

沈阳市医疗保障局

沈医保发〔2020〕56号

关于进一步做好建档立卡贫困人口 医疗保障扶贫工作的通知

各有关区、县（市）政府：

按照省医保局等5部门《转发关于高质量打赢医疗保障脱贫攻坚的通知》（辽医保〔2020〕49号），为进一步做好我市建档立卡贫困人口（以下简称贫困人口）医疗保障扶贫工作，巩固基本医保、大病保险、医疗救助综合保障待遇水平，梯次减轻贫困人口就医负担，现就有关问题通知如下：

一、统一思想，提高责任担当

2020年是全面建成小康社会收官之年，是打赢脱贫攻坚战的决胜之年。各地区要深入学习习近平总书记关于决战决胜脱贫攻坚重要讲话精神，深刻领会党中央夺取脱贫攻坚战全面胜利的坚强决心。紧紧围绕贫困人口参保缴费、待遇支付、就医结算、管理服务等方面工作，做好医疗保障扶贫工作。各地区要强化政府负总责的领导责任制，层层压实责任，

确保全年医疗保障扶贫工作任务落实到位。

二、统筹安排，做好宣传、排查及签约工作

各地区要认真贯彻落实《沈阳市关于坚决完成医疗保障脱贫攻坚硬任务的实施意见》（沈医保发〔2020〕1号）文件，进一步提高医疗保障扶贫政策知晓率，各地区政府要组织相关部门开展医保政策宣传活动，充分发挥乡镇卫生院和社区卫生服务中心（以下简称基层卫生医疗机构）的宣传作用，将《建档立卡贫困人口医保扶贫政策问答》（附件1）及《沈阳市城乡居民基本医疗保险参保指南》发放到每位贫困人口手中。在《政策问答》上公布本地区医保（分）局、医保分中心、基层卫生医疗机构医保办等咨询电话；同时要充分利用电视、媒体等多种渠道，加强医保政策宣传，使贫困人口了解就医的流程及待遇政策，特别是大病保险及医疗救助方面的待遇倾斜政策，切实保障贫困人口充分享受医疗保障扶贫政策。同时做好以下三项工作：

（一）开展医疗保障扶贫排查工作。各地区在组织开展政策宣传的同时，建立贫困人口医保宣传及问题排查台账。结合近两年的费用支出情况，重点对费用较高、反复住院的贫困人口进行排查，宣讲医疗保障扶贫政策，帮助贫困人口解决实际问题。要让贫困人口建立起持卡就医、定点就医、合理诊疗的就医理念，避免盲目选择高等级医院就医、使用医保目录外诊疗项目及药品，让基本医保、大病保险、医疗救助发挥最大的保障效果。

（二）做好贫困人口门诊统筹签约工作。为减轻贫困人

口门诊医疗费用负担，基层卫生医疗机构要做好贫困人口门诊统筹签约工作，确保应签尽签。

（三）做好“两病”门诊用药保障工作。为进一步落实贫困人口高血压、糖尿病门诊用药保障工作，将同时开展基本公共卫生服务和城乡居民医保门诊统筹的基层卫生医疗机构确定为“两病”确诊定点医疗机构。各地区基层卫生医疗机构要结合基本公共卫生服务健康档案中贫困人口患有“两病”的记录，对确需采取药物治疗的“两病”患者进行确诊并“两病”备案。贫困人口“两病”备案工作要于9月18日前完成。

三、工作要求

（一）加强组织领导

各地区政府要把打赢脱贫攻坚战作为重大政治任务，强化政府负总责的工作机制，严格落实“四不摘”要求。加强对本地医疗保障扶贫相关部门及医疗机构的管理，统筹落实医疗保障扶贫各项政策，建立医疗保障扶贫长效机制。排查出确有困难的贫困人口，各地区政府要统筹协调予以解决。

（二）明确部门分工

各有关部门要密切配合，形成工作合力，打通政策落地最后一公里。医保行政部门负责统筹协调本地区医疗保障扶贫有关工作，组织开展扶贫政策宣传及入户排查，切实解决贫困人口面临的实际问题。医保经办部门配合医保行政部门落实医疗保障扶贫政策，提供贫困人口就医及门诊统筹签约等数据信息，做好组织协调，确保贫困人口门诊统筹应签尽

签、“两病”政策应享尽享。定点医疗机构为贫困人口提供便捷的医疗服务，加强医疗保障扶贫政策宣传解释，引导分级诊疗及县域内就医，基层卫生医疗机构做好贫困人口“两病”确诊、备案、门诊统筹签约及服务工作。

（三）建立调度机制

各地区医保部门要完善贫困人口专项管理台账，加强贫困人口参保缴费、患病就医、待遇保障、费用结算等情况监测。建立医疗保障扶贫专项工作调度机制，开展医疗保障扶贫工作督导检查，定期汇总报送相关数据。

