

安康市医疗保障局文件

安医保发〔2020〕79号

安康市医疗保障局 关于进一步规范城乡居民大病保险工作的通知

各县区医保局，市医保经办处：

为进一步规范全市城乡居民大病保险工作，根据省医保局《关于进一步做好城乡居民大病保险工作的通知》（陕医保发〔2020〕42号）《安康市城乡居民基本医疗保险市级统筹办法实施细则》（安医保发〔2019〕57号）《安康市城乡居民大病保险实施方案》（安医保发〔2019〕58号），现就有关事项通知如下：

一、享受对象

本市参加城乡居民基本医疗保险的患者按城乡居民基本医保政策规定报销后，符合大病保险报销范围内的费用均可享受大病保险报销政策。

二、筹资标准

2020年个人筹资标准暂为每人每年65元，从城乡居民基本医疗保险基金中提取，参保城乡居民个人不缴费，筹资标准实行动态调整。

三、费用结算

1. 市内定点医疗机构就医报销

在市级直通车定点医疗机构住院，参保人符合大病保险报销范围的医疗费用，出院时在定点医院结算窗口办理“一站式”即时结算，大病保险资金由定点医疗机构先行垫付，市级大病保险经办机构审核后，定期向定点医疗机构支付资金。

参保人在县内直通车定点医疗机构出院时，大病保险政策范围内费用在定点医疗机构结算窗口办理“一站式”即时结算，大病保险资金由定点医疗机构先行垫付，就医地县级大病保险经办机构审核后，定期向定点医疗机构支付资金。

未能实现“一站式”即时结算的，参保人回参保地政务大厅或大病保险经办机构结算。

2. 市外异地就医报销

在市外异地定点医疗机构住院，参保人符合大病保险报销范围的医疗费用并由定点医疗机构直接结算的，市大病保险经办机构与市医保经办处直接结算。未在定点医疗机构直接结算的，出院后到参保地政务大厅(大病保险经办机构)办理报销手续。

县区基本医保经办机构与大病保险经办机构协议办理“一站式”结算的，按协议规定执行。

3. 结算所需资料

定点医疗机构、基本医保经办机构与大病保险经办机构结算资金或个人办理大病保险报销时，需提供参保患者以下资料：

(1) 市内定点医疗机构住院的：基本医保结算单。

(2) 市外异地定点医疗机构住院的（个人申请）：基本医保结算单、身份证原件及复印件、个人银行账(卡)号。

(3) 市外异地定点医疗机构住院（直接结算）：按基本医保异地就医相关规定执行。

4. 受理终止时间

全市城乡居民大病保险当年受理时间最迟不超过次年5月31日，逾期不再受理。

四、监督管理

1. 各县区医疗保障部门要加强对大病保险承办机构服务质量与日常业务的监管，通过日常抽查、复核、建立投诉受理渠道等多种方式进行监督检查，指导、协调、督促商业保险公司按合同要求提高服务质量，对违规违约行为及时处理。

2. 大病保险承办机构要充分发挥行业优势，与医保部门密切配合，监督医疗机构规范医疗行为和参保城乡居民就医行为，按要求向医保部门提交统计报表和数据分析报告。同时建立信息公开制度，将筹资标准、保障水平、赔付流程、服务承诺和年度收支情况等适时向社会公开，接受监督。

3. 大病保险承办机构经办的工作人员有下列行为之一的，由相关行政主管部门给予批评教育，情节严重的依法依规给予相应

处分，构成犯罪的移交司法机关追究法律责任。

(1) 违规发放大病保险报销资金；

(2) 虚报、克扣、贪污、挪用大病保险资金；

(3) 滥用职权、玩忽职守、弄虚作假造成严重后果；

(4) 对符合大病保险报销政策的参保人员故意推诿、私设障碍、损害群众利益。

4. 市内各级基本医保定点医疗机构均认定为城乡居民大病保险定点医疗机构，可以实行大病保险“一站式”即时报销，二级（含）以上定点医疗机构要与大病保险承办机构签订结算协议，明确权利和责任。一级定点医疗机构除特殊情况外原则上不签订结算协议，但大病保险经办机构应对结算的费用进行审核。

五、培训宣传

大病保险经办机构要定期对工作人员进行相关业务培训，积极主动与市、县区医保部门接洽，及时掌握城乡居民医保政策最新动态，扎实推动大病保险结算工作有序开展。要充分利用报纸、网络、新闻媒体宣传城乡居民大病保险政策，组织开展各类宣传活动，做到大病保险政策家喻户晓。



抄送：中国人寿安康分公司，市级各医疗机构。

安康市医疗保障局政办科

2020年9月14日印发

