

晋城市医疗保障局办公室 晋城市农业农村局办公室 文件

晋市医保办发〔2025〕4号

晋城市医疗保障局办公室 晋城市农业农村局办公室 关于转发《山西省医疗保障局办公室山西省农业农村厅办公室关于印发<关于进一步做好困难群众就医服务管理工作的实施方案>的通知》的 通 知

各县（市、区）医疗保障局、农业农村局，各直属事业单位：

为更好保障我市困难群众医疗权益，进一步做好困难群众就

医服务管理工作，现将《山西省医疗保障局办公室山西省农业农村厅办公室关于印发<关于进一步做好困难群众就医服务管理工作的实施方案>的通知》（晋医保办发〔2025〕1号）》转发给你们，并提出如下工作要求，请抓好贯彻落实。

一、落实预警监测。市、县两级医保经办机构要会同农业农村等相关部门按照《防范化解因病返贫致贫动态监测预警流程》，做好高额医疗费用负担患者监测预警，按规定将监测对象、其他居民纳入医保因病返贫致贫监测范围，每月5日前将相关信息提供给同级民政、农业农村部门。

二、实施定点管理。市、县两级医保经办机构要按照省局关于医疗救助定点医疗机构资质、数量等方面的要求，结合医疗机构医保基金使用及患者就医需求等情况，在医疗保障定点医疗机构范围内按规定合理选择医疗救助定点医疗机构，并实行医疗救助协议管理，明确服务内容、服务质量、费用结算以及双方的责任义务。市医保中心请于2025年5月底前确定医疗救助定点医疗机构，完善信息系统，并将名单报市医保局备案。

三、强化责任落实。市、县两级医保、农业农村部门要高度重视，明确责任，协同配合，确保全市困难群众就医工作实现保障政策落地见效、经办服务便捷高效、基金监管提质增效。落实

中遇到的重大问题要及时向市医保和农业农村部门反馈。

晋城市医疗保障局办公室



晋城市农业农村局办公室



2025年3月13日

(此件不予公开)

晋城市医疗保障局办公室

2025 年 3 月 13 日印发

山西省医疗保障局办公室 山西省农业农村厅办公室

文件

晋医保办发〔2025〕1号

山西省医疗保障局办公室 山西省农业农村厅办公室 关于印发《关于进一步做好困难群众就医 服务管理工作的实施方案》的通知

各市医疗保障局、农业农村局：

为更好保障我省困难群众医疗权益，进一步做好困难群众就医服务管理工作，按照国家医保局办公室、农业农村部办公室《关于更好保障困难群众医疗保障权益进一步做好就医服务管理工作的通知》（医保办发〔2024〕28号）要求，省医疗保障局办公室会同省农业农村厅办公室制定了《关于进一步做好困难群众就医服务

管理工作的实施方案》，现发给你们，请抓好贯彻落实。



(此件不公开)



关于进一步做好困难群众就医 服务管理工作的实施方案

按照国家医保局办公室、农业农村部办公室《关于更好保障困难群众医疗保障权益进一步做好就医服务管理工作的通知》(医保办发〔2024〕28号)要求,为更好保障我省困难群众医疗权益,减轻其医疗费用负担,规范医疗救助定点医疗机构诊疗行为、提高服务质量,让困难群众可感可及,特制定本实施方案。

一、目标任务

各级医保和农业农村部门要兜牢兜实巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果责任,充分发挥基本医保、大病保险、医疗救助三重制度功能,切实做好与相关部门工作协同和信息共享,落实落细医疗救助政策,对符合条件的救助对象及时兑现待遇,确保资金按时拨付到位。资助参保应资尽资、直接救助应救尽救,符合条件的要充分保障,确保困难群众应保尽保、应救尽救。

二、主要举措

(一)夯实预警监测机制。各级医保部门会同农业农村等相关部门做好高额医疗费用负担患者监测预警,按规定将监测对象、其他居民纳入医保因病返贫致贫监测范围,每月10日前将相关信息提供给同级民政、农业农村部门。对于一个年度内医疗费用负担未发生变化的,可不重复推送。加强对困难群众住院情况的统计分

析,重点加强住院次数监测,对久治不愈的困难群众要给予特别关注和关心。对于异常高频住院的要以灵活切实可行的方式予以关注和关照,对于困难群众一个自然年度内3次及以上县域内住院治疗的,地级市医保会同农业农村等相关部门要重点关心,县级医保部门要及时将相关信息推送至签约的家庭医生,由家庭医生进一步了解其病情。确需转往上一级医疗机构就医的,由县级医疗机构按规定及时办理转诊手续。要加强数据分析,对于患慢特病等确需多次住院的患者,在医保信息系统予以标识,提供相应的医保服务;对于在基层医疗卫生机构和一级医院多次住院的患者,各地医保部门要会同农业农村等相关部门采取有效措施保障其得到真实和高质量的医疗服务。

