

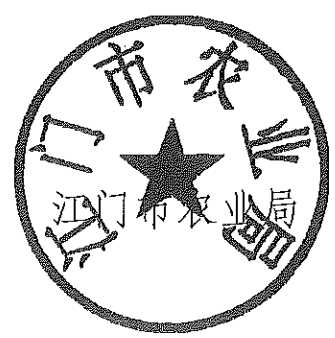
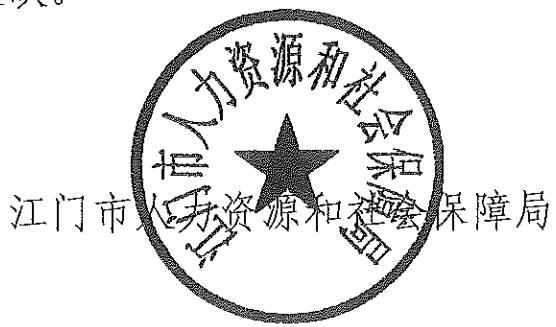
江门市人力资源和社会保障局  
江门市农业局  
江门市农财民计划和计划生育局  
文件

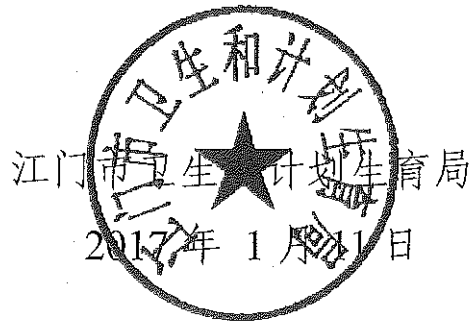
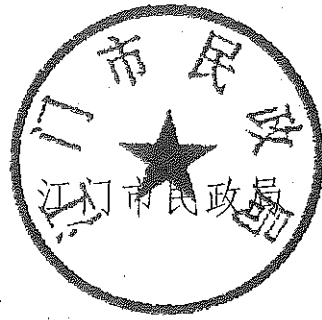
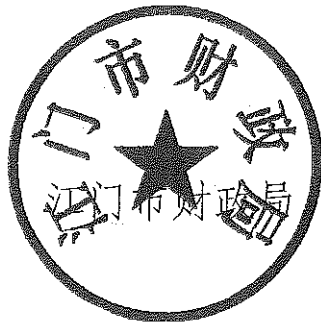
江人社发〔2017〕16号

关于印发江门市城乡居民精准扶贫精准脱贫  
医疗保障实施方案的通知

各区（市）人民政府，市各有关单位：

《江门市城乡居民精准扶贫精准脱贫医疗保障实施方案》业经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。执行中遇到的问题，请分别向市扶贫办、市人力资源社会保障局和市民政局反映。





公开方式：主动公开

---

江门市人力资源和社会保障局办公室

2017年1月12日印发

# 江门市城乡居民精准扶贫精准脱贫 医疗保障实施方案

为了贯彻落实中央确定的全面建设小康社会的奋斗目标及广东省委关于落实率先实现小康社会目标的精神，根据《中共江门市委 江门市人民政府印发<关于新时期城乡精准扶贫精准脱贫的实施方案（2016-2018年）>的通知》（江发〔2016〕6号）的要求，为消除列入我市2016-2018年新时期城乡精准扶贫精准脱贫的扶贫对象（以下简称“精准扶贫重点帮扶对象”）因病返贫现象，实现医疗保障精准扶贫，结合我市实际，就城乡居民医疗保障精准扶贫精准脱贫制定本实施方案。

## 一、指导思想

我市2016-2018年“精准扶贫重点帮扶对象”有16659人（其中农村14172人，城镇2487人），2015年“精准扶贫重点帮扶对象”发生住院1436人，占总人数的比例为8.62%，住院人员人均医疗费用达17591元，其中，经医保报销后个人支付费用为6249元，几乎占了“精准扶贫重点帮扶对象”一年全部可支配收入，因病返贫现象时有发生。为绝不让一个“精准扶贫重点帮扶对象”脱贫掉队，让城乡居民“精准扶贫重点帮扶对象”不愁吃、不愁穿、不愁病，实现基本医疗多层次、全面保障，消除“精准扶贫重点帮扶对象”因病返贫现象，确保全面打赢脱贫攻坚战。

