

六安市医疗保障局

六安市民政局

六安市财政局

六安市农业农村局

六安市卫生健康委员会

文件

六医保〔2024〕25号

关于印发《六安市低收入人口 医保定点管理试点方案》的通知

各县区人民政府，市直有关部门：

经市政府同意，现将《六安市低收入人口医保定点管理试点方案》印发给你们，请认真组织实施。





六安市财政局



六安市农业农村局



六安市卫生健康委员会

2024年8月14日

六安市低收入人口医保定点管理试点方案

为深入贯彻落实《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（国办发〔2023〕17号）和省医保局、财政厅、卫健委《关于进一步做好跨省异地就医管理服务工作的意见》（皖医保秘〔2024〕37号）等文件精神，进一步做好低收入人口医疗保障和健康服务工作，根据省医保局《关于在六安市探索开展低收入人口医保定点管理试点工作的通知》（皖医保秘〔2024〕45号）精神，经市政府同意，现就全市低收入人口医保定点管理试点工作制定方案如下：

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大和二十届二中、三中全会精神，坚持以人民健康为中心，通过开展低收入人口医保定点管理，推动形成“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗模式，实现低收入人口“小病不出村、常见病不出乡、大病不出县、疑难危重病再转诊、康复回基层”的目标，提升低收入人口医疗保障和健康服务水平。

二、试点原则和范围

（一）试点原则

1.坚持定点管理，就近就医。落实分级诊疗制度，宣传引导低收入人口就近就医，提升就医体验，减轻就医负担。

2.坚持合理施治，保障基本。统筹医疗资源，提升医疗服务

和待遇保障的针对性、有效性，防范发生因病导致的规模性返贫。

3.坚持综合施策，多方共建。加强医保、医疗、医药协同，多方共建，长效常治，持续提升低收入人口医疗保障和健康服务质效。

（二）试点范围

参加六安市基本医疗保险的低收入人口，包括最低生活保障对象、特困人员、防止返贫监测对象、最低生活保障边缘家庭成员、刚性支出困难家庭中的患病成员。

三、主要任务

（一）构建有序就医格局

1.落实分级诊疗。低收入人口普通疾病、门诊“两病”首选在居住地村卫生室（社区卫生服务站）就诊。村卫生室（社区卫生服务站）不能治疗或需住院的患者，优先到居住地乡镇卫生院（社区卫生服务中心）就诊；确需转诊的，由乡镇卫生院（社区卫生服务中心）及时联系安排转诊到县级医院；超出县级医院诊治范围和能力的，由县级医院按规定转往市级及以上医疗机构。诊断明确、病情稳定和术后康复期患者，由市级医疗机构及时转回县级医院、或由县级医院及时转回乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、村卫生室（社区卫生服务站）进行诊疗。对同一疾病县域内连续治疗的住院患者，规范上转县级医疗机构的只收取起付线差额部分，下转病人住院不再收取起付线费用。

2.规范转诊流程。将智能转诊平台延伸至乡镇卫生院（社区

卫生服务中心)，优化转诊操作流程，实行首诊负责制，由收治医生根据参保患者病情通过智能转诊平台办理转诊手续。实现患者有序逐级转诊，属于县内转诊“白名单”的病种直接转至市级医疗机构就诊；属于市级转诊“白名单”的病种直接转往省级医疗机构就诊。诊断为外请专家会诊手术病种的，按照知情同意的原则，由收治医疗机构落实院外专家会诊手术，并保障相关待遇。

3.实施分类救治。患有慢特病的低收入人口，稳定期原则上实行居家疗养，由村医或乡镇卫生院（社区卫生服务中心）医生按签约服务要求提供巡诊服务；急性期经住院治疗达到出院标准的，转回所在地乡镇卫生院（社区卫生服务中心）进行康复治疗，县级医院负责提供后续治疗药品和相关指导服务。重性精神病、肿瘤放化疗、终末期肾脏病等需要维持治疗的疾病，由县域内具备能力的定点医疗机构实施治疗。白血病和血友病等罕见病患者，优先选择市内具备能力的定点医疗机构进行诊治，确需转市外医疗机构的，须办理转诊手续。对达到出院标准不愿出院或不服从分级诊疗管理的，由收治医疗机构通报户籍所在地乡镇人民政府（街道办事处），乡镇人民政府（街道办事处）应在3日内劝离出院。

（二）落实医保政策协同

4.落实资助参保政策。持续推进全民参保计划，做好城乡居民低收入人口参保排查和参保动员工作，按政策实施分类资助参保，实现低收入人口“应保尽保”。强化部门信息共享，加强医保、

民政、农业农村等部门之间协同联动，建立低收入人口台账并实施动态管理。对新增城乡居民低收入人口，及时在医保信息系统标注身份属性并享受待遇，身份认定前当年发生的个人自付的合规医疗费用可依申请追溯救助。

