

赤峰市卫生和计划生育委员会
赤峰市扶贫开发办公室
赤峰市人力资源和社会保障局
赤峰市财政局

文件

赤卫计发〔2018〕39号

印发《关于规范和改进
健康扶贫工作的指导意见》的通知

各旗县区人民政府：

经赤峰市人民政府同意，现将《关于规范和改进健康扶贫工作的指导意见》印发给你们，请遵照执行。

赤峰市卫生和计划生育委员会



赤峰市扶贫开发办公室



赤峰市人力资源和社会保障局



赤峰市财政局



2018年8月15日

(公开形式：不予公开)

赤峰市卫生和计划生育委员会

2018年8月15日印发



关于规范和改进健康扶贫工作的指导意见

我市健康扶贫工作开展以来，各旗县区按照市委、市政府的统一部署，扎实工作，开拓创新，整体工作取得了一定实效，但在实施过程中也出现了一些新问题、新矛盾。为进一步规范和改进全市健康扶贫工作，确保贫困人口基本医疗有保障和医保基金安全，制定本指导意见。

一、不折不扣地落实好国家和自治区健康扶贫工作硬性要求

1. 贫困人口参保个人缴费由财政给予补贴，确保贫困人口100%参保。
2. 基本医保和大病保险报销执行“两升两降”（起付线各降50%，报销比例各提高5%）政策。
3. 建立兜底保障机制，确保贫困人口住院医疗费用个人实际报销比例提高到90%，大病、特殊慢性病、长期慢性病门诊医疗费用个人实际报销比例提高到80%。
4. 贫困人口住院就医实行县域内先诊疗后付费和一站式即时结算。
5. 贫困人口脱贫不脱政策。
6. 针对14种大病实施集中救治；为贫困慢性病患者提供送医送药服务。

二、采取措施保障医保基金安全

7. 在当前形势下，针对全市医保基金面临透支风险，为调

动各级积极性，促进日常管理和基金筹措，医保透支必须在县域内自求平衡，由健康扶贫带来的支出压力要自行消化。在按审批额度利用医保结余基金补充的基础上，不足部分由各旗县区政府通过多种方式筹集解决，不允许发生对城乡居民（包括贫困人口）和定点医疗机构的拖欠。

8. 优化差异化医保报销政策，引导城乡居民到基层医疗机构就医。城乡居民在苏木乡镇卫生院（社区卫生服务中心）以及其它一级医院住院，基本医疗保险报销比例提高 5 个百分点；在市级三级医院住院医药费用在 9000 元以下的，基本医疗保险报销比例降低 5 个百分点。

9. 依法打击欺诈骗保行为，防范医保基金“跑冒滴漏”。医保部门要加强医保智能监控、强化定点医疗机构协议管理、开展巡回检查和现场稽核。根据床位规模合理核定和支付其总额费用，对伪造住院病历、私刷患者医保卡和随意减免医保个人支付费用的，一经查实坚决取消其定点医疗机构资格，并依法依规严肃处理。

三、优化和调整我市健康扶贫相关政策

10. 明确贫困人口参保个人缴费财政补贴标准。各旗县区财政补贴不低于 30%，确保参保率达到 100%。

11. 调整贫困人口基本医保倾斜政策。将基本医保和大病保险“两升两降”报销政策调整到起付线各降 50%，报销比例各提高 5%。定额管理的门诊慢性病支付比例在 70%的基础上提高 10%。门诊观察支付比例在 50%的基础上提高 10%。

12. 完善优化慢病签约服务管理政策。未纳入城乡居民基本医保定额管理的贫困患者慢性病种，由健康扶贫兜底保障资金予以报销，单次报销比例 80%，年内 2000 元封顶。通过集中救治后进入恢复期或康复期的贫困患者，及时纳入慢病签约服务管理，享受慢病签约服务管理政策。

13. 优化住院贫困患者兜底政策。对重特大疾病贫困患者住院医疗费用予以兜底保障。对非重特大疾病贫困患者住院医疗费用予以合理保障，具体保障标准按自治区优化调整后政策执行。

