

揭阳市医疗保障局

揭阳市民政局

揭阳市财政局

揭阳市人力资源和社会保障局

揭阳市卫生健康局

揭阳市扶贫开发办公室

揭阳市政务服务数据管理局

揭阳市残疾人联合会

文件

揭医保〔2019〕21号

关于印发《揭阳市进一步加强医疗救助 “一站式”结算工作方案》的通知

各县（市、区）医疗保障局、民政局、财政局、人力资源和社会保障局（劳动保障）局、卫生健康局、扶贫开发办公室、政务服务数据管理局、残疾人联合会，市社会保险基金管理局：

现将《揭阳市进一步加强医疗救助“一站式”结算工作方案》印发给你们，请认真贯彻落实。方案执行过程中如遇问题，请径向市医疗保障局反映。



揭阳市医疗保障局



揭阳市民政局



揭阳市财政局



揭阳市人力资源和社会保障局



揭阳市卫生健康局



揭阳市扶贫开发办公室



揭阳市政务服务数据管理局



揭阳市残疾人联合会

2019年7月2日

(电话/传真: 8256093, 电子邮箱: jyybywz@163.com。)

揭阳市进一步加强医疗救助 “一站式”结算工作方案

为进一步推进我市医疗救助“一站式”结算工作，根据揭阳市民政局等6部门《关于印发〈揭阳市困难群众医疗救助实施细则〉的通知》（揭民〔2017〕114号）和广东省医疗保障局等8部门《关于进一步加强医疗救助“一站式”结算工作的通知》（粤医保发〔2018〕5号）等文件精神，结合我市实际，制定本方案。

一、指导思想

全面贯彻党的十九大精神，以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻习近平总书记重要讲话精神，加强医疗救助和基本医疗保险、大病保险费用结算的有效衔接，充分发挥医疗保障制度的综合效能，推进医疗救助“一站式”结算工作，最大限度减轻困难群众医疗费用负担。

二、工作目标

2019年5月底前，制定出台医疗救助与基本医疗保险、大病保险实施“一站式”结算工作方案。2019年6月底前，实现市域内医疗救助和基本医疗保险、大病保险同步结算的“一站式”服务。2019年9月底前，实现省内和跨省异地住院医疗救助“一站式”直接结算。

三、工作任务

(一) 医疗救助“一站式”结算服务对象

参加我市城乡居民基本医疗保险的下列人员：

- 1.最低生活保障家庭成员；
- 2.特困供养人员（包括原农村五保对象、城镇“三无”人员）和孤儿；
- 3.建档立卡的贫困人员（不包含最低生活保障家庭成员、特困供养人员和孤儿，下同）；
- 4.低收入家庭（家庭人均收入在户籍所在地城镇最低生活保障标准 1.5 倍以下，且家庭财产总值低于当地规定上限）中的老年人、未成年人（困境儿童）、重度残疾人和重病患者等困难群众（以下统称低收入救助对象）；
- 5.县级人民政府规定的其他特殊困难人员。

(二) 救助标准

1.门诊救助“一站式”结算

在年度（自然年度，下同）最高救助限额内，在协议定点医疗机构就医的，经基本医疗保险、大病保险报销后门诊个人负担的合规的医疗费用，实行“一站式”结算救助。

(1) 特困供养人员、孤儿按照 100%的比例给予救助，一年内累计救助最高支付限额为 3 万元；

(2) 最低生活保障对象，医疗救助按照 80%的比例进行救助，一年内累计救助最高支付限额为 2 万元。

2.住院救助“一站式”结算

最低生活保障家庭成员、特困供养人员（包括原农村五保对象、城镇“三无”人员）、孤儿、建档立卡的贫困人员及低收入救助对象等在协议定点医疗机构就医的经基本医疗保险、大病保险报销后个人负担的合规医疗费用，实行“一站式”结算救助。

(1) 特困供养人员、孤儿按照 100%的比例给予救助，年度最高支付限额为 8 万元；

(2) 最低生活保障对象，医疗救助按照 80%的比例进行救助，一年内累计救助最高支付限额为 6 万元；

(3) 建档立卡的贫困人员，医疗救助按照 80%的比例进行救助，一年内累计救助最高支付限额为 5 万元。

(4) 低收入救助对象、县级人民政府规定的其他特殊困难人员，医疗救助按照 80%的比例进行救助，一年内累计救助最高支付限额为 5 万元。

3.“二次救助”的“一站式”结算

对经医疗救助后患者个人医疗费用负担仍较重的，给予二次救助，一年内单次或累计救助最高支付限额外患者自负部分（含政策外费用）再给予“二次救助”，实行“一站式”结算救助。