5.规范医保待遇政策。严格执行省、市有关异地就医医保待遇政策，对医院建议转诊和其他方式前往（转往）市属医疗机构、市外省内和省外异地就医的（含门诊慢特病），在分类别执行基本医保报销比例下降政策的同时，同比例下降大病保险各段报销待遇。未按规定转诊异地就医发生的医疗费用，原则上不予救助。

（三）强化医疗健康服务

6.提升诊疗能力。加强村医队伍建设，配齐常用药品、“两病”和慢特病用药。持续提升乡镇卫生院（社区卫生服务中心）业务技术水平和管理运行能力，发挥乡镇卫生院（社区卫生服务中心）在分级诊疗中的枢纽作用。加快重点学科、特色专科建设，提升县级医疗机构诊疗水平，支持与上级医疗机构开展技术合作，满足低收入人口医疗服务需求。经基层首诊转诊的低收入人口在市域内定点医疗机构住院，实行“先诊疗后付费”，全面免除其住院押金。

7.做实医防融合。基层医疗机构要进一步加强低收入人口家庭医生签约服务工作，落实分类服务管理，提高履约服务质量，前移健康管理关口。对健康人群加强健康宣教、提高其疾病预防意识、倡导健康生活方式；对亚健康人群，积极主动干预，提高

全生命周期健康管理质效，降低门诊慢特病发生率；对未达到慢特病认定标准的高血压、糖尿病患者，及时纳入“两病”门诊保障范围；对慢特病患者分级分类建立健康档案，定期开展随访服务，提高慢特病患者健康管理依从性，降低急性发作率和住院率。

8.推进医养结合。各县区要统筹区域内医疗资源配置，支持乡镇卫生院（社区卫生服务中心）与养老机构合作，为集中供养人员提供治疗期住院、康复期护理、稳定期生活照料以及临终关怀一体化的健康养老服务。整合政策资源，支持符合条件的乡镇卫生院（社区卫生服务中心）单独划定区域，设置康复床位，实行封闭管理，保障患有护理依赖型疾病的低收入人口的医疗、康复和照护服务。分散供养特困人员由村卫生室（社区卫生服务站）提供每周1次以上的巡查、巡诊、健康教育、用药指导等基本服务。

（四）提升管理服务水平

9.优化医保经办服务。医保部门依托基层医保经办服务“15分钟服务圈”，提供定期随访和上门服务，主动了解病情、治疗方式及治疗效果，全程帮办医保经办服务事项，提升低收入人口医保服务体验。提高医保信息化管理服务水平，实现基本医保、大病保险、医疗救助“一站式服务”“一窗口办理”“一单制结算”。持续优化“互联网+”医保公共服务，加快推进服务事项网上办理，畅通异地就医直接结算服务，不断扩大“一码通办”、“全市通办”应用范围与深度，推广医保码全流程、全场景应用。

10.规范医疗服务行为。定点医疗机构要严格执行实名就医和购药管理规定，认真核验参保患者身份属性，杜绝冒名顶替现象发生；要加强临床路径管理，严格执行出入院标准，做到合理检查、合理用药、合理治疗、规范收费。医保部门要对诱导住院、低指征住院、挂床住院、分解住院等违规行为加强监管，对因诊疗行为不规范而产生的医疗费用，医保基金不予支付，涉及欺诈骗保造成医保基金损失的，依据相关法律法规和医保协议予以处理。

四、工作要求

（一）强化组织领导。各县区要高度重视低收入人口医保定点管理试点工作，切实加强组织领导，建立工作协调机制，充分发挥乡镇人民政府（街道办事处）组织动员和一线宣传服务优势，引导群众就近就医、合理诊疗。医保部门要切实履行牵头抓总责任，健全医疗保障体系，强化政策供给，优化经办服务。卫健部门要指导各医疗机构建立健全咨询宣传、规范诊疗路径、家庭医生签约服务等工作制度，加强监督检查。民政、农业农村部门要会同相关部门做好低收入人口认定和信息共享，支持慈善帮扶救助发展。财政部门要做好医保基金、医疗救助等资金保障。

（二）强化宣传引导。各县区要创新宣传方式，加大医保政策宣传力度，引导低收入人口有序就医。要强化医保与卫健、医共体等部门协同，充分调动医务人员积极性和主动性，确保试点工作稳步推进。

（三）强化调度推进。各县区要建立健全试点工作联席会议制度，定期召开会议，总结阶段性试点工作成效，研究解决工作推进中的突出问题，对工作推进不力的单位和地方进行重点调度督查，确保试点工作取得实效。各地试点中的重大问题及时向市联系会议办公室报告。

（四）强化绩效评估。各县区要将低收入人口医保定点管理试点工作纳入年度目标管理绩效考核，建立健全分析通报制度，对农村低收入人口外转率、外转病种、次均医疗费用等关键指标进行定期通报。要将低收入人口县内就诊率、县外转诊率等纳入县域医共体考核指标体系。