## 二、工作目标

（一）创新扶贫方式，建立健全“精准扶贫重点帮扶对象”医疗保障扶贫制度。

(二)对“精准扶贫重点帮扶对象”100%实施医疗保障精准扶贫,按规定提供精准全额资助。

(三)动员基本医疗保险定点服务机构(含定点医疗机构和定点零售药店,下同)为“精准扶贫重点帮扶对象”提供“一对一”优先就医医疗服务,定点医疗机构挂号费、诊查费全免,且药品费用按药品进价支付;在定点零售药店购药9折优惠。

(四)加快构建我市专项扶贫、行业扶贫、社会扶贫、医疗扶贫互为补充的大扶贫格局,让贫困人口有更多的获得感,为“精准扶贫重点帮扶对象”脱贫提供医疗保障支撑。

### 三、适用对象

按《中共江门市委 江门市人民政府印发<关于新时期城乡精准扶贫精准脱贫的实施方案(2016-2018年)>的通知》(江发〔2016〕6号)规定条件,城乡居民年人均可支配收入低于6600元(其中,台山、开平、恩平三市农村低于5040元)的标准且有劳动能力,并由各区(市)政府确认认定为新时期城乡精准扶贫重点帮扶对象(即“精准扶贫重点帮扶对象”),作为我市医疗保障精准扶贫对象。“精准扶贫重点帮扶对象”名单由市扶贫开发领导小组办公室(以下简称市扶贫办)负责核定确认,并统一收集提供。

“精准扶贫重点帮扶对象”应当依法参加我市基本医疗保险。

### 四、待遇标准和支付办法

(一)待遇范围。将“精准扶贫重点帮扶对象”从2017年1月1日到2018年12月31日期间发生的住院和特定病种门诊医疗费用,包括基本医疗保险三个目录范围内医疗费用(以下简称

范围内医疗费用,不含起付标准以下费用及药店购买药品等发生的费用)和个人自费费用,通过基本医疗保险基金、大病保险资金、医疗救助资金和城乡居民医疗保障精准扶贫资金按规定分别全额结算,即经基本医疗保险(含城乡居民基本医疗保险和职工基本医疗保险,下同)、大病保险和医疗救助结算后,剩余个人支付费用(包括范围内个人自付费用和个人自费费用)由医疗保障精准扶贫资金和定点医疗机构按规定给予全额结算(其中属于医疗救助结算的费用,先由精准扶贫资金垫付,结算后由民政部门统一核算冲减)。

## (二) 待遇标准。

1.“精准扶贫重点帮扶对象”范围内个人自付费用全部纳入医疗保障精准扶贫资金结算范围。

2.“精准扶贫重点帮扶对象”个人自费费用全额由医疗保障精准扶贫资金和定点医疗机构按比例共同承担,其中医疗保障精准扶贫资金负责 80%;蓬江区、江海区和市直的“精准扶贫重点帮扶对象”在市内定点医疗机构就医的,由定点医疗机构负责 20%,新会区、台山市、开平市、鹤山市、恩平市的“精准扶贫重点帮扶对象”在市内二级以下(含二级)定点医疗机构和开平市中心医院就医的,由定点医疗机构负责 20%,按本实施方案就医管理规定,经转诊批准备案在我市市直三级定点医疗机构就医的,由批准其转诊的定点医疗机构负责 10%,市直三级定点医疗机构负责 10%;经转诊批准备案在市外医疗机构就医的,由批准其异地转诊的二级定点医疗机构承担 10%、三级定点医疗机构承担 10%。

