

郑 州 市 民 政 局  
郑 州 市 财 政 局  
郑州市人力资源和社会保障局  
郑州市卫生和计划生育委员会  
郑州市扶贫开发办公室  
郑州市残疾人联合会

文件

郑民文〔2017〕131号

---

## 关于进一步加强医疗救助与城乡居民基本 医疗保险大病保险困难群众大病 补充医疗保险有效衔接的通知

各县（市、区）民政局、财政局、人力资源和社会保障局、卫生和计划生育委员会、扶贫开发办公室、残疾人联合会，有关单位：

医疗救助与城乡居民基本医疗保险（以下简称基本医疗保险）、大病保险、困难群众大病补充医疗保险（以下简称大病补充医疗保险）是保障困难群众基本医疗权益的基础性制度。为进

进一步加强四项制度的有效衔接，充分发挥制度效能，现就有关事项通知如下：

### 一、加强保障对象衔接

（一）做好资助困难群众参加基本医疗保险工作。最低生活保障对象、特困供养人员、丧失劳动能力的残疾人、低收入家庭60周岁以上的老年人和未成年人以及符合规定的优抚对象等参加城乡居民基本医疗保险，个人年度缴费部分扣除中央财政补助资金外剩余的基本医疗保险费所需财政补助资金由市、县（市、区）两级财政各承担50%；对经扶贫、民政部门认定确实无力缴纳城乡居民基本医疗保险费的建档立卡贫困人口、困境儿童等人员，其个人年度缴费部分所需财政补助资金由市、县（市、区）两级财政各承担50%。

根据每年全市社会保险工作安排，市、县级民政部门将最低生活保障对象、特困供养人员、低收入家庭60周岁以上的老年人和未成年人以及符合规定的优抚对象名单分别提供给当地社会保险经办机构；市、县级扶贫部门、民政部门将确实无力缴纳城乡居民基本医疗保险费的建档立卡贫困人口、困境儿童名单分别提供给当地社会保险经办机构；市、县级残联将丧失劳动能力的残疾人名单分别提供给当地社会保险经办机构。经办机构按照基本医疗保险政策规定申请财政补助资金，将困难群众全部纳入基本医疗保险制度覆盖范围。

（二）拓展重特大疾病医疗救助对象范围。各县（市、区）要按照河南省民政厅等六部门《关于进一步加强医疗救助与城乡

居民基本医疗保险、大病保险、困难群众大病补充医疗保险有效衔接的通知》（豫民文〔2017〕172号）等文件要求，对经基本医疗保险、大病保险、大病补充医疗保险报销后仍有困难的低保对象、特困人员、建档立卡贫困人口实施重特大疾病医疗救助，逐步将重特大疾病医疗救助范围拓展至困境儿童、低收入重度残疾人等困难群众（含低收入老年人、未成年人、重病患者）。

建档立卡贫困人口纳入医疗救助所需费用，县级财政根据本区域内建档立卡贫困人口数量认真测算资金需求，按照每人每年不低于200元的标准安排医疗救助资金，市级财政根据工作开展情况给予适当补助。建档立卡贫困人口的医疗救助按照现有医疗救助程序执行，医疗救助标准和内容参照农村低保对象的救助标准和内容。扶贫部门应做好医疗救助过程中建档立卡贫困人口的身份认定工作（医疗救助“一站式”结算的，县级扶贫部门提供、核实人员信息；手工结算的，乡级扶贫部门在医疗救助申请审批表上签字、盖章）。

## 二、加强支付政策衔接

（三）加强困难群众医疗保险倾斜性支付政策衔接。为进一步减轻困难群众大病医疗费用负担，省政府办公厅印发了《关于开展困难群众大病补充医疗保险工作的实施意见（试行）》（豫政办〔2016〕196号），建立财政支持机制，对困难群众实施精准扶贫，通过进一步降低起付线、提高报销比例和不设封顶线对困难群众医疗保险待遇予以倾斜。各县（市、区）要贯彻落实好大病补充医疗保险制度，认真做好困难群众参加大病补充医疗保险

相关工作，进一步提高困难群众大病保障水平，切实减轻困难群众大病医疗费用负担。

（四）提高重特大疾病医疗救助水平。各县（市、区）要合理调整医疗救助资金支出结构，稳步提高重特大疾病医疗救助资金支出占比。综合救助家庭经济状况、自负医疗费用、当地医疗救助筹资情况等因素，根据《郑州市人民政府办公厅转发市民政局等部门关于完善医疗救助制度全面开展困难群众重特大疾病医疗救助工作实施意见的通知》（郑政办文〔2016〕56号）规定的分类分段救助模式，建立健全本地分类分段的梯度救助模式，在年度救助限额内实施救助。积极拓展重特大疾病医疗救助费用报销范围，原则上经基本医疗保险、大病保险、大病补充医疗保险等报销后个人负担的合规医疗费用，均计入救助基数。合规医疗费用范围应参照大病保险的相关规定确定，并做好与基本医疗保险按病种付费改革衔接。鼓励有条件的地方对困难群众经各种保险报销后，自负医疗费用仍然较高的采取分段定额救助，进一步提高大病保障水平。

