

广西壮族自治区实施乡村振兴战略指挥部医疗保障专责小组

自治区实施乡村振兴战略指挥部医疗保障 专责小组关于做好过渡期困难群众医疗 服务保障工作的通知

自治区实施乡村振兴战略指挥部医疗保障专责小组成员单位，各市、县（市、区）实施乡村振兴战略指挥部医疗保障专责小组：

为切实做好乡村振兴过渡期（2022-2025年）困难群众医疗服务保障工作，规范定点医疗机构医疗服务行为，减轻困难群众合理就医负担，现将有关工作要求通知如下。

一、加强组织管理，明确工作目标

各市、县（市、区）卫生健康、医保、民政、乡村振兴等部门要增强政治意识，提高政治站位，坚持人民至上、生命至上，确保不因自付费用占比控制影响困难群众正常诊疗需求。要加强组织领导，规范医疗机构对特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、低保对象、低保边缘对象、监测对象和脱贫人口等困难群众的医疗服务、医疗收费与医保基金使用行为，切实有效维护困难群众就医权益与医保基金安全。进一步明确困难群众在定点医疗机构住院期间使用《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90%以上，超出部分由医疗机构自行承担（除外单病种付费病例）。属特殊病例无法达到规定比例，需报当地卫生健康、医疗保障部门审批（审批工作方案见附件）。

二、加强政策培训，规范诊疗行为

各市、县（市、区）卫生健康、医保部门要组织开展巩固基本医疗保障成果相关政策措施的培训、宣传工作，确保基层干部、各级医疗机构医务人员精准理解、正确解读、掌握政策，自觉贯彻落实困难群众就医服务、医保报销等政策，不断规范医疗机构医疗服务行为和价格收费行为。严格管理过度检查、过度治疗、过度用药、分解收费、超标准收费、重复收费等不合理行为，避免增加困难群众就医负担。

三、加强监测监督，确保政策见效

各市、县（市、区）卫生健康、医保、民政、乡村振兴等部门既要按照职责分工各司其职，同时也要加强部门联动，畅通信息沟通渠道，强化全过程监督，重点做好事前监督，及时发现、反馈、核实困难群众就医费用异常现象，并按照《特殊病例审批工作方案（试行）》（见附件）做好特殊病例审批工作。各地卫生健康、医保部门对定点医疗机构在困难群众医疗服务保障工作中好的做法要大力宣传、推广；对于困难群众使用医保目录费用比例低于90%但又不属于特殊病例的，要督促指导医疗机构做好整改，确保落实困难群众就医服务、医保报销等政策落地见效，增强困难群众就医服务获得感。

附件：特殊病例审批工作方案（试行）

广西壮族自治区实施乡村振兴战略指挥部
医疗保障专责小组

2022年9月6日

附件

特殊病例审批工作方案（试行）

为做好困难群众中特殊病例使用医保目录费用占比低于90%情形审批工作，特制定以下工作方案。

一、主要目的

通过规范审批流程，允许困难群众遇到特殊情形时，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》（以下简称为“医保目录”）费用占总费用低于90%，保障困难群众合理就医服务需求。

二、适用情形

（一）适用人群。特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、低保对象、低保边缘对象、监测对象和脱贫人口等困难群众。

（二）适用情况。在县级及以下医保定点医疗机构住院时使用医保目录费用占总费用无法达到90%的特殊病例。

三、审批流程

（一）数据推送与监测。民政、乡村振兴部门定期将特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、低保对象、低保边缘对象、监测对象和脱贫人口等困难群众信息共享给同级卫生健康、医保部门，卫生健康部门负责将困难群众名单发送给医疗机构，医保部门负责在医保系统标记困难群众，确保入院登记和出院

结算时医保信息平台均能返回困难群众身份信息；医保部门要开展困难群众就医信息监测，实时或定期将使用医保目录费用占比低于90%的困难群众名单及相关信息推送给卫生健康部门。

（二）申报。困难群众到定点医疗机构住院后，医疗机构要根据卫生健康部门提供的困难群众名单及医保系统标记信息，做好身份识别工作；同时，要严格按照相关诊疗规范提供治疗服务，并主要提供医保目录内服务项目。困难群众住院期间，如确有医保目录外服务费用超过10%需求，由困难群众本人或家属提出申请，医疗机构组织专家组进行鉴定；专家组认为符合特殊病例情形，由医疗机构向县级卫生健康部门申报审批；如因相关部门未及时提供数据导致医疗机构未获取入院困难群众身份信息的，医疗机构可在收到困难群众医疗费用监测信息反馈10个工作日内，向县级卫生健康部门提出申报审批。

（三）审批。县级卫生健康部门负责建立特殊病例审批流程，负责特殊病例的审核工作，视患者病情缓急在接到医疗机构申报后在3个工作日内给予批复。各地可结合实际，设置应急审批通道，个别困难群众需立即审批的，可先电话请示县级卫生健康行政部门主要领导同意，实行先审批后补办程序，保障特殊情况下困难群众的生命安全。

（四）备案。通过审批的名单信息实行逐级备案制，县级卫生健康部门负责将辖区审批信息报送市级卫生健康委及同级乡村振兴、医保部门备案，市级卫生健康委负责将审批信息报送自治区卫生健康委备案，自治区卫生健康委负责汇总全区审

批信息。

四、工作要求

(一) 高度重视，细化审批制度。做好困难群众使用医保目录费用占比低于90%情形审批工作是保障困难群众享受规范的就医诊疗服务的重要手段，也是进一步做好医疗保障脱贫攻坚同乡村振兴有效衔接的具体工作要求。各市、县（市、区）要高度重视，结合本通知要求，细化审批流程，组建审核专家组，同时指导医疗机构组建专家组、建立审核和申报流程，确保审批工作有序开展。各地要结合实际情况建立“特殊病例库”，并及时上报自治区卫生健康委。

(二) 规范审批，确保一例一审。各地要严格按照审批流程开展，严格筛选专家组成员，每一个特殊病例使用医保目录费用占比低于90%的情形均应进入审批流程，做到“一例一审”；原则上审批通过需三分之二及以上专家组成员同意，审批工作应在困难群众出院前完成。

(三) 强化沟通，做好查漏补缺。各级卫生健康、医保部门要加强沟通协调，相互配合，确保使用医保目录费用占比低于90%的困难群众名单及时下发到医疗机构。医保部门应当在每月10日前将上个月的使用医保目录费用占比低于90%的困难群众名单发送给卫生健康部门，卫生健康部门应当在收到名单后3个工作日内推送给相关的医疗机构，定点医疗机构要按规定做好特殊病例审批补办工作。

(四) 专人负责，做好信息备案。各地卫生健康、医保部

门要根据部门职责分工，明确专人负责，确保审批工作有人跟进、有人落实。各县级卫生健康部门应当在完成审批后的5个工作日内将审批信息报相关部门备案。