**(三) 个人支付费用支付办法。** 我市“精准扶贫重点帮扶对象”医疗保障精准扶贫结算与基本医疗保险、大病保险结算同步，采用“一单式”结算，个人支付费用经社会保险经办机构按规定审核后，按以下办法支付：

1.在江门市基本医疗保险定点医疗机构发生的住院和特定病种门诊个人支付费用直接通过我市社保结算系统实行实时结算，由医疗机构与社会保险经办机构结算。不属于医疗保障精准扶贫资金和定点医疗机构结算的，由参保人支付。

2.对零星报销的住院和特定病种门诊医疗费用在办理零星报销手续时，一并由社会保险经办机构与参保人办理结算手续，（其中自费费用属于定点医疗机构负担部分，由社会保险经办机构在月度结算时与定点医疗机构结算中冲减）。

3.对符合异地就医条件并在实现异地联网结算的异地医疗机构就医发生的住院个人支付费用办理零星报销手续，由社会保险经办机构与参保人办理结算手续（其中自费费用属于定点医疗机构负担部分，由社会保险经办机构在月度结算时与定点医疗机构结算中冲减）。

## **五、经办管理**

**(一) 就医凭证发放。** 根据市扶贫办移交的“精准扶贫重点帮扶对象”名单，由各级社会保险经办机构统一制作“江门市医疗保障精准扶贫就医证”（简称“医保扶贫就医证”，样式详见附件1），送所属民政部门发放给“精准扶贫重点帮扶对象”个人。“精准扶贫重点帮扶对象”在就医时应同时出示社会保障卡（或有效居民身份证）和“医保扶贫就医证”，定点医疗机构应核实持“医

保扶贫就医证”人员身份。

## **(二) 就医管理。**

1.按“就地就近、方便有效”的原则，鼓励“精准扶贫重点帮扶对象”根据病情需要，在江门市内定点医疗机构选择就医。实施“首诊、转诊”制度，新会区、台山市、开平市、鹤山市、恩平市的“精准扶贫重点帮扶对象”选择在我市市直三级定点医疗机构就医的，应在就医前（急诊且抢救的在就医后5个工作日内）填写《“精准扶贫重点帮扶对象”就医转诊申请表》（详见附件2），并经二级定点医疗机构（含开平市中心医院）医务科审核盖章后，由参保人或其亲属报社会保险经办机构备案。“精准扶贫重点帮扶对象”选择江门市外医疗机构异地就医的，应在就医前（急诊且抢救的在就医后5个工作日内）填写《“精准扶贫重点帮扶对象”就医转诊申请表》，并经本地二级定点医疗机构、三级定点医疗机构医务科分别审核盖章后，由参保人或其亲属报社会保险经办机构备案。

2.对选择在江门市内定点医疗机构就医或经批准备案选择在江门市外的医疗机构就医的，其个人支付费用由医疗保障精准扶贫资金和定点医疗机构按规定支付。未按规定办理或未获得转诊批准备案的，其个人支付费用医疗保障精准扶贫资金和定点医疗机构不予支付。

**(三) 费用审核。**“精准扶贫重点帮扶对象”每次住院或每月特定病种门诊个人支付费用中个人自费部分超过1万元（根据实际管理情况由市社保局调整）时，由社会保险经办机构联合卫生计生部门组织专家（邀请专家的费用可按规定纳入政府购买服

务)对药品、诊疗等费用进行合理性审查,经审查属合理、必要的费用,由医疗保障精准扶贫资金和定点医疗机构按规定支付。经审查属不合理、不必要的费用,在江门市内定点医疗机构发生的,由江门市内定点医疗机构承担,医疗保障精准扶贫资金不予支付,并按服务协议规定加倍放大扣款处理;在非江门市内定点医疗机构发生的,由本人承担,医疗保障精准扶贫资金和定点医疗机构不予支付。

