

上海市长宁区人民政府办公室关于转发区民政局等四部门  
联合制定的《关于对长宁区困难人员实施“四医联动”基本  
医疗保障的意见》的通知

区政府各委、办、局，各街道办事处，新泾镇政府：

区民政局、财政局、卫生局、人社局联合制定的《关于对长宁区困难人员  
实施“四医联动”基本医疗保障的意见》已经 2010 年 10 月 11 日第 143 次  
区长办公会讨论同意，现转发给你们，请认真按照执行。

二〇一〇年十月二十日

# 关于对长宁区困难人员实施“四医联动”

## 基本医疗保障的意见

为贯彻国家民政部、财政部、卫生部、人力资源和社会保障部《关于进一步完善城乡医疗救助制度的意见》(民发„ 2009“ 81号)的精神,按照区委、区政府的要求,坚持以人为本、执政为民的工作理念,从落实基本医疗保障的工作实际出发,以改善民生为导向,聚焦困难边缘群众,特别是“支出型”贫困人群,通过采取“基本医疗保险+基本医疗服务+政府医疗救助+社会组织医疗帮扶”的基本医疗保障(下称“四医联动”基本医疗保障)措施,完善“保基本、可叠加、多组合、少重复”的社会救助模式,有效缓解部分困难人员不敢看病、看不起病的现象,切实保障困难人员的基本医疗,使困难人员真正能看得上病、看得起病、看得好病。

### 一、保障办法

(一)普及基本医疗保险。在困难人员中普及各类基本医疗保险,提高困难人员的参保率,扩大基本医疗保障覆盖面。对没有纳入相关基本医疗保险的困难人员,动员其参保,并且鼓励困难人员参加其他互助类保险,提高困难人员抵御疾病风险的能力。

(二)提供基本医疗服务。本区各街道(镇)社区卫生服务中心和区属定点二级医疗机构提供基本医疗服务和资源,将有需求的困难人员引导到社区卫生服务中心享受基本医疗服务。充分发挥社区卫生服务中心全科服务团队及定点二级医疗机构的作用,让困难人员就医首诊在社区;发挥社区家庭医生的作用,均衡医疗资源,根据需要转诊到定点二级医疗机构,切实降低困难人员就医成本,

优化医疗资源利用。

(三) 实施政府医疗救助。资助困难人员参加上海市城镇居民基本医疗保险,利用现有市、区二级救助专项资金,扩大困难人员受益面,由事后救助向事前、事中救助跨越,最大程度地缓解困难人员医疗负担。

(四) 开展社会组织医疗帮扶。充分发挥区红十字会、慈善基金会、老年基金会、残疾人基金会、社区市民综合帮扶和福利彩票公益金等社会慈善组织在帮困救助中的拾遗补缺作用,通过制定具有针对性的个案帮扶方案,进一步缓解特殊困难人员的医疗负担。

## 二、适用范围

### (一) 保障对象

本意见所称的保障对象,包括以下几类人员:

1. 在本区享受民政特殊救济人员;
2. 在本区享受最低生活保障人员(下称“低保”);
3. 与在本区享受低保的残疾人、大重病人员共同生活的非本区户籍配偶;
4. 本区家庭人均收入低于低保标准 150%的大重病人员;
5. 本区 65 周岁以上无业老人;
6. 人户均在本区,因患病造成家庭实际生活水平自患病之日起连续 6 个月平均每月低于低保标准,且自有普通住房建筑面积低于 90 平方米的人员。

### (二) 保障条件

保障对象须参加以下医疗保险之一:

1. 上海市城镇职工基本医疗保险;
2. 上海市城镇居民基本医疗保险;

3. 上海市小城镇医疗保险；
4. 上海市城镇从事自由职业人员和个体经济组织业主及其从业人员基本医疗保险；
5. 上海市外来从业人员综合保险；
6. 本市普通高等院校学生医疗保障。

### （三）适用机构

保障对象须在本区以下定点医疗机构就医：

1. 户籍所属街道（镇）社区卫生服务中心；
2. 由社区卫生服务中心转诊至区属定点二级医疗机构。

### 三、保障标准

- （一）按具体所参加的医疗保险办法享受医疗保险；
- （二）在社区卫生服务中心就医，医疗保险支付范围内个人自负部分，按 95%享受保障，个人承担 5%；
- （三）转诊至区属定点二级医疗机构就医，医疗保险支付范围内个人自负部分，按 90%享受保障，个人承担 10%；
- （四）对特殊困难人员，实施一次性社会组织医疗帮扶。

### 四、部门职责

- （一）区财政局负责落实区医疗救助专项资金、临时救助专项资金，监督检查资金管理和使用情况。
- （二）区民政局负责“四医联动”基本医疗保障的组织实施，指导组织开展综合帮扶工作，制定“四医联动”基本医疗保障的资金管理办法。
- （三）区卫生局落实“四医联动”基本医疗保障的定点医疗机构，监督管

