

台儿庄区民政局
台儿庄区卫生和计划生育局
台儿庄区财政局
台儿庄区人力资源和社会保障局
台儿庄区扶贫开发领导小组办公室

文件

台民字【2017】26号

关于印发《台儿庄区城乡医疗救助“一站式” 即时结算服务实施方案》的通知

各镇(街)民政所、人力资源和社会保障局，各定点医院：

为进一步简化城乡医疗救助工作程序，提升医疗救助水平，使城乡困难群众享受更加方便、快捷的医疗救助服务，根据《枣庄市城乡医疗救助“一站式”即时结算服务管理办法》（枣民字[2013]7号）的有关精神，经研究，决定从2017年5月起，在全区实行城乡医疗救助“一站式”即时结算服务。现将区民政局、区卫生和计划生育局、区财政局、区人力资源和社会保障局

局、区扶贫开发领导小组办公室联合制定的《台儿庄区城乡医疗救助“一站式”即时结算服务实施方案》印发给你们，请认真贯彻执行。

台儿庄区民政局

台儿庄区卫生和计划生育局

台儿庄区财政局

台儿庄区人力资源和社会保障局

台儿庄区扶贫开发领导小组办公室

2017年5月16日

台儿庄区城乡医疗救助“一站式”即时结算 服务实施方案

为进一步完善我区城乡医疗救助制度，切实解决城乡困难群众的基本医疗救助问题，提升我区城乡医疗救助工作水平，根据《枣庄市城乡医疗救助“一站式”即时结算服务管理办法》（枣民字[2013]7号）的有关精神，制定本实施方案。

一、目标任务

通过推行城乡医疗救助“一站式”即时结算，达到资源信息共享，服务管理规范，救助方便快捷，运行安全高效，实现与城乡居民基本医疗保险无缝对接，互联互通，统一监管，切实为困难居民提供方便、快捷、优质的医疗救助服务目标。

二、“一站式”即时结算服务对象

凡在本区参加城乡居民基本医疗保险的，并在区定点医院住院治疗的特困供养人员、城乡低保对象、建档立卡扶贫对象（以下简称“医疗救助对象”），均可享受医疗救助“一站式”即时结算服务。

城乡医疗救助对象经批准在区以外医院就医，无法享受“一站式”即时结算服务的城乡医疗救助对象，到所属镇（街）人力资源社会保障部所申请“一站式”结算服务。

三、“一站式”即时结算服务内容和范围

（一）城乡医疗救助“一站式”即时结算服务是指符合医疗救助条件的对象，到指定的医疗机构就医，出院结算时，在

得到城乡居民基本医疗保险报销补助的同时，通过定点医疗机构医疗救助“一站式”即时结算服务窗口，对符合医疗保险范围内的自付医疗费按规定的救助标准直接给予医疗救助的服务行为。

（二）住院医疗救助要符合城乡居民基本医疗保险规定的医疗用药目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录。不符合目录规定的部分不享受医疗救助。

有下列情形之一的，不享受住院医疗救助：

- 1、交通事故、医疗事故、人为安全事故造成残疾的；
- 2、酗酒、自杀、自残及违法犯罪造成伤病的；
- 3、已享受国家免费治疗等相关优惠政策的；
- 4、司法鉴定、劳动鉴定、工伤、职业病、孕产期保健、美容保健以及其他责任事故发生的医疗费用等，不予救助。

四、“一站式”即时结算服务救助标准

医疗救助对象因病住院提出医疗救助时，其医疗费用扣除各种医疗保险报销（补偿）、医疗机构减免和社会捐助后，对政策范围内个人实际负担医疗费用，按照不低于 70%的比例给予医疗救助，每人每年救助金额累计不超过 10000 元。医疗救助对象患有常见病、慢性病，需要长期药物维持治疗以及急诊、急救的，可给予一定金额的门诊救助。按照个人门诊实际负担医疗费用 20%的比例予以救助，每人每年最高救助金额不超过 1000 元。

城乡医疗救助政策标准发生变动时，“一站式”即时结算

服务救助标准应随之调整。

五、“一站式”即时结算程序

（一）入院备案登记。医疗救助对象凭定点医院开具的住院通知书、身份证、低保证（农村五保供养证、老年福利证、建档立卡扶贫对象证明）原件和复印件，到医疗救助定点医院专门服务窗口进行登记备案。服务窗口工作人员对医疗救助对象和有效证件进行核实，确认准确无误后，通过医疗救助“一站式”即时结算服务平台登记备案，并将复印件留存。

（二）出院即时救助。医疗救助对象出院时，在定点医疗机构办理城乡居民基本医疗保险报销手续后，医疗救助服务系统将自动根据医疗救助对象的救助标准进行计算，定点医疗机构先垫付由医疗救助基金支付的医疗费用，医疗救助对象只需支付自付部分。

