

兴安盟医疗保障局

兴安盟民政局

兴安盟财政局

兴安盟卫生健康委员会

文件

国家税务总局兴安盟税务局

兴安银保监分局

兴安盟乡村振兴局

兴医保发〔2021〕93号

关于印发《兴安盟巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施 方案》的通知

各旗县市医疗保障局、民政局、财政局、卫生健康委员会、国家税务总局各旗县市区税务局、乡村振兴局：

现将《兴安盟巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村

振兴战略的实施方案》印发给你们，请认真抓好贯彻落实。

附件：《兴安盟巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施方案》



兴安盟医疗保障局



兴安盟民政局



兴安盟财政局



兴安盟卫生健康委员会



国家税务总局
兴安盟税务局



兴安
银保监局



兴安盟乡村振兴局

2021年11月25日

附件

兴安盟巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果 有效衔接乡村振兴战略的实施方案

为深入贯彻落实党中央、国务院关于实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的决策部署和自治区党委、政府、盟委、行署有关精神，根据内蒙古自治区医疗保障局 民政厅 财政厅 卫生健康委员会 税务局 银保监局 乡村振兴局《关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施方案》（内医保密〔2021〕6号）要求，结合实际，现就我盟巩固医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略，制定如下实施方案。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中、六中全会精神，坚持以人民为中心，在脱贫攻坚目标任务完成后，对摆脱贫困的旗县在规定的5年过渡期内，认真落实“四不摘”要求，分阶段、分对象、分类别、分步骤优化调整相关政策。健全防范化解因病返贫致贫长效机制，逐步实现由集中资源支持脱贫攻坚向统筹基本医保、大病保险、医疗救助三重制度常态化保障平稳过渡。坚持问题导向、目标导向，围绕解决农村牧区居民最关心、最直接、最现实的医疗保障问题，加快补齐民生短板。在坚持医保制度普

惠性保障功能的同时，增强对困难群众基础性、兜底性保障。坚持尽力而为、量力而行，既要应保尽保，又要防止泛福利化倾向，实事求是确定农村牧区居民医疗保障标准。健全多层次医疗保障体系，夯实基本保障制度基础，完善三重制度综合保障政策，提升医疗保障公共管理服务水平，助力乡村振兴战略全面推进，扎实推动共同富裕，不断增强农村牧区参保群众获得感、幸福感、安全感。

二、巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果，完善脱贫人口待遇保障政策

（一）优化调整脱贫人口医疗救助资助参保政策。根据脱贫人口实际困难，统筹完善居民医保分类资助参保政策。2022年，医疗救助对特困人员、孤儿、低保对象、返贫致贫人口、已脱贫享受政策人员参加基本医疗保险个人缴费部分给予全额资助。2023-2025年，医疗救助对特困人员、孤儿参加基本医疗保险个人缴费部分给予全额资助，对返贫致贫人口按参加基本医疗保险个人缴费部分的80%予以资助，对低保对象、纳入农村牧区低收入人口监测范围的脱贫不稳定人员和边缘易致贫人员，按参加基本医疗保险个人缴费部分的70%予以资助。未纳入农村牧区低收入人口监测范围的稳定脱贫人口，按标准退出，不再享受医疗救助资助参保政策。

参保缴费期过后,新纳入的应资助的未参保对象,个人参保缴费部分、四级财政补助由所属旗县市财政按照上述全额、定额规定给予补助。

(二)分类调整医疗保障扶贫倾斜政策。基本医保实施公平普惠保障政策。在逐步提高大病保障水平基础上,大病保险继续对特困人员、低保对象、返贫致贫人口实施倾斜支付。引导医疗机构提供合理、必要的医疗服务。对不属于特困人员、低保对象和返贫致贫人口的脱贫人口取消脱贫攻坚期大病保险倾斜政策,转为按规定享受基本医疗保险和普通大病保险待遇。

(三)坚决治理医保扶贫领域过度保障政策。全面清理存量过度保障政策,取消不可持续的过度保障政策,杜绝新增待遇加码政策,实现居民基本医疗保险盟级统筹区内政策统一、待遇普惠。根据中共兴安盟委员会、兴安盟行政公署印发《关于实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的实施意见》的通知(兴党发〔2021〕11号)精神,取消我盟脱贫攻坚期健康扶贫财政兜底保障措施,确保医疗救助有效衔接、待遇平稳过渡、基金收支平衡。

