

让贫困人口和贫困地区同全国一道进入全面小康社会是我们党的庄严承诺
——习近平

专业角度 健康深度

健康扶贫政策进万家



图片说明

图一: 贫困患者丁一, 罹患冠心病, 要马上住院治疗。于是, 丁一到最近的某县医院, 找到贫困患者接诊窗口, 拿着家庭贫困证明, 写下住院信息, 不用垫付住院押金便直接进入病房。图二: 住院治疗7天后, 丁一花费199572元, 按照规定, 首先由城乡居民医保报销108783元, 大病保险二次报销41110元, 大病补充医疗保险报销42240元, 丁一只花了7439元, 就出院了。图三: 这是全省健康扶贫精准对接贫困患者的体现。图四: 除了像丁一这样得了慢性病可以“三次报销”外, 得了“儿童急性淋巴细胞白血病、儿童急性早幼粒细胞白血病、儿童先天性心脏病房间隔缺损、儿童先天性心脏病室间隔缺损、食管癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、终末期肾病”9种重大疾病, 还可以继续申请大病救助, 这是第四次报销。(徐琳琳绘图)

健康扶贫可以享受“四次报销”

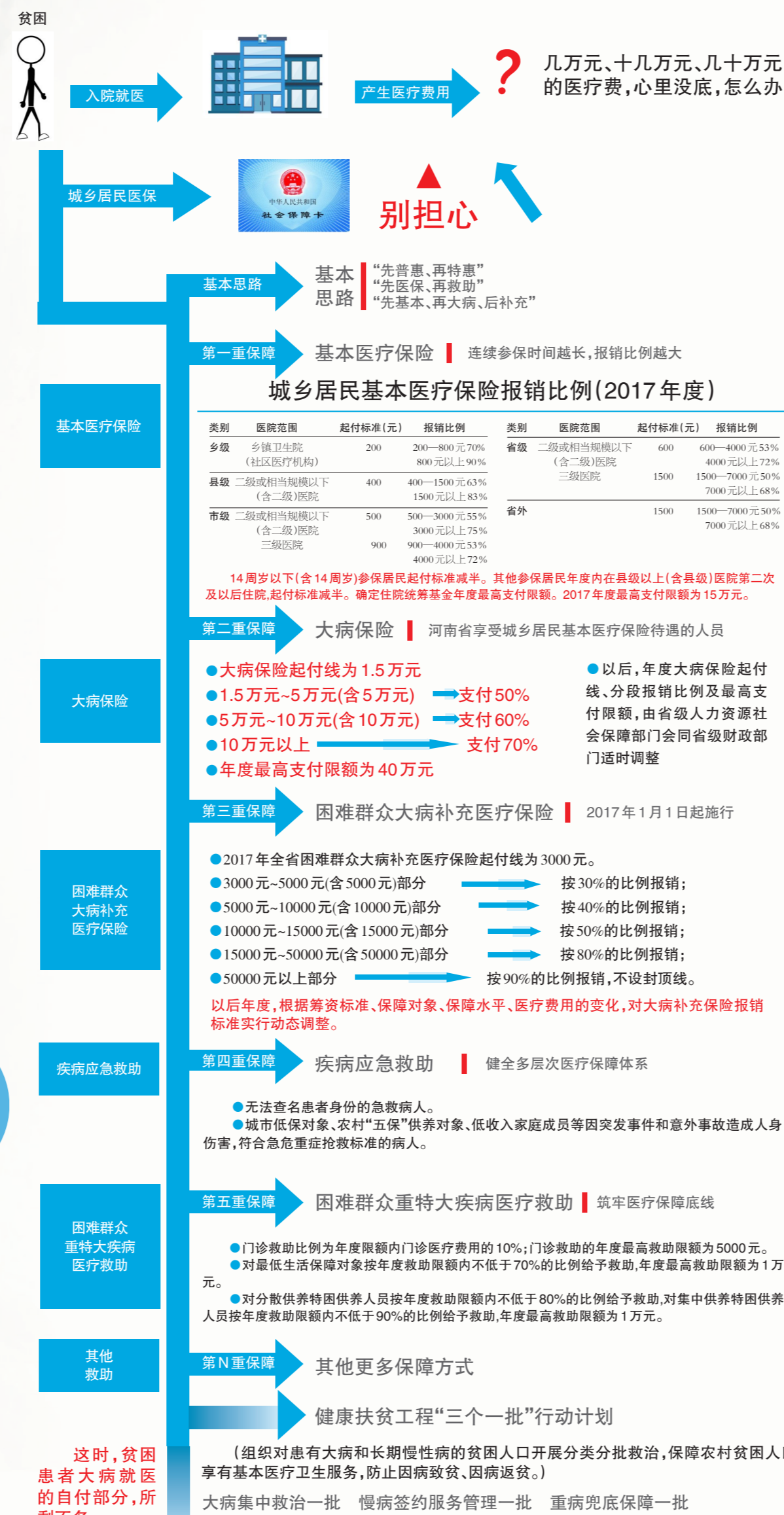
河南省健康扶贫流程详解

河南省卫生计生委认真贯彻落实国家卫生计生委、国务院扶贫办等15个部门《关于实施健康扶贫工程指导意见》和河南省委、省政府《河南省医疗卫生脱贫专项方案》决策部署, 紧紧围绕“两不愁、三保障”“使农村贫困人口看得起病、看得好病、看得上病、少生病”的目标, 统筹谋划, 开拓创新, 积极推进我省健康扶贫工作有序开展。