（五）实行县级行政区域内困难群众住院先诊疗后付费。各县（市、区）要按照《关于印发郑州市困难群众县域内住院先诊疗后付费工作实施方案的通知》（郑卫医〔2017〕19号）有关要求，针对低保对象、特困人员、建档立卡贫困人口、困境儿童等困难群众全面实施县级行政区域内定点医疗机构住院先诊疗后付费改革。依托定点医疗机构服务窗口，实现基本医疗保险、

大病保险、大病补充医疗保险、医疗救助的同步即时结算，困难群众出院时只需支付自负医疗费用。

### 三、加强经办服务衔接

(六) 规范医疗费用结算程序。各县(市、区)要按照精准测算、无缝对接的工作原则和“保险在先、救助在后”的结算程序，准确核定结算基数，按规定结算相关费用，避免重复报销、超费用报销等情况。

对于年度内就医费用未达到大病补充医疗保险起付线的，经基本医疗保险报销后个人累计负担的合规自负医疗费用，年终由医疗救助按政策报销。对于单次就医经基本医疗保险报销后费用达到大病保险、大病补充医疗保险起付线的，应即时启动大病保险和大病补充医疗保险报销，并按规定对经基本医疗保险、大病保险、大病补充医疗保险支付后的剩余合规费用给予医疗救助。对于年度内多次就医经基本医疗保险报销后费用累计达到大病保险、大病补充医疗保险起付线的，要分别核算大病保险、大病补充医疗保险和医疗救助费用报销基数，其中大病保险和大病补充医疗保险应以基本医疗保险报销后超出大病保险和大病补充医疗保险起付线的费用作为报销基数；原则上，医疗救助以基本医疗保险、大病保险、大病补充医疗保险支付后的剩余多次累计个人自负合规总费用作为救助基数，对照医疗救助起付线(各级医疗机构结算起付线)和年度最高救助限额，分类分档核算救助额度，并扣减已支付的医疗救助费用。

（七）加强医疗保障信息共享。各县（市、区）要加快推进基本医疗保险、大病保险、大病补充医疗保险、医疗救助“一站式”费用结算信息平台建设，努力实现资源协调、信息共享、结算同步。积极提升“一站式”信息平台管理服务水平，为困难群众跨地域看病就医费用结算提供便利。民政、扶贫、残联等部门要加强与社会保险经办机构和定点医疗机构协作，及时、全面、准确提供救助对象信息，为“一站式”信息平台建设提供数据支撑。探索通过政府购买服务等方式，支持具备开展“一站式”结算条件的大病保险承办机构参与医疗救助经办服务。

#### 四、加强监督管理衔接

（八）强化服务运行监管。各县（市、区）、各相关部门要做好医疗服务行为的质量监督和规范管理，防控不合理医疗行为和费用。民政、财政、人力资源社会保障、卫生计生等部门要定期对基本医疗保险、大病保险、大病补充医疗保险、医疗救助经办（承办）机构的资金使用、管理服务等情况开展监督检查。商业保险机构承办大病保险、大病补充医疗保险要实行单独核算，严格资金管理，确保及时赔付、高效服务。

（九）做好绩效评价工作。各县（市、区）要建立健全医疗救助工作绩效评价机制，将重特大疾病医疗救助开展情况纳入社会救助绩效评价体系，市级将把评价结果作为分配医疗救助补助资金的重要依据。市民政局将会同相关部门采取“两随机、一公开”（随机抽取检查对象，随机选派检查人员，抽查情况及查处结果及时公开）、委托第三方机构等方式对各地工作开展情况实

地抽查。对于工作推进缓慢、政策落实不到位的地区要进行重点督导，按规定予以通报批评。

各县（市、区）要以提高制度可及性、精准性以及群众满意度作为出发点和落脚点，抓紧制订本地区医疗救助和基本医疗保险、大病保险、大病补充医疗保险制度衔接的实施方案，进一步明确工作目标、主要任务、实施步骤和保障措施，确保制度稳健运行和可持续发展。要加大政策宣传力度，积极稳妥回应公众关切，合理引导社会预期，努力营造良好氛围。



郑州市民政局



郑州市财政局



郑州市人力资源和社会保障局



郑州市卫生和计划生育委员会



郑州市扶贫开发办公室



郑州市残疾人联合会

2017年9月28日