理“四医联动”基本医疗保障在定点医疗机构的实施。

（四）区人社局（医保办）负责处理各类医疗保险相关事务，做好困难人员参加城镇居民基本医疗保险的服务管理工作，提供城镇职工基本医疗保险综合减负相关信息。

（五）各街道（镇）负责“四医联动”基本医疗保障的申请、审核、审批，与相关单位进行费用结算，每季度对保障对象进行资格复审。

## 五、政策衔接

（一）保障对象按照所参加的医疗保险支付范围，享受医疗保险帐户支付。

（二）保障对象在定点医疗机构就医，医疗保险支付范围内个人自负部分的 95%或 90%，由医疗救助或临时救助支付。

（三）保障对象如符合条件，需办理医疗保险综合减负、住院补充医疗互助保障、相关医疗保险报销或失业保险医疗补助，并返还相应金额。

（四）保障对象不再享受社区医疗帮困一卡通、医疗“三定”、医疗季度、一次性医疗临补、特困医疗补助、因病申请的临时救助等相关政策。

## 六、经费来源

“四医联动”基本医疗保障资金，由现有市、区医疗救助专项资金和区叠加医疗救助专项资金、临时救助专项资金、社会募集资金和相关医疗保险减负、报销或补助的返还金构成。

## 七、其他

（一）本意见自发布之日起实施，本意见适用期限为 2 年，如国家和市有关部门另有相关规定，按规定办理。

（二）有关“四医联动”基本医疗保障的操作流程和具体事项，详见附件

件《关于长宁区困难人员享受“四医联动”基本医疗保障的实施细则》。

附件：关于长宁区困难人员享受“四医联动”基本医疗保障的实施细则

长宁区民政局

长宁区财政局

长宁区卫生局

长宁区人力资源和社会保障局

二〇一〇年十月十一日

附件：

## 关于长宁区困难人员享受“四医联动”基本医疗保障的实施细则

根据《关于对长宁区困难人员实施“四医联动”基本医疗保障的意见》，为切实做好困难人员享受“四医联动”基本医疗保障的实施工作，制定本细则（下称“实施细则”）。

### 一、保障对象

以下人员参加相关医疗保险，在定点医疗机构就医，可享受“四医联动”基本医疗保障：

1. 在本区享受民政特殊救济人员；
2. 在本区享受最低生活保障人员（下称“低保”）；
3. 与在本区享受低保的残疾人、大重病（指恶性肿瘤；重症尿毒症；精神病；再生障碍性贫血；急性、恶急性、中晚期慢性重型肝炎；心脏瓣膜置换手术；冠状动脉旁路手术；颅内肿瘤手术）人员共同生活的非本区户籍配偶；
4. 本区家庭人均收入低于低保标准 150%的大重病（同上）人员；
5. 本区 65 周岁以上无业老人；
6. 人户均在本区，因患病造成家庭实际生活水平（衡量指标：家庭月均实际可支配收入=家庭月均收入-自患病之日起 6 个月平均每月家庭实际医疗费用承担额）自患病之日起连续 6 个月平均每月低于低保标准，且自有普通住房建筑面积低于 90 平方米的人员。

### 二、申请程序

1. 申请人员到户籍所属街道（镇）社会救助事务管理所（下称“救助所”）领取《长宁区“四医联动”基本医疗保障申请表》（下称“申请表”）和《长宁区实施“四医联动”基本医疗保障告知书》（下称“告知书”），阅读告知书，按规定填写《申请表》，并由所在居（村）委会盖章证明。

2. 申请人员将填写完整的《申请表》及相关材料交救助所，并提供 2 张 2 寸个人免冠照片；救助所根据材料和调查结果出具审核意见；街道办事处（镇政府）根据审核意见和材料进行审批。

3. 申请人员经审批同意，签定《长宁区困难人员享受“四医联动”基本医疗保障承诺书》，领取《长宁区“四医联动”基本医疗保障专用卡》（下称“专用卡”），取得保障资格。

### 三、就医流程

#### （一）社区卫生服务中心

1. 接诊。保障对象持《专用卡》、《社会保障卡》（下称“社保卡”）或《医疗保险卡》（下称“医保卡”）、《上海市基本医疗保险门急诊就医记录册》（下称“记录册”）到户籍所属街道（镇）社区卫生服务中心（下称“卫生中心”）门诊就医，由家庭责任制的全科门诊接诊，根据病情予以门诊、家庭病床或住院治疗。

2. 转诊。保障对象在卫生中心诊疗过程中，需转区属定点二级医疗机构（下称“区属医院”）继续诊治，经主治医师及卫生中心审核盖章后，即可到区属医院就医，一次转诊有效期为三个月，三个月内最多可转诊三次。保障对象转至区属医院后，仍可在卫生中心持卡就医，继续按本实施细则的有关规定享受保障。

