

麻城市健康扶贫医疗救助政策调整公告

根据省委、省政府、黄冈市扶贫攻坚领导小组对健康扶贫政策调整完善的要求，按照《市人民政府办公室关于进一步完善农村贫困人口基本医疗保障的通知》（麻政办发〔2019〕7号）文件，对我市健康扶贫医疗救助政策进行调整，现公告如下：

一、调整住院起付标准。农村贫困人口除特困供养人员、孤儿等特殊群体外，市域内一级医疗机构住院起付标准为100元，市域内二级、三级医疗机构住院起付标准为200元，黄冈市内含市直三级医疗机构住院起付标准为300元，市外医疗机构住院起付标准为500元。住院起付标准不纳入健康扶贫政策兜底保障范围。

二、门诊特殊慢病即时申报。患有门诊特殊慢性病病种范围内疾病的农村贫困人口，携相关病历资料在参保所属乡镇办卫生院即时申报，从通过评审的次月起开始享受待遇；患有恶性肿瘤门诊放化疗、白血病、慢性肾功能衰竭透析、尿毒症、器官移植五个特殊病种的参保患者，携相关病历资料在市中医院即时申报，从通过评审的次日起开始享受待遇。

三、“985”政策报销范围及标准。农村贫困人口住院，政策范围内医疗费用报销到90%；市域内大病、特殊慢性病门诊政策范围内费用报销到80%；年度政策范围内医疗费用个人自付部分5000元封顶。

四、完善农村居民因病致贫医疗救助制度。非建档立卡的农村居民，因新发重大疾病导致家庭贫困的对象，当年在医疗机构住院的自付政策范围内费用超过3万元、除去医疗支出后家庭年人均可支配收入低于4433元的(2019年标准)，纳入补充医疗保险医疗救助范围。

五、严格执行分级诊疗制度。严格遵循基层首诊、逐级转诊的原则。严禁无序就医，农村贫困人口首诊应在基层医疗机构，确需转上级医院治疗的，必须按要求办理转诊手续。未按要求办理转诊手续、不在指定医疗机构就医的，不享受健康扶贫医疗救助政策。

六、严格控制政策范围外医疗费用。农村贫困人口住院政策范围外医疗费用占医疗总费用比例，市域内一级医疗机构不超过3%，市域内二级、三级医疗机构不超过8%，在控制比例内的政策范围外费用实行知情同意由患者自付，超出规定比例的政策范围外费用由医疗机构承担。

本次政策调整自2019年8月1日起执行，特此公告！