最低生活保障对象、特困供养人员、孤儿、低收入救助对象、建档立卡的贫困人员、县级人民政府规定的其他特殊困难人员，个人自负起付线为1万元，自负费用1-2万元（不含2万元）的救助0.5万元、2-5万元（不含5万元）的救助1万元、5-10万元（不含10万元）的救助2万元、10万元以上的救助3万元。

四、医疗救助基金统筹和管理

按照《城乡医疗救助基金管理办法》《广东省城乡医疗救助基金管理办法》等有关规定，加强医疗救助基金管理。

（一）实行医疗救助基金市级统筹

各县（市、区）医疗救助“一站式”服务所需资金纳入市级统筹，由县级医疗救助基金财政专户中统一划入市社会保障基金医疗救助基金财政专户，实行分账核算、专项管理。各县（市、区）财政局和医保（社保）经办机构负责本级医疗救助资金的收支核算，并按要求管理和报送报表。每年1月份，市医保经办机构根据支出需求测算，下达各县（市、区）年度“一站式”服务资金筹集计划，各县（市、区）医保经办机构及时向同级财政部门申拨资金，足额上划市社会保障基金财政专户，次年1月市级根据资金使用情况据实清算，多退少补。划入的医疗救助“一站式”资金专款用于资助困难群众参加城乡居民基本医疗保险、支付医疗救助对象发生的政策范围内报销医疗救助费用及“二次救

助”费用”。

（二）实行医疗救助预付款制度

市财政局、市医疗保障局和市医保（社保）经办机构建立医疗救助预付款制度。医疗救助预付款的额度按照上年度实际费用的 25%确定。每年 1 月 15 日前，市医保（社保）经办机构根据各地上年度实际发生的医疗救助费用，测算地当年度应上划的医疗救助费用，报市医疗保障局、市财政局审核同意后，下达各地当年度预付款额度，各地医保（社保）经办机构及时向同级财政部门申拨资金，足额将预付款上划市社会保障基金财政专户。医疗救助预付款专项用于困难群众医疗救助结算，每年年末余额结算结转下一年度抵减预付款额度。

五、经办和结算支付流程

医疗救助“一站式”结算工作实行“四统一分”，即全市实行统一的医疗救助政策、业务管理模式、医疗救助基金管理、信息系统管理，业务分级经办。

（一）医疗救助“一站式”结算服务对象录入

1.县（市、区）民政、扶贫、残联部门每年在城乡居民医保正常参保缴费前按照职责分工负责确认医疗救助对象身份信息并通过本部门信息系统录入，上传省级有关部门，实现数据定期交换和同步更新、共享，再由医疗保障部门组织登记参保。

2.首年县（市、区）医保部门应在医疗救助‘一站式’结算模块的系统功能调整完成后，将相关部门提供的城乡低保对象、特困供养人员、孤儿、低收入救助对象、建档立卡贫困户等困难群众信息录入系统，每月还应及时在“一站式”结算系统中对新增、死亡以及因不符合认定条件而停止救助供养或剔除出建档立卡范围的上述对象名单进行信息变更。上述对象退出保障或建档立卡范围时正在住院治疗的，县（市、区）民政、扶贫部门对该对象名单可予变更，但患者出院时，其医疗救助费用应予以救助。

（二）医疗救助“一站式”结算方式

1.在已联网的定点医疗机构住院（含门诊特定项目和门诊特殊病种），其个人负担的医疗费用应由医疗救助金支付的，由定点医疗机构按规定结算，再由定点医疗机构每月同医保经办机构清结。

2.符合零星报销条件的，其医保报销费用由医保（社保）经办机构按规定结算，其个人负担的医疗费用应由医疗救助金或扶贫资金支付的，由救助对象直接向户籍所在地乡镇（街道）人民政府（办事处）按程序申请办理。

六、部门职责

各级各有关部门要熟悉工作方案，明确任务，合力推进工作落实，确保按时按期完成该项工作。

医疗保障部门负责完善医疗救助对象参加基本医疗保险政策，探索提高待遇统筹层次，提高医疗救助水平，强化资金支出和资金使用的有效性、安全性监督管理。提出市级医保系统内搭建医疗救助管理模块的建设需求。