**(四) 医疗保障精准扶贫资金不予支付范围。**下列范围医疗保障精准扶贫资金不予支付:

- 1.个人违法行为或因本人故意所导致的医疗费用,如自杀、自伤(精神病除外);
- 2.吸毒、斗殴、酗酒及无证驾驶机动车辆、船舶和航空器、驾驶无牌机动车辆、饮酒后驾驶机动车等违法违规行为导致伤病的医疗费用;
- 3.交通事故、意外事故、医疗事故等明确由他方负责的医疗费用,但因他人违法犯罪、他人责任的交通事故,经司法机关最终裁判仍无法获得责任人赔付者除外;
- 4.施行美容或者对先天性残疾进行非功能性矫正或治疗的费用;
- 5.预防保健、疗养费用;
- 6.在国外或港、澳、台地区就医的费用;
- 7.应享受工伤保险待遇规定的费用;
- 8.滥用医疗资源所发生的费用;
- 9.各种不育(孕)症、性功能障碍的诊疗项目;



- 10.不符合计划生育政策规定的医疗费用；
- 11.基本医疗保险药品目录范围外的中药饮片；
- 12.经医疗机构医疗技术鉴定小组或医务科鉴定为住院治疗终结后，本人继续住院发生的医疗费用；
- 13.住院起付标准以下费用及药店购买药品等发生的费用；
- 14.经本方案规定的费用审核后，属不合理、不必要的费用。

**（五）社会保险经办机构与定点医疗机构的结算。** 医疗机构垫付的医疗保障精准扶贫资金（包括属医疗救助资助金额），由社会保险经办机构与定点医疗机构按实际发生额（应减去定点医疗机构负责的自费费用部分）逐月结算，预拨一个月启动资金，年终清算。其中个人自费费用部分，由社会保险经办机构联合当地卫生计生部门审核费用，并联合报当地财政部门同意后，按季度结算给定点医疗机构。同时，各级卫生计生部门应将个人自费费用使用情况纳入定点医疗机构绩效考核。

各级社会保险经办机构将医疗保障精准扶贫资金结算方式等内容纳入定点医疗机构协议管理，在我市大病保险承保服务合同明确承保商业保险公司应配合做好医疗保障精准扶贫资金有关医疗规范、医疗费用审核和待遇发放工作等内容。

**（六）民政医疗救助资金与医疗保障精准扶贫资金结算衔接。** 社会保险经办机构每月将医疗保障精准扶贫资金结算明细信息送民政部门。对符合医疗救助的对象，在基本医疗保险和大病保险报销后，由民政部门按规定逐月核算其医疗救助资助金额，并在次月将医疗救助费用划入社会保险经办机构用于冲减医疗保障精准扶贫资金垫付的医疗救助资助金额。

## 六、管理和服务

**(一)对象名单确定和移交。**“精准扶贫重点帮扶对象”由市扶贫办统一收集、统一审核、统一于2017年1月13日前移交给市社保局，由市社保局统一导入社保信息系统进行集中管理，并作统一标识。中途新增或退出“精准扶贫重点帮扶对象”的名单，由市扶贫办于每月的20日前移交市社保局。

“精准扶贫重点帮扶对象”从市扶贫办移交市社保局的次月1日起开始享受待遇，从市扶贫办移交退出名单的当月月底止终止享受待遇。

**(二)参保管理。**根据市扶贫办提供的“精准扶贫重点帮扶对象”名单，由市社保局核定参保情况（包括职工医保和城乡医保），将未参保名单按市区别列出，组织各区（市）社会保险经办机构落实城乡医保参保手续，确保应保尽保。

**(三)提供优先优惠服务。**“精准扶贫重点帮扶对象”在扶贫期间到我市定点医疗机构就医时，凭“医保扶贫就医证”免挂号费、诊查费，且药品费用按药品进价支付；各级社会保险经办机构应通过定点服务机构协议管理，将“精准扶贫重点帮扶对象”在扶贫期间到我市定点零售药店购药时，凭“医保扶贫就医证”给予收费的9折优惠（优惠折扣药品费用由定点零售药店承担，不纳入基本医疗保险基金和医疗保障精准扶贫资金结算）等有关优惠服务内容，在定点服务机构协议中明确。