14. 调整贫困人口免费健康体检政策。免费健康体检范围调整为高血压、糖尿病、结核病和严重精神障碍患者等重点人群。

四、严格贫困人口就医管理，合理调控病人流向，控制费用不合理增长

15. 落实分级诊疗和转诊备案制度。按照“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的原则，贫困人口住院（急诊除外），要由签约服务团队评估提出就医的指导性意见，首诊在苏木乡镇卫生院（社区卫生服务中心），需转往旗县级医疗机构住院治疗的，由苏木乡镇卫生院（社区卫生服务中心）出据转诊意见，确需转诊到市及以上医疗机构住院治疗的，需经当地旗县级医院出具转诊意见，并在同级医保部门备案。对未经评估在苏木乡镇卫生院（社区卫生服务中心）首诊或自行到上级医疗机构住院治疗的贫困患者，基本医疗保险和大病保险

各段报销比例降低 20%，同时不再享受兜底保障政策，对收治医疗机构在年终考核时依据协议进行处罚。对伪造转诊手续后给予报销的，贫困患者不再享受健康扶贫兜底保障政策，医疗机构自行负责兜底保障费用。对于出院时恶意拖欠自付部分费用的贫困患者，原则上不再享受健康扶贫兜底保障政策。

16. 进一步规范医疗机构诊疗行为。

医保部门负责每季度对各级定点医疗机构住院病历进行检查和审核、随机抽查贫困患者住院治疗情况，发现无住院指征住院、挂床住院的，不予支付医保报销费用；对随意延长住院日和小病大治等过度医疗增加的医保报销费用，要予以扣除，做到因病施治、合理检查，合理用药。

由卫生计生部门牵头全面执行健康扶贫政策。一是控制基本医保目录外费用比例，二级医疗机构目录外费用比例不得超过 5%、三级医疗机构目录外费用比例不得超过 10%，超出部分不予报销，由医疗机构自行承担。二是落实处方点评制度，医疗机构按照《医院处方点评管理规范》的要求，成立处方点评工作小组，每月开展一次处方点评，并确保病房医嘱单抽样率不少于 1%、绝对数不少于 30 份，发现不合理用药问题，严厉处罚。三是把贫困患者住院全部纳入临床路径管理，其他住院患者要严格执行二、三级医院临床路径管理分别达到出院病人数 75%和 60%的医改要求。

17. 完善支付方式改革。落实自治区要求推行的 150 种单病种付费工作。继续推进按疾病诊断组付费（DRGs）、按人头

付费、按床日付费等多种付费方式。开展在医共体内总额付费。

18. 探索预约住院新模式。非紧急情况需住院治疗的贫困患者，在医院床位有限的情况下，探索贫困患者预约住院，缓解短期贫困人口就医人数过快增长给医疗机构和医保基金带来的压力。

19. 强化绩效考核。各旗县区要落实好《赤峰市基层医疗卫生单位绩效考核工作指导意见》，由卫生计生、人社、财政等部门联合对基层医疗卫生单位进行考核，严格兑现奖惩；基层医疗卫生单位对医务人员进行考核，严格落实绩效工资和奖励性二次绩效分配制度，有效调动基层医疗卫生单位和工作人员的积极性。

五、多方筹措资金，保障健康扶贫工作有序推进

20. 旗县区财政要加大健康扶贫工作资金投入力度。确保贫困人口参保个人缴费补贴、重点人群免费体检费用、建立兜底保障基金等资金投入落实到位。

21. 认真贯彻落实内蒙古自治区人民政府《关于进一步加强扶贫资金管理使用意见》（内政发〔2018〕21号）文件要求，自治区及以下财政安排的扶贫专项资金、以奖代补资金以及其它扶贫资金，可用于健康扶贫，额度不得超过各地兜底保障、参保补贴、健康体检、商业保险等总投入的50%；京蒙对口帮扶资金尽量向健康扶贫倾斜。

22. 广泛动员社会力量，借鉴林西县、敖汉旗和松山区募捐做法，扩大健康扶贫兜底保障资金筹资渠道。

本意见涉及医保报销政策调整的执行时间为 2018 年 10 月 1 日。

各地区、各部门要进一步统一思想,深刻认识健康扶贫工作的重要性和紧迫性,进一步加强组织领导,创新工作方法,加大工作力度,确保健康扶贫可持续发展。

附件：全市健康扶贫工作推进情况

全市健康扶贫工作推进情况

一、基本情况

(一) 贫困人口基本情况。截至 2017 年末，我市还有贫困人口 134741 人，其中因病致贫人口 71266 人，占贫困人口总数 52.89%，患病人数 40518 人，占因病致贫人口的 56.85%。2018 年，享受城乡居民基本医疗保险倾斜政策待遇人员 565361 人。