河南省已经初步编织起, 针对贫困患者的多层次、立体式医疗保障网——



制图 | 医药卫生报记者秦晓旭 刘扬 常娟



基本思路: “先普惠、再特惠” “先医保、再救助” “先基本、再大病、后补充”

第一重保障: 基本医疗保险 | 连续参保时间越长, 报销比例越大

城乡居民基本医疗保险报销比例(2017年度)

类别	医院范围	起付标准(元)	报销比例	类别	医院范围	起付标准(元)	报销比例
乡级	乡镇卫生院	200	200-800元70%	省级	二级或相当等级以下	600	600-4000元53%
	社区卫生服务机构	200	800元以上90%		(含二级医院)	600	4000元以上72%
县级	二级或相当等级以下	400	400-1500元63%	市外	三级医院	1500	1500-7000元50%
	(含二级医院)	400	1500元以上83%		三级医院	1500	7000元以上68%
市级	二级或相当等级以下	500	500-3000元55%	省外	三级医院	1500	1500-7000元50%
	(含二级医院)	500	3000元以上75%		三级医院	900	7000元以上68%
省级	二级或相当等级以下	900	900-4000元53%				
	三级医院	900	4000元以上72%				

14周岁以下(含14周岁)参保居民起付标准减半。其他参保居民年度内在县级以上(含县级)医院第二次及以上住院, 起付标准减半。确定住院统筹基金年度最高支付限额。2017年度最高支付限额为15万元。

第二重保障: 大病保险 | 河南省享受城乡居民基本医疗保险待遇的人员

- 大病保险起付线为1.5万元
 - 1.5万元-5万元(含5万元) 支付50%
 - 5万元-10万元(含10万元) 支付60%
 - 10万元以上 支付70%
 - 年度最高支付限额为40万元
- 以后, 年度大病保险起付线、分段报销比例及最高支付限额, 由省级人力资源社会保障部门会同省级财政部门适时调整。

第三重保障: 困难群众大病补充医疗保险 | 2017年1月1日起施行

- 2017年全省困难群众大病补充医疗保险起付线为3000元。
 - 3000元-5000元(含5000元)部分 按30%的比例报销;
 - 5000元-10000元(含10000元)部分 按40%的比例报销;
 - 10000元-15000元(含15000元)部分 按50%的比例报销;
 - 15000元-50000元(含50000元)部分 按80%的比例报销;
 - 50000元以上部分 按90%的比例报销, 不设封顶线。
- 以后年度, 根据筹资标准、保障对象、保障水平、医疗费用的变化, 对大病补充保险报销标准实行动态调整。

第四重保障: 疾病应急救助 | 健全多层次医疗保障体系

- 无法查明患者身份的急救病人。
- 城市低保对象、农村“五保”供养对象、低收入家庭成员等因突发事件和意外事故造成人身伤害, 符合急危重症抢救标准的病人。

第五重保障: 困难群众重特大疾病医疗救助 | 筑牢医疗保障底线

- 门诊救助比例为年度限额内门诊医疗费用的10%; 门诊救助的年度最高救助限额为5000元。
- 对最低生活保障对象按年度救助限额内不低于70%的比例给予救助, 年度最高救助限额为1万元。
- 对分散供养特困供养人员按年度救助限额内不低于80%的比例给予救助, 对集中供养特困供养人员按年度救助限额内不低于90%的比例给予救助, 年度最高救助限额为1万元。

第六重保障: 其他更多保障方式

健康扶贫工程“三个一批”行动计划

(组织对患有大病和长期慢性病的贫困人口开展分类分批救治, 保障农村贫困人口享有基本医疗卫生服务, 防止因病致贫、因病返贫。)

政策解读

问 城乡居民大病保险, 能报啥?

2016年12月, 《河南省城乡居民大病保险实施办法(试行)》出台, 要求自2017年1月1日起, 按照新方案推行大病保险。

1. 保障对象: 河南省享受城乡居民基本医疗保险待遇的人员。
2. 保障范围: 每年1月1日~12月31日, 居民住院期间, 除去基本医疗保险报销外, 只要个人自付合规医疗费用超过1.5万元, 就可以享受二次报销。
3. 报销标准:
 - 1.5万元-5万元(含5万元)支付50%。
 - 5万元-10万元(含10万元)支付60%。
 - 10万元以上支付70%。

年度最高支付限额为40万元。以后年度大病保险起付线、分段报销比例及最高支付限额由省级人力资源社会保障部门会同省级财政部门适时调整。

问 困难群众大病补充医疗保险, 又报啥?