### **(四)提供精准医疗跟踪服务。**

1.按属地原则，由卫生计生部门组织当地定点医疗机构按户建立“精准扶贫重点帮扶对象”健康就医档案，按人建立健康卡，

采取一户一档、一人一卡，精确到户、精准到人，实施分类指导就医，增强医疗保障扶贫的针对性和有效性。

2.将“精准扶贫重点帮扶对象”统一纳入家庭医生式服务（含家庭医生诊所试点）对象，签订服务协议，提供“个人健康计划”和精准诊疗指导意见。对家庭医生签约服务费的个人负担部分由医疗保障精准扶贫资金负责。对恶性肿瘤（放疗、化疗期间）、慢性肾功能不全（需透析）、器官移植抗排异、造血干细胞移植后（移植物抗宿主病及感染的治疗）等疾病由家庭医生转诊介绍到二级以上（含二级）定点医疗机构组织专家集中力量实施治疗，提供精准诊疗方案，明确临床路径，努力实现精准治疗，快治病、治好病，控制治疗费用，减轻贫困大病患者费用负担。

**（五）实施就业帮扶。**通过实施就业精准扶贫计划，实施“一对一”就业帮扶，促进“精准扶贫重点帮扶对象”参加职工医保，稳步提高医疗保障待遇水平，防止脱贫后的因病返贫。

**（六）加强宣传工作。**各级各部门各单位要加强医疗保障精准扶贫工作宣传，准确解读“精准扶贫重点帮扶对象”范围、医疗保障待遇标准、待遇支付程序、违规骗保查处，把医疗保障精准扶贫好事办好，办成社会满意的民生工程。

## 七、资金筹集

**（一）筹集标准。**医疗保障精准扶贫资金 2017 年筹集标准为每人每年 930 元，由市本级和各区（市）各按 50%的比例负担，各区（市）按“精准扶贫重点帮扶对象”人数占比负担，所需资金在市本级和各区（市）的医疗救助基金中安排，实行政府筹集、专款专用。

本方案启动时，由本级和各区（市）财政按比例预拨 387 万（即按精准扶贫人数 16659 人×筹集标准 930 元/12 个月×3 个月计算）三个月医疗保障精准扶贫启动资金。

**（二）单独建账管理。**医疗保障精准扶贫资金单独建账、独立核算、专款专用，分别在各级社保局设立支出账户。任何单位和个人不得侵占或挪用。

**（三）资金调拨与缺口分摊机制。**每年由市扶贫办、市财政局、市人力资源社会保障局、市民政局根据预算安排计划，联合下达医疗保障精准扶贫资金筹集计划。每年 3 月底前，各级财政部门将医疗保障精准扶贫资金上划医疗保障精准扶贫资金指定账户，确保待遇依时足额发放。次年 2 月底前，市社保局提出医疗保障精准扶贫资金初步清算意见报送市扶贫办，由市扶贫办联合市财政局、市人力资源社会保障局、市民政局审定后形成年终清算专题报告并经审计后报送市政府，同时抄送各区（市）政府。若当期有结余的，结转下一年使用，计入累计结余；若当期赤字的，先由累计结余弥补，不足部分，由各区（市）财政分别按医疗保障精准扶贫资金费用支出各区（市）的占比分摊于 4 月底前予以补足。各区（市）因不按时弥补不足资金的，将暂停当地“精准扶贫重点帮扶对象”的医疗保障费用结算，引发的社会矛盾等责任由当地政府负责。

## 八、监督管理

**（一）对个人监督。**经核实发现“精准扶贫重点帮扶对象”有骗取医疗保障精准扶贫资金行为的，个人支付费用医疗保障精准扶贫资金不予支付，取消本人享受医疗保障精准扶贫待遇资

格。

**(二)对医疗机构监督。**经核实发现医疗机构有骗取医疗保障精准扶贫资金行为的，从严从重追究医疗机构责任，并由社会保险经办机构等相关部门提请卫生计生部门依法惩处相关医务人员。

**(三)对工作人员监督。**经核实发现政府部门和社会保险经办机构工作人员违规使用医疗保障精准扶贫资金，按有关规定追究单位和个人的责任，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