(二) 贫困人口住院情况。2018 年上半年与 2017 年上半年同比，所有人员、普通人群和贫困人口住院率分别增长了 1.81、0.27 和 12.33 个百分点；住院人次分别增长了 20.51%、6.05%和 76.23%。贫困人口住院出现明显增长。2018 年上半年，所有人员、普通人群和贫困人口患者年重复住院所占的比例分别为 36.06%、32.92%和 39.84%，没有显著差距。2018 年上半年，在市外医院、市级医院、旗县级医院、卫生院住院占比分别为 1.38%、8.78%、63.35%和 26.49%，县域内就诊率达到 89.84%，比 2017 年提高了 6.05 个百分点。说明贫困人口县域内就医控制的较好。

(三) 医疗机构诊治情况。2018 年上半年与 2017 年上半年同比，全体城乡居民、普通人群、贫困人口次均住院费用分别增长了 7.81%、8.44%和 9.73%，均在 10%以内的合理增长范围内；次均住院费用分别为 6338.88 元、6529.65 元和 5850.7

元，贫困人口低于普通人群 678.95 元、10.4 个百分点；平均住院日分别为 9.9 天、9.3 天和 10.9 天，贫困人口高于普通人群 1.6 天（与今年开展大病集中救治有关）。贫困人口不具备住院指征住院占贫困住院患者的 0.30%，说明“无病保养蹭政策”现象个别存在。

（四）医保基金收支情况。2018 年全市城乡居民参保 3398890 人，年人均筹资标准 700 元，年内基金收 237922 万元，预计支出 276797 万元，预计超支 3.9 亿元。截至 2017 年底，全市城乡居民基本医保累计滚存结余基金 82618 万元。

（五）财政资金投入情况。2018 年全市健康扶贫预计总投资 24498.99 万元，其中 12 个旗县区共建立兜底保障资金 17058.57 万元、贫困人口体检投入 1552.15 万元、购买商业健康补充保险 1795.92 万元、参保补贴投入 4092.35 万元。总投资较 2017 年增加了 869.05 万元，但各旗县区财政投入减少了 3185 万元。

（六）落实国家和自治区健康扶贫政策情况。一是对贫困人口参保费用进行补贴。2018 年个人缴费标准为 210 元，各地自行制定补贴标准，目前除克旗没有落实补贴政策外，全市共计投入资金 4092.35 万元。二是落实城乡居民基本医保“两升两降”政策。各旗县区均执行了基本医保和大病保险起付线降低 50%，报销比例分别提高 10 个百分点和 5 个百分点。定额管理的门诊大病和慢病，提高 20 个百分点的医保倾斜政策。三是推进“三个一批”工作落实。**大病集中救治方面，通**

过精准识别，共确定 14 种大病患者 1816 人，其中 2017 年 9 种，共计 1177 人；2018 年新增 5 种，共计 639 人。2017 年救治率 86.94%，达到了 85% 的要求，2018 年底将全部救治完毕。2018 年开始对新增加的 5 种大病实施集中救治，要求到 2019 年底实现全部救治完毕，目前正在积极救治之中。**慢病签约服务方面**，我市对贫困人口发病率较高的 12 种慢性病实施了临床路径化管理，目前已对 108817 人次开展了“送医送药上门”服务，门诊费用报销比例达到了 95.06%。到 2018 年 7 月末，红山区、松山区和元宝山区才开展此项工作。**兜底保障方面**，2018 年各旗县区财政共投入 6712.32 万元（敖汉旗、松山区、宁城县、巴林右旗没有财政投入）、京蒙帮扶资金 6287 万元、社会捐助 2283 万元、民政救助等其他 1776.25 万元。克什克腾旗财政没有全额落实投入 1000 万元的预算，到 6 月末只投入 200 万元；敖汉旗健康扶贫兜底保障基金到 6 月末，仍未对贫困住院患者进行兜底报销；元宝山区兜底报销资金由医院垫付；松山区从 7 月 1 日才开始进行兜底基金的即时报销工作，1-6 月住院就医人员的费用正在准备回补；翁牛特旗县域外贫困住院患者还未进行兜底报销，需等到年底集中回补。四是实行先诊疗后付费和“一站式”即时结算。这项工作已在我市全面开展。阿鲁科尔沁旗、巴林左旗、巴林右旗、林西县、翁牛特旗、喀喇沁旗、宁城县、元宝山区等地区均针对贫困人口就医研发了一站式即时结算系统，为贫困患者就医结算提供了便利。敖汉旗一站式即时结算工作未全部落实到位。五是免费为

