附件1

深圳市医疗保险与医疗救助“一站式”结算实施办法（征求意见稿）

为贯彻落实《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），结合我市实际，制定本实施办法。

一、医疗救助“一站式”结算服务对象

医疗救助“一站式”结算服务对象为本市户籍已参加我市基本医疗保险的特困人员、非集中供养的孤儿、最低生活保障对象和低收入家庭成员。

二、医疗救助“一站式”结算范围与标准

救助对象在我市定点医疗机构门诊和住院治疗，或在异地就医联网结算医疗机构住院，经基本医疗保险、地方补充医疗保险和重特大疾病补充医疗保险结算后，应由个人政策范围内自付部分的合规费用，按下列比例给予医疗救助：

（一）特困人员、孤儿救助比例为100%；

（二）最低生活保障家庭成员、低收入家庭成员救助比例为80%。

救助对象在一个医保年度内，医疗救助“一站式”结算的门诊和住院累计最高救助限额为15万元。未按我市社会医疗保险办法规定办理转诊、备案在市外医疗机构住院相应增加的个人自付费用，医疗救助金不予支付。

三、医疗救助“一站式”结算流程

（一）救助对象在我市定点医疗机构门诊和住院治疗发生的医疗费用，属于医疗救助金支付的部分，由定点医疗机构按规定刷卡记账，当月发生的费用在次月月底前，定点医疗机构与医疗保障经办机构进行费用结算。属于个人负担的部分，由个人与定点医疗机构直接结账。

（二）因就诊的定点医疗机构发生系统故障、社会保障卡损坏或补办期间不能记账的，或已参加我市医疗保险但因困难人员名单未及时获取等特殊原因未能进行“一站式”结算的服务对象，其医疗费用先由个人垫付，再向医院申请退费补记账。

（三）在实现省内和跨省异地住院医疗救助“一站式”结算前，服务对象在异地就医联网结算医疗机构住院所产生的医疗费用，先由个人垫付，再凭有关单据和资料向我市医疗保障经办机构申请费用审核报销。

四、医疗救助“一站式”资金管理

（一）市医疗保障经办机构建立医疗救助金支出户，核算医疗救助资金，负责和定点医疗机构结算医疗救助费用。

（二）从2020年开始，医疗救助“一站式”结算费用纳入市医疗保障部门年度预算。市财政部门每年1月10日前，将医疗救助“一站式”结算预算资金划入市医疗保障经办机构医疗救助金支出户。其中应由各区财政负担的经费，通过市区体制结算的方式，由市财政部门与区财政部门进行清算。

（三）医疗救助“一站式”结算资金实行专款专用，不得从中提取管理费或列支其他任何费用。当年资金结余转下年度滚存使用，当结算资金年度使用不足时，由相应的区财政部门提前予以补足。

五、部门职责

（一）各区政府、新区管委会负责统筹本级医疗救助“一站式”结算工作，督促区民政部门和财政部门按要求完成各自职责工作。

（二）民政部门负责“一站式”结算救助对象的认定工作。

（三）市财政部门负责保障医疗救助资金，确保资金及时、足额拨付到位，并对其管理和使用情况进行监督检查。

（四）市人社部门负责根据需求，完成医疗救助与医疗保险信息系统的对接，实现医疗救助“一站式”结算的功能。

（五）市卫健部门负责协调定点医疗服务机构做好“一站式”结算平台与医疗保险信息管理平台的衔接，指导各定点医疗服务机构落实“一站式”结算政策。

（六）市医疗保障行政部门负责统筹医疗救助“一站式”结算工作，提出医疗救助与医疗保险信息系统对接需求，保障信息系统改造经费；市医疗保障经办机构负责医疗救助年度资金预算，建立医疗救助金支出户，核算医疗救助资金，做好医疗救助费用的支付、结算和报销工作，牵头跟进医疗信息系统中医疗救助管理模块建设。

六、执行时间

本工作方案自印发之日起实施。