（三）定期结算救助资金，具体结算程序为：

1、“一站式”即时结算服务救助资金由定点医疗机构先行垫付，在每季度最后一个月的月底，定点医疗机构对本季度发生的医疗救助资金审核确认后，将救助资金结算报表和医疗救助对象身份证、低保证（农村五保供养证、老年福利证、建档立卡扶贫对象证明）的复印件，以及住院收费专用票据复印件、医疗保险费用结算单、城乡医疗救助结算单等相关材料，报区民政局核查审批；

区外就诊救助。医疗救助对象到区外就诊出院后，到镇（街）人力资源和社会保障所办理城乡居民基本医疗保险报销手续需

提供身份证、低保证（农村五保供养证、老年福利证、建档立卡扶贫对象证明）、农村商业银行存折（卡）原件和复印件。服务窗口工作人员对医疗救助对象和有效证件进行核实，确认准确无误后，镇（街）人力资源和社会保障所通过医疗救助服务系统自动根据医疗救助对象的救助标准进行计算后，将救助资金结算报表和医疗救助对象身份证、低保证（农村五保供养证、老年福利证）、农村商业银行存折（卡）的复印件，以及住院收费专用票据复印件、医疗保险费用结算单、城乡医疗救助结算单等相关材料，在每季度最后一个月的月底报区民政局核查审批；

2、区民政局对定点医疗机构、镇（街）人力资源和社会保障所报送的材料进行复核、确认，盖章后送区财政局；

3、区财政局对有关材料审查无误后，从医疗救助基金专户中及时把本季度的救助金划拨到各定点医院或救助人员存折。

六、各部门工作职责

（一）区民政局负责建立医疗救助结算服务系统，并与城乡居民基本医疗保险结算服务平台有效对接；完善医疗救助“一站式”即时结算服务系统，做好医疗救助对象和救助政策信息的录入、修改和动态管理等工作，并及时更新；负责救助环节、材料的复核、确认工作。

（二）区扶贫办负责扶贫对象的信息录入、修改和动态管理等工作。

（三）区财政局负责城乡医疗救助基金的筹集，会同区民

政局等相关部门，加强资金管理和使用情况的监督检查。

（四）区人力资源和社会保障局负责协助做好医疗救助软件安装运行，协同做好医疗救助“一站式”即时结算工作。

（五）区卫生和计划生育局负责协助做好医疗救助软件安装运行，加强对定点医疗机构关于医疗救助服务的指导、管理和监督，规范医疗服务行为，督促落实医疗优惠政策，协同做好医疗救助“一站式”即时结算服务工作。

（六）镇（街）人力资源和社会保障局职责

具体负责所属辖区在区外就医人员的“一站式”即时结算工作。

1、建立医疗救助“一站式”即时结算服务平台，设立医疗救助窗口，设置医疗救助标示牌，确定一至二名人员负责医疗救助工作。

2、加强对医疗救助对象医疗用药目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录等情况进行审查、审核，严格按照“一站式”即时结算服务的规定、标准和限额计算医疗救助资金。

3、加强对医疗救助经办人员的监督管理。对工作人员滥用职权、谋取私利、无正当理由拒绝医疗救助对象的救助申请，或者对不按规定目录用药和诊疗的医疗服务费用给予医疗救助的，镇（街）人力资源和社会保障局应根据情节轻重给予批评教育、调离医疗救助工作岗位或者行政处分。

（七）定点医院工作职责

1、建立医疗救助“一站式”即时结算服务平台，设立医疗

救助窗口，设置医疗救助标示牌，确定一至二名人员负责医疗救助工作。

2、对住院医疗救助对象的医疗费用和身份的准确性、真实性负责，确保医疗救助资金的合理使用。

3、加强对医疗救助对象医疗用药目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录等情况进行审查、审核，严格按照“一站式”即时结算服务的规定、标准和限额计算医疗救助资金。

4、按照“一站式”即时结算标准和限额先行垫付医疗救助资金。

5、加强内部管理，提高医疗救助服务水平。对医疗救助具体经办人员要加强业务培训，确保城乡困难群众医疗救助“一站式”即时结算服务工作高效、便捷。

6、加强对医疗救助经办人员的监督管理。对工作人员滥用职权、谋取私利、无正当理由拒绝医疗救助对象的救助申请，或者对非医疗救助对象、对不按规定目录用药和诊疗、对不符合规定的医疗服务费用给予医疗救助的，定点医院应根据情节轻重给予批评教育、调离医疗救助工作岗位或者行政处分。

（八）民政、扶贫、卫计、人社部门要积极会同财政、审计、监察等部门定期对“一站式”即时结算服务管理工作和医疗救助资金使用情况进行监督监察，对弄虚作假骗取医疗救助和其它违规、违纪、违法行为进行严肃处理。