### **九、部门和单位职责**

市扶贫办负责“精准扶贫重点帮扶对象”核定确认和有关信息收集工作，及时将“精准扶贫重点帮扶对象”名单报送市社保局；会同市财政局、市民政局、市人力资源社会保障局调整保障水平、筹资标准和资金清算申请；加强对医疗保障精准扶贫资金使用监督、管理和组织审计。

市财政局负责做好市本级医疗保障精准扶贫资金的筹措和拨付，并加强资金监督管理，将医疗保障精准扶贫资金及必要的工作经费纳入预算安排。

市民政局、市社保局负责做好医疗保障精准扶贫资金的预算，并督促各区（市）落实预算编制和资金的归集；协助市扶贫办做好“精准扶贫重点帮扶对象”核定确认等相关工作。

市卫生计生局负责加强对定点医疗机构管理，规范医疗服务行为，促进定点医疗机构为“精准扶贫重点帮扶对象”提供必要、合理的服务，有效控制医疗费用过快增长，将医疗保障精准扶贫资金使用情况（含个人自费费用）纳入定点医疗机构绩效考核范

围。

市发展改革局负责加强对定点医疗机构价格收费管理,查处医疗乱收费行为。

市人力资源社会保障局配合市扶贫办做好调整保障水平和筹资标准等工作。

市社保局负责制定全市统一经办规程,开发和维护医疗保障精准扶贫信息系统,纳入市信息化建设专项经费安排,确保实时结算,依时足额给付待遇,加强医疗保障精准扶贫资金日常管理,按规定处理定点医疗机构和“精准扶贫重点帮扶对象”违规行为,做好医疗保障精准扶贫资金筹集标准调整和年终清算等工作。

定点医疗机构负责为“精准扶贫重点帮扶对象”提供合理、必要医疗服务,加强对医疗费用监督管理,并做好自费费用承担部分的资金安排、落实优先优惠措施。

定点零售药店负责为“精准扶贫重点帮扶对象”落实优先优惠措施。

## 十、实施时间

本实施方案从2017年1月1日起实施,有效期二年。本实施方案由市扶贫办、市人力资源社会保障局和市民政局分别负责解释。

附件 1

## 江门市医疗保障精准扶贫就医证（样式）

<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto 20px auto; text-align: center;">相片</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>发证单位 (民政)</span> <span>发证单位 (社保)</span> </div> <p>编号:</p>	<b>江门市医疗保障 精准扶贫就医证</b>			
	姓名		性别	
	身份证号			
	联系电话			
	住址			
	就医证 发证日期			

### 江门市医疗保障精准扶贫就医证说明

- 一、按规定享受城乡居民精准扶贫精准脱贫医疗保障的参保人才可持本证。
- 二、本证只供持证人使用，不得涂改或转借他人使用。如有遗失本证，应及时向发证单位报失并申请补发。
- 三、就医证相关规定
  1. 从市扶贫办移交退出名单的当月月底止终止享受待遇。
  2. 经核实发现“精准扶贫重点帮扶对象”有骗取医疗保障精准扶贫资金行为的，个人支付费用医疗保障精准扶贫资金不予支付，取消本人享受医疗保障精准扶贫待遇资格。

附件 2

“精准扶贫重点帮扶对象”就医转诊申请表

姓名		性别		年龄		联系电话	
身份证号码				单位名称			
临床诊断:							
拟转诊医院:							
本地二级定点 医疗机构填写	病情摘要:  转院(诊)理由: 医院                      科 医师签名: _____ <span style="float: right;">年 月 日</span>						
	副主任以上医师或科主任意见:  签名: _____ <span style="float: right;">年 月 日</span>				医务科意见:  盖章: _____ <span style="float: right;">年 月 日</span>		
本地三级定点 医疗机构填写	病情摘要:  转院(诊)理由: 医院                      科 医师签名: _____ <span style="float: right;">年 月 日</span>						
	副主任以上医师或科主任意见:  签名: _____ <span style="float: right;">年 月 日</span>				医务科意见:  盖章: _____ <span style="float: right;">年 月 日</span>		
社会保险经办 机构填写	审批意见:  经办人: _____ 复核人: _____ <span style="float: right;">年 月 日</span>						