三、有效衔接实施乡村振兴战略,合理确定农村居民医疗保障待遇水平

(一)确保农村低收入人口应保尽保。落实参保动员主体责任,重点做好脱贫人口参保动员工作。加强与民政、乡村振兴等部门信息共享,根据有关部门确认的农村牧区低收入人口信息,

医保部门健全农村牧区低收入人口参保台账，确保纳入资助参保范围且核准身份信息的特困人员、低保对象、脱贫不稳定人员和边缘易致贫人员动态纳入基本医疗保险覆盖范围。对已实现稳定就业的脱贫人口，引导其依法依规参加职工基本医疗保险。做好农村牧区低收入人口参保和关系转移接续工作，跨区域参保关系转移接续以及非因个人原因停保断保的，原则上不设待遇享受等待期，确保待遇接续享受。

（二）增强基本医疗保险保障功能。完善城乡居民基本医疗保险制度，巩固住院待遇保障水平，县域内政策范围内住院费用支付比例总体稳定在75%左右。巩固门诊统筹制度，完善门诊慢特病和门诊特殊用药保障政策，优化高血压、糖尿病（简称“两病”）门诊用药保障机制，确保“两病”患者用药保障和健康管理全覆盖，切实降低“两病”并发症、合并症风险。

（三）提高大病保险保障能力。巩固大病保险保障水平，在全面落实大病保险普惠待遇政策基础上，2022-2025年，大病保险继续对特困人员、低保对象、返贫致贫人口实施倾斜政策，起付标准降低50%，支付比例提高5个百分点，取消年度最高支付限额。

（四）夯实医疗救助托底保障

1、人员认定：

（1）特困人员、低保对象，由民政部门提供。

（2）返贫致贫人口、脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口，由乡村振兴部门提供。

2、救助政策:

完善统一规范的医疗救助制度，严格执行基本医保“三个目录”规定，原则上在年度救助限额内，特困人员、孤儿政策范围内个人自付住院医疗费用通过医疗救助给予全额救助；低保对象、返贫致贫人口政策范围内个人自付住院医疗费用救助比例70%；脱贫不稳定人员和边缘易致贫人员等政策范围内个人自付住院医疗费用救助比例65%。统筹加大门诊慢特病救助保障，门诊和住院救助共用年度救助限额。

四、建立防范化解因病返贫致贫长效机制

(一)做好因病返贫致贫风险监测。依托农村牧区低收入人口监测平台，建立健全防范化解因病返贫致贫的主动发现机制、动态监测机制、信息共享机制、精准帮扶机制。开展常态化监测，在过渡期全面覆盖脱贫人口，重点监测农村牧区低收入人口，包括民政和乡村振兴部门认定的具有明确身份标识的特困、低保、脱贫不稳定人员和边缘易致贫人员、因病刚性支出较大导致基本生活出现严重困难人员等。

(二)分类明确预警监测标准。民政、乡村振兴、卫生健康、医保等相关部门要协同配合，做好因病刚性支出较大导致基本生活出现严重困难人员的监测预警、主动发现以及信息共享工作。根据个人年度医疗费用支出情况，由各旗县市根据实际情况建立主动发现机制，对经基本医保、大病保险、医疗救助、商业保险等支付后，个人负担较重的参保人员开展监测，民政、乡村振兴

等部门负责做好相应农村牧区低收入人口身份认定和信息共享。属于特困、低保等纳入兜底保障的脱贫人口，年度医疗费用经基本医保、大病保险、医疗救助、商业保险等支付后，个人累计负担超过我盟农村牧区常住居民上年人均可支配收入的50%的，纳入因病返贫监测。属于低收入人口、脱贫不稳定人员、边缘易致贫人员或因病刚性支出较大导致基本生活出现严重困难的脱贫人员，年度医疗费用经基本医保、大病保险、医疗救助、商业保险等支付后，个人累计负担超过我盟农村牧区常住居民上年人均可支配收入，开展因病致贫监测。

