

许昌市人民政府办公室文件

许政办〔2017〕67号

许昌市人民政府办公室 关于印发许昌市农村困难群众“医保帮扶计划” 实施办法（试行）的通知

各县（市、区）人民政府，市城乡一体化示范区、经济技术开发区、东城区管委会，市人民政府各部门：

《许昌市农村困难群众“医保帮扶计划”实施办法（试行）》已经市政府同意，现印发给你们，请结合实际，认真贯彻落实。

2017年12月17日

许昌市农村困难群众“医保帮扶计划” 实施办法（试行）

为进一步发挥医疗保险对困难群众保障功能，加快脱贫致富步伐，助力脱贫攻坚工作，许昌市决定在城乡居民基本医疗保险、大病保险和大病补充保险制度的基础上，对困难群众实施“医保帮扶计划”，切实解决农村困难群众因病致贫、因病返贫问题。

一、保障对象

具有我市户口，参加城乡居民基本医疗保险，且符合下列条件之一的人员：建档立卡贫困人口、农村特困人员集中救助供养对象（以下简称困难群众）。

二、具体措施

（一）对困难群众门诊慢性病病种进行补助

困难群众门诊慢性病患者，在城乡居民基本医疗保险、大病保险和大病补充保险报销的基础上，剩余合规医疗费用按70%给予补助，每人每年累计补助金额不超过2000元。

困难群众门诊慢性病患者在规定的定点医疗机构就医享受帮扶政策。原则上在县域内治疗，以乡级定点医疗机构为主，有条件的县（市、区）政府（管委会）可以探索开展乡级医院与村卫生所联合对门诊慢性病药品的集中配送，方便群众就近取药。

（二）对困难群众重特大疾病门诊病种进行补助

困难群众重特大疾病门诊患者，在城乡居民基本医疗保险、大病保险和大病补充保险报销的基础上，剩余医疗费用，二级、

三级医疗机构分别按70%、60%给予补助，每人每年累计补助金额不超过12000元。困难群众门诊重特大疾病人员在规定的定点医疗机构就医享受帮扶政策，原则上不出市，以市、县两级定点医疗机构为主。

（三）对困难群众住院医疗费用进行补助

困难群众患病在市内乡镇卫生院和二级及以上医疗机构住院治疗时，在城乡居民基本医疗保险、大病保险和大病补充保险报销的基础上，合规自付费用超过1000元以上的部分，一级、二级、三级医疗机构分别按90%、85%、80%给予补助，不设封顶线。通过以上报销后，剩余部分由民政部门按规定进行救助或由慈善机构给予救助。

各定点医疗机构对我市困难群众实施住院“先诊疗后付费”服务模式，切实减轻困难群众垫资压力和费用负担。各级医疗机构要有效控制目录外药品和诊疗项目的使用，确保把一级、二级、三级医院目录外费用分别控制在2.5%、7%、10%以内。

三、补助资金筹资与管理

“医保帮扶计划”补助资金由市、县财政分级负担，市级财政按保障对象人数每人每年定补80元，剩余资金由县级财政负担。县级财政部门要将市、县两级资金纳入社保基金财政专户管理，实行专帐核算、专款专用，当年结余部分滚存至下一年度使用。

四、监督机制

（一）医疗保险经办机构应当加强对“医保帮扶计划”补助资金使用的监督检查。医疗保险经办机构实施监督检查时，各定

点医疗机构和个人应当如实提供有关资料，不得拒绝检查或者谎报、瞒报。

（二）定点医疗机构有欺诈、骗保行为的，如虚假就医、挂床住院、分解住院、伪造医疗文书和证明材料或用其他手段骗取补助资金的，由医疗保险经办机构责令退回骗取的资金，并依法查处。

（三）骗保行为构成犯罪的，依法追究刑事责任。

五、部门职责

财政部门负责资金的筹集和预算调整，并纳入社会保障基金财政专户管理。民政部门负责提供农村特困人员集中救助供养对象名单。扶贫部门负责核准建档立卡困难群众，提供具体人员名单及相关基础信息。卫生计生部门负责督促指导医疗机构规范诊疗行为、防止过度医疗。人力资源社会保障部门负责困难群众医保帮扶工作的组织实施，做好与城乡居民基本医疗保险、大病保险及大病补充保险制度的衔接工作，按要求结算、拨付医疗机构医保帮扶资金，实现“一站式”服务。审计部门要加强对专项资金的审计，确保资金专款专用安全运行。

本办法自2018年1月1日起实施。

主办：市人力资源和社会保障局

督办：市政府办公室二科

抄送：市委各部门，市人大、市政协办公室，军分区。

市法院，市检察院，驻许有关单位。

许昌市人民政府办公室

2017年12月17日印发