建档立卡贫困人口健康体检。目前除克什克腾旗、喀喇沁旗、敖汉旗、元宝山区没有财政资金投入外，其他旗县区共投入1552.15万元开展了此项工作。

二、存在的主要问题及原因

从全市健康扶贫工作整体情况看，存在以下主要问题：

（一）城乡居民住院人次明显增加。一是健康扶贫政策导向。贫困人口中因病致贫返贫比例较高，患者多，2017年10月份后健康扶贫政策全面推开并对兜底政策实施前住院的人员进行了回补，贫困人口政策知晓率提高，过去因费用问题不敢就医的患者集中前往医院救治，贫困人口就医人数一时出现大幅增长，这是健康扶贫政策发挥积极效果的体现。也说明没有健康扶贫利好政策前，贫困人口看不起病的现象比较严重，健康扶贫的利好政策刺激了贫困人口就医需求的释放。二是人民健康意识上升。随着经济社会持续高速发展，城乡居民生活水平逐步提高，健康意识不断增强，可支付能力提升，城乡居民住院就医出现自然增长，符合医学规律。三是医疗服务能力提升。近年，通过深化医药卫生体制改革，各级医疗机构通过引进新技术和新设备，挖掘内部工作潜力，改善患者就医环境，我市各级医疗卫生机构服务能力得到显著提高，更好地满足了人们对医疗、预防、保健的需求，也在一定程度上刺激了城乡居民就医的需求增长。

（二）基本医保基金支付压力增大。一是健康扶贫医保报销“两升两降”政策，增加了城乡居民医保基金支出。2018

年预计贫困人口和民政低保特困人员分别增加支出 13520 万元和 3613 万元。二是普通人群住院患者医保支付费用也出现一定幅度的增长，2018 年预计增加 16740 万元。三是医疗费用增长也导致了医保基金支出的增加。随着科技进步、医疗服务能力的提高、医疗条件的改善，医疗费用每年都有一个合理增长的幅度。国家医改要求三级医院、二级医院分别不超过 10%和 8%。今年上半年与去年同比增长在 14%左右，略高于国家要求的标准。此外，由于引导患者到基层医疗机构就医的医保差异化报销政策不尽合理导致部分病人涌入上级医院、医保支付方式改革滞后、对定点医疗机构监管不到位、医疗机构不同程度存在放宽住院指征和过度医疗等问题，加重了医保资金的支付压力。

（三）健康扶贫可用资金渠道单一。一是资金整合力度不够。内蒙古自治区人民政府关于《进一步加强扶贫资金管理使用意见》（内政发〔2018〕21 号）已经明确提出，“自治区及以下财政安排的扶贫专项资金、以奖代补资金以及其他扶贫资金，充分赋予旗县（市、区）使用自治区扶贫资金的自主权，除用于贫困地区产业发展和基础设施建设外，允许用于脱贫攻坚最急需、最薄弱的环节”。但这一利好政策没有惠及到健康扶贫工作领域。二是各地区筹措资金的办法不多。2017 年和 2018 年，只有林西县、敖汉旗和松山区进行了社会募捐。导致了健康扶贫资金投入总量不大，而地方财政投入占比较高的问题。

（四）执行国家和自治区健康扶贫政策不到位。主要是年初在部分地区、部分部门出现了对健康扶贫政策质疑的声音。2017年自治区兜底报销政策高于国家标准，大家要求执行国家标准；医保两升两降，自治区标准低于国家标准，大家要求执行自治区标准；对健康扶贫政策的随意解读。这种在政策执行时的态度不坚决，左右摇摆，举棋不定，直接影响了各地区政策执行的主动性和积极性。