彭水自治县扶贫济困医疗基金的实施方案

根据重庆市财政局、市民政局、市扶贫办《关于印发〈关于建立区县扶贫济困医疗基金的指导意见〉的通知》（渝财社〔2016〕281号）精神，为进一步推进我县脱贫攻坚工作，建立健全更加公平更可持续的社会保障制度体系，减轻困难群众医疗费用负担，特制定本实施方案。

一、救助对象

（一）农村建档立卡贫困人口（不含纳入民政救助系统的因病致贫扶贫对象）。2015年以来脱贫人口在脱贫攻坚期内，继续享受政策。

（二）纳入民政救助系统的低保、三无、五保、孤儿、在乡重点优抚对象、重度残疾人、民政部门建档的其他特殊困难人员、家庭经济困难的在校大学生、因病致贫家庭重病患者等9类城乡困难群众。

二、救助政策

（一）救助范围。上述政策对象中，发生医保目录外的医疗费用（以下简称“自负费用”）占总费用不超过30%，对其医疗目录外自负费用予以救助（超过30%的，对自负费用30%以内的费用予以救助）。

（二）起付及封顶线。原则上符合条件的单次自负费用超过3000元以上的，可享受救助；每人每年最高救助额度不超过5万元。

（三）救助比例。实行分段救助政策。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 分段 | 重点救助对象 | 其他救助对象 |
| 3000-10000 | 25% | 20% |
| 10000-30000 | 30% | 25% |
| 30000-50000 | 35% | 30% |
| 50000及以上 | 40% | 35% |

注：重点救助对象包括城乡低保、农村五保、城市三无和孤儿。

上述救助政策，若遇重、特大疾病，目录外自负费用超过总费用30%的患者，可经相关部门审核认定后，结合实际情况作出适当调整。

三、资金筹集

1.县财政局根据救助对象总人数，按照人均100元的标准筹集资金。

2.资金来源。首次注入基金所需资金由市和县两级政府按照1：2的比例进行筹集。其中：县级通过统筹市级扶贫、救助等转移支付进行筹集，也可在市级扶贫、救助等结余资金中补充基金池，还可多渠道筹措资金，保持基金的总体规模。

四、办理流程

（一）对建档立卡贫困户人口的确定由县扶贫办审核确定，将电子文档报县医保局，每季度更新一次，自然减员。

（二）民政救助对象的确定由乡镇（街道）按要求审定后报县医保局审核确定，每季度更新一次。

（三）县医保局将所有符合扶贫济困医疗基金救助对象个人信息录入大病医疗救助系统内，当救助人员住院符合救助条件，在出院时系统将自动减免个人应减免基金救助金额。即采用“一站式”结算，方便群众办理，减轻群众负担。

五、监督管理

（一）管理主体。由县医保局牵头，会同县财政局、县扶贫办等部门进行管理。各部门要加强协作，确保服务群众、政策之间的良好衔接，共同推进工作。

（二）基金监管。县财政局、县医保局、县扶贫办等部门要加强对基金使用情况的监督管理，严格把关，正确引导预期。既要让老百姓得实惠，切实减轻医疗费用负担，又要避免“福利化”倾向，特别是要坚决杜绝骗补、腐败等现象。