

# 广西壮族自治区医疗保障局 广西壮族自治区卫生健康委员会 文件

桂医保发〔2019〕14号

## 自治区医保局 自治区卫生健康委关于印发 进一步加强医保扶贫工作若干措施的通知

各市医疗保障局、卫生健康委：

为进一步贯彻落实党中央、国务院和自治区党委、政府关于打赢脱贫攻坚战的决策部署，扎实做好我区医保扶贫工作。现将《关于进一步加强医保扶贫工作的若干措施》印发给你们，请认真贯彻执行。

广西壮族自治区医疗保障局

广西壮族自治区卫生健康委员会

2019年5月9日

# 关于进一步加强医保扶贫工作的若干措施

为进一步贯彻落实党中央、国务院和自治区党委、政府关于打赢脱贫攻坚战的决策部署，扎实做好我区医保扶贫工作，结合广西实际，制定以下措施。

## 一、摸清底数、精准到人，确保建档立卡贫困人口100%参加当年基本医疗保险

(一) **摸清参保缴费底数。**自治区医疗保障部门按月组织比对建档立卡贫困人口信息和基本医疗保险参保缴费信息，并于每月上旬将比对信息的结果推送给各市。各市职能部门要对建档立卡贫困人口中的现役军人、婚出、出国定居、判刑收监、户籍迁出、农转非、死亡、失踪等不符合参保条件的人员进行筛查，列出台帐和花名册，切实摸清参保缴费底数，做到精准到人。

(二) **建立月通报制度。**自治区医疗保障部门每月向各市、县(市、区)医疗保障局和各级医疗保障专责小组通报建档立卡贫困人口参保缴费情况，并抄送当地党委、政府。各县(市、区)医疗保障部门要通报全县所辖乡镇(街道)参保缴费情况。

(三) **做好参保缴费工作。**对符合参保条件尚未参保的建档立卡贫困人口，各县(市、区)要逐户逐人开展参保动员和缴费工作，确保参保缴费不漏一人。

## 二、多措并举，确保医疗费用“一站式”直接结算

(四) **建立全区统一的“一站式”直接结算信息系统。**加快医疗保障信息系统建设，2019年7月起逐步在各市推广应用统一的“一站式”直接结算信息系统，实现全区建档立卡贫困人口

基础信息数据库和医疗救助人员基础信息数据库的互联互通，确保基本医保、大病保险、基本医保二次报销、医疗救助和兜底保障等“一站式”直接结算。

**（五）推进医疗保障信息系统改造。**各市医疗保险信息系统未具备“一站式”直接结算功能的，要在2019年7月底前按要求完成升级改造工作，实现基本医保、大病保险、基本医保二次报销、医疗救助、兜底保障等各项制度的信息系统互联互通，确保在县域内定点医疗机构实现“一站式”直接结算。

**（六）确保建档立卡贫困患者只交纳个人负担的医疗费用政策落到实处。**未具备使用信息系统进行“一站式”直接结算条件的地方，要认真贯彻落实《广西壮族自治区人力资源和社会保障厅等5部门关于进一步做好建档立卡贫困人口医疗费用“一站式”结算工作的通知》（桂人社发〔2018〕39号）的相关规定，实行定点医疗机构先行垫付、及时结算的方式，建档立卡贫困患者（未脱贫贫困人口、两年继续扶持期内脱贫人口）出院结算时只需交纳其个人自付费用，个人自付费用不高于住院医疗费用总额的10%；建档立卡贫困人口患门诊特殊慢性病在县域内定点医疗机构就医结算时，只需要交纳其个人自付费用，个人自付费用不高于门诊医疗费用总额20%。

符合健康扶贫兜底保障规定的，在县域外定点医疗机构就医发生的住院和门诊特殊慢性病门诊医疗费用，由建档立卡贫困患者凭相关票据到参保地医疗保险经办机构进行报销，当地医疗保险经办机构应按照“一站式”直接结算要求具体办理结算。

**（七）严格控制医疗费用不合理增长。**建档立卡贫困患者在

定点医疗机构发生的住院医疗费用，使用《广西壮族自治区基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《广西壮族自治区基本医疗保险和工伤保险医疗服务项目》费用应占总费用的 90% 以上，超出部分由医疗机构自行承担。属特殊病例无法达到规定比例，超出部分要纳入兜底保障范围的，由医疗机构报当地卫生健康、医疗保障部门审批。

### 三、优化流程，确保门诊特殊慢性病患者的待遇保障

**（八）实行先享受待遇、后备案制度。**对建档立卡贫困人员患有《广西城乡居民基本医疗保险暂行办法》规定的 29 种疾病，由二级（县级）及以上定点医疗机构按专科组织 2 名主治及以上职称的医师，按医学诊疗规范和诊断标准进行认定，并将认定的信息录入医疗保险信息系统，患者即可享受相应的医疗保障待遇，定点医疗机构按月将认定名单报送当地医疗保险经办机构备案。各市要在今年 7 月底前制定具体办法和流程，完善信息系统功能，增加定点医疗机构录入相关信息功能。

**（九）简化程序，取消备案材料。**定点医疗机构每月将认定为门诊特殊慢性病的建档立卡人员名单、疾病诊断和认定时间加盖公章后，报送当地医疗保险经办机构备案，不再需要提供其他材料。各级医保部门要加强事后监管，对不符合认定条件的人员按程序取消，并拒付定点医疗机构相关费用。对在认定工作中存在弄虚作假、擅自降低标准等行为的医师按规定严肃处理。

### 四、加快推进村卫生室就医直接结算工作，确保“一般诊疗费”落实到位

**（十）加快推进村卫生室就医直接结算。**各市、县（市、区）

要对具备网络条件和计算机设备要求的村卫生室，及时组织安装医疗保险信息系统，实现在村卫生室就医直接结算。

对不具备网络条件和计算机设备，未实现直接结算的村卫生室，门诊就医结算采取先记账后结算的方式进行，村医只收取患者个人应付部分，其余费用由村卫生室按规定与乡镇卫生院结算。

**（十一）确保“一般诊疗费”的政策落实到位。**已经实现村卫生室就医直接结算的，由各乡镇卫生院负责汇总审核医保信息系统自动生成的报表，并按时报送县级医疗保险经办机构，县（市、区）医疗保险经办机构要及时结算并足额拨付“一般诊疗费”。

未实现村卫生室就医直接结算的，由村医定期报送报表和相关资料到乡镇卫生院，乡镇卫生院汇总审核后，将所辖村卫生室上月发生的“一般诊疗费”向县（市、区）医疗保险经办机构申报，医疗保险经办机构及时足额拨付“一般诊疗费”到乡镇卫生院，乡镇卫生院应及时全额支付给村卫生室。

## **五、加快结算进度，减轻定点医药机构垫资压力**

**（十二）加快医疗保障资金结算。**各级医疗保障部门要加强对医保基金、医疗救助资金的管理，按照总额预算管理的相关规定，严格落实与定点医药机构签订的医疗服务协议，建立医保基金预拨制度，及时结算和足额拨付资金。

**（十三）加快大病保险理赔工作。**各市医疗保障部门要加强与同级银保监部门的沟通协调，建立按月结算制度，确保各大病保险承办的商业保险公司及时与定点医疗机构按月结算大病保险医疗费用，并及时拨付。

公开方式：主动公开

---

抄送：广西壮族自治区扶贫开发办公室

---

广西壮族自治区医疗保障局办公室

2019年5月9日印发

---