方式进行救治救助，并由转诊医疗机构向区卫计委备案，方能享受区级医疗救助政策。市外就医的，原则上每年12月20日前向户籍所在地镇街卫生机构申报医疗救助，提交医疗发票或医保报销单据。由镇街医疗机构将医疗费用情况导入“一站式”结算平台，自动生成医疗救助金额和“精准脱贫保”赔付金额，分别汇总报区卫生计生委和区扶贫办。区扶贫办负责贫困人口身份确认，并督促“精准脱贫保”承保机构理赔到人。

附件：慢性病、重特大疾病病种

附件

慢性病、重特大疾病病种

1.慢性疾病：高血压病（1级高血压中高危和很高危、2级



高血压、3级高血压)；糖尿病1型、2型；冠心病；精神分裂症、心境障碍(抑郁狂躁症)、偏执型精神障碍；肝硬化(失代偿期)；系统性红斑狼疮；脑血管意外后遗症(脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血后遗症)；结核病；风湿性心瓣膜病；类风湿性关节炎；慢性肺源性心脏病；慢性支气管炎伴阻塞性肺气肿；甲亢；慢性乙型肝炎病毒(HVB)感染。

2.重特大疾病：血友病；再生障碍性贫血；恶性肿瘤的放(化)疗和晚期的镇痛治疗；肾功能衰竭的门诊透析治疗；肾脏、肝脏、心脏瓣膜、造血干细胞移植术后的抗排异治疗；严重多器官功能衰竭(心、肝、肺、脑、肾)；艾滋病机会性感染；唇腭裂；儿童白血病；地中海(中重型)贫血；慢性髓性白血病；胃肠间质瘤；耐药结核病；苯丙酮尿症；非小细胞癌。