民政、扶贫、残联等部门按照职责负责确认医疗救助对象的身份信息，并通过本部门信息系统录入，实时更新、上传数据信息，做好与省级部门的工作衔接。

政务服务数据管理部门负责市级政务信息资源共享平台建设，做好与省政务信息资源共享平台的对接工作，及时将医疗救助对象身份信息共享给市级医保信息系统。

医保经办机构负责医保系统医疗救助管理模块建设，做好与省异地就医平台对接、测试、上线等工作，根据各个部门提供的医疗救助对象数据在医保系统中进行身份标识，做好基本医疗保险、大病保险和医疗救助费用“一站式”结算工作。

财政部门做好资金保障工作，加强对医疗救助资金使用的监督管理。

卫生健康部门负责督促医疗机构做好系统对接和测试，特别是基卫平台的对接和测试，落实先诊疗后付费要求，开展“一站式”结算服务。

七、工作要求

(一)要切实做好资助困难群众参加城乡居民基本医疗保险工作。城乡低保对象、特困供养人员、孤儿、低收入救助对象、建档立卡贫困户等参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分由财政给予全额资助，所需资金在城乡医疗救助金解决。对精准扶贫建档立卡的一般贫困人口，其医疗救助所需资金，由扶贫资金按资金管理使用规定给予解决，扶贫资金无法解决部分由医疗救助金解决。各级医保、民政、人社、财政、扶贫部门、医保经办机构以及镇（街道）社会事务办、人社所、农业办等要各司其职，各负其责，密切配合，全面落实资助困难群众参保政策，保障其获得基本医疗保险服务和享受医疗救助“一站式”结算服务。

(二)开通医疗救助对象参加城乡居民基本医疗保险的“绿色通道”。允许中途参保，实行“先登记参保、后补助缴费”，从完成参保登记、做好身份标识之日起即可享受医保待遇。各县（市、区）民政、扶贫、残联等部门要按照职责分工对医疗救助对象身份信息进行动态实时更新上传数据信息，加快政务信息资源共享平台和医保系统对接，实现医疗救助对象身份随时认定医保系统随时标识，即时享受救助，提高医疗救助的实效性和准确性。市社保局及时汇总医疗救助对象情况后向市财政局申请个人参保缴费代缴资金，由市财政局审核确认后将资金划入社会保

障基金财政专户。

（三）要切实落实医疗救助资金。各县（市、区）医保、财政、民政、扶贫部门要切实按照《广东省困难群众医疗救助暂行办法》（粤民发〔2016〕184号）《广东省城乡医疗救助基金管理办法》（粤财社〔2015〕26号）等规定，加强医疗救助资金筹集和使用管理，保障本地区城乡医疗救助工作、包括“一站式”结算服务工作开展的需要。各级财政部门每年根据本地区开展城乡医疗救助工作实际需要，按照预算管理的相关规定，在公共预算和用于社会福利的彩票公益金本级留成部分按20%比例中安排的城乡医疗救助资金；要积极发动社会力量募集医疗救助资金，充分发挥各级财政和社会资金的使用效益。

（四）要切实做好“一站式”结算服务对象信息管理工作。各县（市、区）医保经办机构要落实专人担任“一站式”结算系统管理员，负责“一站式”结算服务对象的信息录入和及时更新工作，做到数据准确、完整。信息录入完成后，必须及时进行审核、审批操作，确保数据及时生效，避免因审核、审批不及时影响到困难群众享受医疗救助“一站式”结算服务。

（五）要切实加大政策宣传。各地要充分运用各种媒体和群众喜闻乐见的方式，深入解读、宣传城乡医疗救助“一站式”结算服务政策，重点宣传“一站式”结算服务的对象范围、结算标

准、结算流程，以及开展“一站式”结算服务对于切实减轻困难群众医疗负担、方便困难群众看病就医的积极意义，让政策家喻户晓，确保“一站式”结算服务工作有效、顺利地开展。

八、其他

（一）以下费用不予医疗救助“一站式”结算：自行到非定点医药机构就医购药或无正规票据的费用；因自身违法行为导致的医疗费用；因自残等发生的医疗费用（精神障碍患者除外）；交通事故、医疗事故等应由他方承担的医疗费用；县级以上人民政府规定的其他不予救助的情况。

（二）医疗救助“一站式”结算服务对象、范围、救助标准等需要调整时，由市医保局会同市民政局、市财政局、市扶贫办制订调整方案并公布执行。

公开方式：主动公开

揭阳市医疗保障局办公室

2019年7月2日印发

校对：洪伟河

（共印120份）