区人民政府办公室

关于印发曾都区优抚对象医疗保障“一站式”

结算实施办法（试行）的通知

（曾政办规〔2012〕2号）

各镇人民政府、办事处、管委会，区政府各部门：

《曾都区优抚对象医疗保障“一站式”结算实施办法（试行）》已经区政府常务会议讨论通过，现印发给你们，请认真遵照执行。

2012年9月17日

曾都区优抚对象医疗保障“一站式”

结算实施办法（试行）

第一条 为保障优抚对象医疗待遇，切实解决优抚对象医疗困难，方便优抚对象就医结算，根据《关于优抚对象医疗补助资金使用管理有关问题的通知》（财社〔2008〕35号）、《湖北省优抚对象医疗保障试行办法》（鄂民政发〔2008〕51号）、《随州市优抚对象医疗保障实施细则》（随民发〔2007〕33号）等规定，制定本办法。

第二条 本办法所称优抚对象是指具有曾都区城乡居民户籍、按照国家规定享受定期抚恤和生活补助的七至十级残疾军人〔一至六级残疾军人的医疗保障按《湖北省一至六级残疾军人医疗保障实施办法》（鄂民政发〔2007〕37号）执行〕、在乡复员军人、带病回乡退伍军人、烈士遗属、因公牺牲军人遗属、病故军人遗属、参战和参试退役人员（指经过民政部门按照国家有关规定，进行了登记并认可的参战和参试退役人员）。

第三条 优抚对象按属地管理的原则，相应参加城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和农村新型合作医疗等城乡基本医疗保障制度（以下简称三项基本医疗保障制度），可在此基础上享受优抚对象医疗补助。

第四条 优抚对象因病住院享受三项基本医疗保障待遇后，个人自付住院医疗费用不超过2000元的部分按30%比例补助，超过2000元的部分按50%比例补助。全年累计补助资金不得超过3000元。

 第五条 对持有本区《农村五保供养证》或《曾都区社会救助证》并正在领取五保金或低保金的优抚对象，按“就高”原则，在“一站式”结算平台上按照《曾都区城乡贫困群众医疗救助操作办法》进行救助后，不再享受优抚对象医疗补助。对患重大疾病经“一站式”平台补助后，个人负担仍有困难的优抚对象，在提供本人申请、医院诊断证明、身份证、户口簿、重点优抚对象医疗证复印件、新型农村合作医疗结算单据或医保报销材料，报民政部门审核后，按相关规定给予救助。

第六条 住院医疗费 “一站式”结算程序。

优抚对象住院应到市中心医院、市中医院、曾都医院、曾都区惠民医院以及各镇（办）医院（卫生院）等定点医院医疗救助窗口申请登记，并提交优抚对象本人身份证和《曾都区重点优抚对象医疗证》，医院在初步确认补助对象身份后，进入医疗补助网络平台进行登记申请。区民政局对医院网上提交的申请补助信息进行审查，并将审查意见、补助限额和补助比例在网络平台上回复给医院。优抚对象出院结算时，医院应将补助资金垫付给优抚对象，并将费用结算情况通过网络平台提交给区民政局，医院将报表及结算单和优抚对象医疗证号、身份证复印件按季度报区民政局审核，再经区财政局复核后，由区财政局直接拨付给定点医院。

第七条 优抚对象需转往市外医院治疗的，经定点医疗机构和三项医疗保障机构审批后方可转院。危、急、重症患者的转诊，由定点医院视情况先行转诊，在七个工作日内补办转诊审批手续，其个人医疗费支付部分补助标准与定点医院补助标准相同，个人须提供本人申请、医院诊断证明、身份证、户口簿、重点优抚对象医疗证复印件、新型农村合作医疗结算单据或医保报销材料，报民政部门审核。民政部门将审核的应补助数额按季汇总后报财政部门，财政部门复核后将补助资金直接拨付到优抚对象个人帐户。

第八条 医疗机构应公开对优抚对象优先、优惠的医疗服务项目，完善并落实各项诊疗规范和管理制度，合理检查、用药和收费。

第九条 优抚对象医疗费“一站式”结算工作由区民政、财政、人社、卫生等部门管理并组织实施，各部门应密切配合，切实履行各自职责。

（一）民政部门应及时向人社和卫生部门提供优抚对象名单；协调有关部门研究处理“一站式”结算工作中遇到的具体问题；按照预算管理要求编制年度优抚对象医疗补助资金预算，报同级财政部门审核，确保优抚对象医疗补助资金专款专用。

（二）财政部门应合理安排并及时拨付优抚对象医疗补助资金；会同有关部门加强资金管理和监督检查。

（三）人社部门应将符合条件的优抚对象纳入城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和工伤保险；做好已参保优抚对象的医疗保险服务管理工作，按规定保障已参保优抚对象享有相应的医疗保险待遇。

（四）卫生部门应将符合条件的农村优抚对象纳入新型农村合作医疗；组织定点医院为优抚对象提供优质医疗服务；加强对定点医院监督管理，规范医疗服务，提高服务质量，保障医疗安全，指导和督促定点医院制定和执行相关优惠服务政策，落实优质服务措施。

第十条 本办法由区民政局会同区财政局、区人力资源和社会保障局、区卫生局负责解释。

第十一条 本办法自2012年10月1日起施行。