2017年1月1日起施行。

1. 保障对象: 须具有河南省户口, 参加城乡居民基本医疗保险的居民, 且符合“建档立卡贫困人口、特困人员救助供养对象、城乡最低生活保障对象”三个条件之一。
2. 保障范围: 困难群众患病发生的住院医疗费用, 经基本医疗保险、大病保险按规定报销后, 由大病补充保险对个人负担的合规医疗费用再次给予报销。
3. 报销标准:
 - 大病补充保险与城乡居民基本医疗保险、大病保险的报销范围一致, 运行年度一致, 自每年的1月1日起至12月31日止。
 - 2017年全省困难群众大病补充保险起付线为3000元。
 - 3000-5000元(含5000元)部分按30%的比例报销;
 - 5000-10000元(含10000元)部分按40%的比例报销;
 - 10000-15000元(含15000元)部分按50%的比例报销;
 - 15000-50000元(含50000元)部分按80%的比例报销;
 - 50000元以上按90%的比例报销, 不设封顶线。

以后年度, 根据筹资标准、保障对象、保障水平、医疗费用的变化, 对大病补充保险报销标准实行动态调整。

问 健康扶贫工程“三个一批”, 都是啥?

“大病集中救治一批、慢病签约服务管理一批、重病兜底保障一批”对患有大病和长期慢性病的农村贫困人口(建档立卡贫困人口和农村低保对象、特困人员、贫困残疾人), 根据病情分类分批救治。

1. 大病集中救治一批。
 - 三定两两强: 确定定点医院, 确定诊疗方案, 确定单病种收费标准, 加强医疗质量管理, 加强责任落实。
 - 救治范围: 对患儿童急性淋巴细胞白血病、儿童急性早幼粒细胞白血病、儿童先天性心脏病房间隔缺损、儿童先天性心脏病室间隔缺损、食管癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、终末期肾病等9种重大疾病的贫困患者进行集中救治。
2. 慢病签约服务管理一批。
 - 为每位农村贫困人口发放一张健康卡; 组织乡镇卫生院医生或村医与农村贫困家庭进行签约, 鼓励县医院医生与乡村两级医务人员组成医生团队与贫困家庭签约, 根据农村贫困家庭慢性病患者病情安排个性化健康管理。
3. 重病兜底保障一批。
 - 实施县域内住院“先诊疗后付费”和“一站式结算”服务模式, 设置定点医院, 建立转诊、会诊机制, 在定点医院优化诊疗服务流程, 开通就医绿色通道, 在挂号、交费、检查、取药等方面对农村贫困人口给予优先服务; 设置爱心病房, 配备临床经验丰富的医护人员。农村贫困人口入院时不需缴纳住院押金, 由定点医院与医保、医疗救助经办机构之间进行结算, 减轻患者垫资压力。

问 困难群众重特大疾病医疗救助, 咋保障?

1. 保障对象:
 - 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。
 - 低收入家庭的老年人、未成年人、重度残疾人和重病残疾人等困难群众, 以及县级以上政府规定的其他特殊困难人员, 可以由各县(市、区)自行确定是否纳入医疗救助范围。
2. 保障范围:
 - 特殊病种门诊救助和住院救助
 - 门诊救助——重点对因患慢性病需要长期服药或患重大疾病需要长期门诊治疗, 导致自负费用较高的患者。目前救助病种包括: 终末期肾病(采用门诊血液透析或腹膜透析方法治疗)、血友病(采取凝血因子治疗)、慢性粒细胞性白血病(采用门诊酪氨酸激酶抑制剂治疗)、I型糖尿病(门诊胰岛素治疗)、耐多药肺结核(门诊抗结核药治疗)、再生障碍性贫血(门诊药物治疗)、恶性肿瘤门诊化疗、器官移植术后抗排斥治疗、重症精神病人药物维持治疗
 - 住院救助——重点救助对象在定点医院发生的政策范围内住院费用中, 对经基本医疗保险、城乡居民大病保险及各类补充医疗保险、商业保险报销后的个人负担费用, 按比例和限额给予救助。
- 救助比例及限额:
 - 门诊救助比例为年度限额内门诊医疗费用的10%。门诊救助的年度最高救助限额为5000元。
 - 住院救助, 对最低生活保障对象按年度救助限额内不低于70%的比例给予救助, 年度最高救助限额为1万元; 对分散供养特困供养人员按年度救助限额内不低于80%的比例给予救助, 对集中供养特困供养人员按年度救助限额内不低于90%的比例给予救助, 年度最高救助限额为1万元; 有条件的地方可根据医疗救助资金筹集情况, 研究确定其他救助对象的住院医疗救助方案。

贫困地区妇女可享健康大礼包



免费孕前优生健康检查。



农村妇女增补叶酸。



农村妇女“两癌”(乳腺癌和宫颈癌)筛查。



免费预防出生缺陷产前筛查、免费新生儿疾病筛查。

执行策划 高慧彬
策略 高富国 陈琳君



医药卫生报 微信二维码