分类实施依申请救助机制。对于监测发现的**存在因病返贫致贫风险对象**，要根据其对应的身份类别，及时启动救助程序。特困人员、低保对象按政策给予医疗救助。对于低收入家庭成员、脱贫不稳定人员、边缘易致贫人员以及因病刚性支出较大导致基本生活出现严重困难的**患者**，需按规定提出申请，由民政、乡村振兴部门按程序审核确认其救助对象身份类别后，按规定享受相应政策，防止因病返贫致贫。

各旗县市要加强动态监测，及时预警，提前介入，跟进落实帮扶措施。健全引导社会力量参与减贫机制，鼓励商业健康保险和医疗互助发展，不断壮大慈善救助，形成对基本医疗保障的有益补充。

五、推进医疗保障和医疗服务高质量协同发展，整体提升农村牧区医疗保障和健康管理水平

（一）提升农村牧区经办管理服务能力。依托统一的医疗保障经办管理体系，重点加强农村地区医保经办能力建设，大力推进服务下沉。继续实行县域内先诊疗后付费制度，做好参保人员盟内基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式”服务。基本实现异地就医备案线上办理，稳步推进门诊费用跨省直接结算工作。

（二）补齐农村牧区医疗卫生服务供给短板。农村牧区低收入人口在自治区范围内按规定转诊并在定点医疗机构就医，住院起付线连续计算，执行参保地同等待遇政策。将符合条件的“互联网+”诊疗服务按程序纳入医保支付范围，提高优质医疗服务可及性。加强基层医疗卫生机构能力建设，探索对紧密型医疗共同体实行总额付费，加强监督考核。引导医疗卫生资源下沉，整体提升农村牧区医疗卫生服务水平，促进城乡资源均衡配置。

（三）综合施策合力降低看病就医成本。推动药品集中带量采购采购工作制度化、常态化发展，落实好医保资金结余留用、医保基金直接结算等配套措施。严格执行国家医保药品目录，落实国家高值医用耗材基本医保准入制度，完善我盟高值医用耗材管理。做好医保协议管理，持续推进支付方式改革，配合卫生健康部门规范诊疗管理。严格把握医疗救助对象住院指征和基本医保目录外费用比例，三级医疗机构控制在15%以内，二级医疗机构控制在10%以内，一级医疗机构控制在5%以内，对超目录外费用由医疗机构承担，医保基金不予支付。

(四) 引导实施合理诊疗促进有序就医。继续保持基金监管高压态势，加快推进医保智能监管子系统落地应用，完善举报奖励机制，切实压实盟市、旗县两级监管责任，加大对诱导住院、虚假医疗、挂床住院等行为打击力度。规范医疗服务行为，引导居民有序合理就医。全面落实异地就医就医地管理责任，优化异地就医结算管理服务。建立健全医保基金监督检查、信用管理、综合监管等制度，推动建立跨区域医保管理协作协查机制。

六、组织实施

(一) 加强组织领导。要充分认识巩固拓展医保脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的重大意义，切实将思想和行动统一到盟委、行署工作要求上来。各级各部门要落实主体责任，强化工作力量、组织保障、制度资源等方面的统筹衔接。

(二) 加强部门协同。医保部门负责统筹推进巩固拓展医保脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的制度、机制建设，抓好政策落实。民政、乡村振兴等部门负责做好相应农村牧区低收入人口身份认定，定期做好人员信息比对和信息共享。财政部门负责做好资金投入保障。卫生健康部门做好基层医疗卫生服务能力和医疗机构行业管理。税务部门协同做好费款征收工作。银保监部门规范商业健康保险发展。

(三) 加强运行监测。加强脱贫人口医保帮扶政策落实和待遇享受情况监测，重点对国家乡村振兴重点帮扶县或巩固拓展脱贫攻坚任务较重的旗县开展重点监测。做好与农村牧区低收入人

口数据库的信息比对和信息共享，健全农村牧区低收入人口医保综合保障信息台账，定期加强信息动态管理，及时跟踪政策落实、待遇享受情况，做好因病返贫致贫风险预警和相关政策的督导落实。

各旗县市要加强政策解读，做好宣传引导，营造良好舆论氛围。贯彻落实情况要向有关部门反馈，重大问题及时报告。原有政策规定与本方案不一致的，按本方案执行。