（四）做好结果报送工作

各地区要高度重视此次宣传及排查工作，指定专人负责排查结果整理报送工作，并于9月20日前将排查结果报至市医保局待遇处。市医保局将根据各地区排查情况，特别是将门诊统筹签约、“两病”门诊备案及用药情况通报给各地区政府。

- 附件：1. 建档立卡贫困人口医保扶贫政策问答
2. 建档立卡贫困人口医保问题排查台账



（信息公开形式：主动公开）

附件 1

建档立卡贫困人口医保扶贫政策问答

一、医保扶贫的人员范围有哪些？

凡是扶贫办认定的建档立卡贫困人口，均是我市医保扶贫对象。建档立卡贫困人口由所在地区扶贫办负责办理参保手续。如就医时发现自己没参保，请及时与各区、县（市）扶贫办联系，请他们协助办理参保。

二、医保扶贫的人员医疗费用如何报销？

建档立卡贫困人口在定点医院持卡或身份证就医，应由基本医保、大病保险、医疗救助报销的费用不需个人垫付，个人仅需要缴纳应由个人自付的费用，无需再手工报销。

三、基本医保报销政策是什么？

建档立卡贫困人口常见病、慢性病（高血压、糖尿病门诊用药）可享受门诊统筹待遇；高血压病（3期）、尿毒症透析治疗、精神分裂症等符合门诊规定病种相关认定标准的可享受门诊规定病种待遇；住院等具体待遇政策及报销比例详见《沈阳市城乡居民基本医疗保险参保就医指南》。

四、大病保险待遇有哪些倾斜政策？

建档立卡贫困人口大病保险起付标准降低至一般参保人员的50%（2020年为7500元），报销比例提高到70%，不设封顶线。

五、医疗救助具体待遇有哪些？

经过基本医保、大病保险报销后，个人自付合规费用纳入医疗救助报销范围。

（一）门诊。建档立卡贫困人口个人自付合规的门诊医疗费用，按80%给予救助，每人每年最高救助限额为80元。

（二）门诊规定病种。建档立卡贫困人口个人自付合规的门诊规定病种医疗费用，按70%给予救助。

（三）住院。建档立卡贫困人口个人自付合规的住院（含急危重症门（急）诊抢救）医疗费用，按70%给予救助。

六、建档立卡贫困人口扶贫补充险是指什么？

建档立卡贫困人口经过基本医保、大病保险、医疗救助报销后，对个人自付合规的药费实施扶贫补充险报销。门诊药费不设起付标

准，住院医疗费用起付标准 500 元，首批报销比例 50%，年底根据资金结余情况进行二次报销。经办由中国人民健康保险公司沈阳支公司负责，咨询电话：62251778。

七、怎样可以减少个人医疗费用支出？

(一) 选择在县域内医疗机构首诊。在本市县域内的三级定点医疗机构住院的参保人员，起付标准和报销比例均按照二级定点医疗机构的标准计算。低等级医院起付标准低、报销比例高，所以选择低等级医院就医个人支付费用少。举例说明：

1、不稳定性心绞痛患者。从不同等级医院住院患者实际报销情况看，在三级医院住院的患者比二级医院个人多自付 1232 元。

就诊医院	总费用	医保范围费用	报销费用			个人自付	医保范围内报销比例	全部费用报销比例
			合计	医保	救助			
二级	6264	6175	5567	4149	1418	697	90%	89%
三级	8152	7025	6223	4352	1871	1929	89%	76%

2、透析患者。高等级医院门诊透析治疗报销比例比低等级医院低 4 个百分点。

就诊医院	总费用	医保范围费用	报销费用			个人自付	医保范围内报销比例	全部费用报销比例
			合计	医保	救助			
二级	5492	5486	5152	4371	781	340	94%	94%
三级	7313	7310	6594	4924	1670	719	90%	90%

(二) 逐级转诊。参保人员因病情需要在本市定点机构范围内从低等级定点医疗机构转诊到高等级定点医疗机构治疗的，符合规定的连续计算起付标准，缴纳起付标准差额部分；其他按重新住院办理。

八、了解更多医保政策方式有哪些？

- 1、沈阳市医疗保障局官网
- 2、下载沈阳智慧医保 APP
- 3、24 小时咨询电话：96856
- 4、本地医保局咨询电话
- 5、各区、县（市）医院医保办电话
- 6、基层卫生医疗机构医保办电话

附件 2

建档立卡贫困人口医保问题排查台账

序号	乡镇	姓名	是否了解医保扶贫政策	是否为高血压、糖尿病应纳入两病保障范围	是否需要纳入门诊慢性病保障范围	是否纳入门诊统筹或住院保障范围	解决的问题	需要解决的其他问题
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

沈阳市医疗保障局印发

2020年9月2日印发