#### （二）区属医院

1. 卫生中心转诊人员。保障对象持《专用卡》、《社保卡》或《医保卡》、《记录册》，在有效期内到转入的区属医院相关科室就医。

2. 急诊诊疗人员。保障对象因发热（卫生中心非门诊时段）、抢救、重症等情况，持《专用卡》、《社保卡》或《医保卡》、《记录册》到区属医院就医。急诊后 3 天内到卫生中心补办转诊手续。

3. 住院或急诊留院观察人员。保障对象通过卫生中心门诊转诊或急诊至区属医院就医，需住院时凭主治医师开具的住院单、《专用卡》、《社保卡》或《医保卡》、《记录册》办理住院手续，实施住院治疗。

#### 四、结算办法

保障对象在卫生中心或区属医院结算时，按下列要求进行：

##### （一）门急诊医疗费用结算

1. 按照医疗保险支付范围，由医疗保险帐户支付；
2. 在卫生中心就医，属于医疗保险支付范围的个人自负部分，个人承担 5%，付费窗口当场结算；
3. 转诊至区属医院就医，属于医疗保险支付范围的个人自负部分，个人承担 10%，付费窗口当场结算；
4. 不属于医疗保险支付范围的医疗费用，由个人直接支付，付费窗口当场结算。

##### （二）住院或急诊留院观察医疗费用结算

1. 按照医疗保险支付范围，由医疗保险帐户支付；
2. 在卫生中心就医，属于医疗保险支付范围的个人自负部分，个人承担 5%，付费窗口当场结算；

3. 转诊至区属医院就医,属于医疗保险支付范围的个人自负部分,个人承担 10%,付费窗口当场结算;

4. 不属于医疗保险支付范围的医疗费用,由个人直接支付,付费窗口当场结算;

5. 住院或急诊留院观察医疗,卫生中心或区属医院根据实际情况按相关预交费(具体标准参照沪医保,2000"79号《关于调整本市医疗保险定点医疗机构病人预交费标准的通知》)的10%收取;

6. 跨年度的住院或急诊留院观察医疗费用,按费用结算时所在年度的医疗费用进行结算;

7. 在卫生中心或区属医院住院不足6个月,出院时结算医疗费用;住院6个月以上的,每满6个月或出院时结算医疗费用;

8. 因病情需要由急诊留院观察直接转入住院医疗后,急诊留院观察所发生的医疗费用并入住院费用,不单独结算。

### (三)其他

1. 在卫生中心就医,按照卫生部门相关规定享受基本药品;

2. 市医保部门规定参保人员须自费的药品、医疗材料等费用以及不符合医保规定的其它医疗费用,由个人自行承担,不属于“四医联动”保障范围;

3. 由区属医院转至三级医疗机构的医疗费用不属于“四医联动”保障范围;

4. 符合出院指征而拒不出院者,后续个人自负部分的医疗费用不属于“四医联动”保障范围;

5. 入住A等以上病房者,医保范围内的个人自负部分不属于“四医联动”保障范围;

6. 社保卡或医保卡因卫生中心或区属医院原因无法使用而由个人现金结算的医疗保险支付部分和“四医联动”保障部分费用，卫生中心或区属医院先行垫付，事后与医保、民政部门结算；

7. 全年累计个人承担的自负部分超过 1000 元，可申请社会组织医疗帮扶，具体按照《关于开展长宁区社区综合帮扶工作实施意见》（长民发„ 2008” 10 号）和相关规定执行；

8. 符合医疗救助条件的保障对象事后需到救助所补办相关手续。

#### 五、不予保障和停止享受的情形

1. 冒用、伪造、变造和出借就医凭证的不予保障；

2. 自杀、自残、斗殴、吸毒、酗酒、医疗或者交通事故等行为和依法应当由第三方承担责任的不予保障；

3. 因家庭主观原因造成人户分离的不予保障；

4. 按本市城镇职工基本医疗保险综合减负、住院补充医疗互助保障、外来从业人员综合保险、普通高等院校学生医疗保障等相关医疗保险、失业保险等规定办理了减负、报销或医疗补助，而拒绝返还所得金额的停止享受；

5. 违反本实施细则其它相关规定的停止享受。

#### 六、其他事项

1. 保障对象的就医行为受有关医疗保险监督机构监督，如违反医疗保险相关办法规定，按规定处理；

2. 本实施细则从下发之日起实施，适用期限为 2 年。具体内容 by 区民政局负责解释；如有关部门另有规定，按规定办理。

长宁区民政局

长宁区财政局

长宁区卫生局

长宁区人力资源和社会保障局

二〇一〇年十月十一日