(二)实行医疗救助单独定点。各地医保部门要在医疗保障定点医疗机构范围内,选择技术条件好、服务质量优的医疗机构作为医疗救助定点医疗机构,并结合国家医保定点医疗机构代码实现医疗救助协议管理,明确服务内容、服务质量、费用结算以及双方的责任义务。原则上每个地级市选取1-2家医院,每个县级行政区域选取1-2家医院,每个街道(乡镇)选取1个社区卫生服务中心(乡镇卫生院)作为医疗救助定点医疗机构,医保定点的村卫生室均作为医疗救助定点医疗机构,各市可结合实际适当放宽市级定点医疗机构数量。可根据精神病、传染病等专科需求,选择必需的专科医院作为医疗救助定点医疗机构。对于患重大疾病的困难群众,需要在省级及以上三甲医院就医的,县级及以上医疗

救助定点医疗机构要按规定及时办理转诊手续。医疗救助定点医疗机构要充足配备集采药品,为群众提供价宜质优的医药服务。

(三)加强医疗救助定点医疗机构支付管理。对医疗救助定点医疗机构,根据其服务数量、内容等变化,合理确定其总额预算、DRG/DIP 医疗机构系数等。要重点关注产生高额费用的病例,定期对医疗机构平均医疗费用、高额费用患者数量进行排名,并以适当形式公开。医保部门会同相关部门做好对医疗服务行为质量的监督管理和考核评价,对于医疗服务质量高、诊疗行为规范的医疗机构,考核后予以相应奖励。对不按规定提供医疗救助服务,考核后按协议约定扣除相应的医保费用,直至解除医疗救助定点医疗机构协议,并移送监管部门及司法机构。

(四)严厉打击欺诈骗保等违法违规行为。保持打击欺诈骗保高压态势,对开展医疗救助服务的定点医疗机构实行重点监控,重点查处以免费体检、免费就餐、免费接送、减免自付费用等名义或方式诱导、招揽、截留困难群众住院就医的行为。对不按规定用药、诊疗以及提供医疗服务所发生的费用,医疗救助基金不予结算。对于以治疗名义给困难群众小病大治、有病乱治的过度检查、过度诊疗、超量开药、重复开药、分解住院行为以及虚假住院、无病住院等情况,要坚决一查到底,涉嫌违法违纪的要及时移送公安、纪检部门。

(五)优化调整经办服务。医疗救助对象优先在基层医疗卫生机构就诊,确保困难群众方便及时就医。规范转诊的困难群众

患者在市域内医疗救助定点医疗机构就医时,与医院确认相关身份信息后,实行基本医疗保险、大病保险和医疗救助“一站式”结算。引导医疗救助对象和医保定点医疗机构优先选择纳入基本医保支付范围的药品、医用耗材和诊疗项目。医疗救助对象省外异地就医应提前做好异地就医备案,非长期居住人员异地就医原则上应选择就医地三级医保定点医院。对于在非医疗救助定点医疗机构就医,或未规范转诊的,发生的医疗救助费用由患者先行结算,凭票据到身份认定地医保部门审核再按规定拨付医疗救助费用。

(六)发挥多层次保障合力。县级医保部门要通过数据赋能实现精细化管理,关注困难群众就医情况,对困难群众就医情况建立“一人一档”,并将信息主动推送至家庭医生,助力医院、社区卫生服务中心(乡镇卫生院)建立连续治疗机制,并主动上门提供服务,支持医疗机构和家庭医生加强慢性病患者健康管理,实施早诊早治。完善“1+3+N”的多层次医疗保障体系,构建多元化救助格局,引入社会力量参与困难群众医疗保障,积极引导慈善组织等社会力量在医疗救助定点医疗机构内开展慈善救助和志愿活动,按照“政府支持一点,慈善帮扶一点,医院减免一点,患者出一点”的模式,持续提升多层次医疗保障功能,合力减轻医疗救助对象就医负担。医保部门要通过医保信息平台主动发现特定疾病的困难群众,主动推送至有关慈善医疗救助项目,引导慈善资金提高使用效率。

三、保障措施

(一)加强组织领导。各级医保和农业农村部门要自觉将思想和行动统一到党中央、国务院和省委、省政府关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的总体部署上来,切实做好困难群众就医管理服务工作,既要加强困难群众就医管理,杜绝个别医疗机构违规利用困难群众的优厚医保待遇欺诈骗保现象,又要为困难群众就医提供优质、高效、便捷的服务。

(二)完善协议管理。各市医保部门要进一步完善医保定点协议管理,于2025年6月底前确定医疗救助定点医疗机构,要做好过程管理,加强对医疗救助定点医疗机构的费用审核、监督检查等工作。

(三)加强舆论引导。各级医保部门要主动对接农业农村等相关部门,完善困难群众身份信息共享机制,做好大额医疗费用困难群众信息推送,做好培训和宣传解读,共同保障好、服务好困难群众。工作落实中遇到的重大问题要及时向省级医保和农业农村部门报告。

