

攀枝花市医疗保障局 关于做好 2022 年度城乡居民大病保险和 补充保险工作的通知

各县（区）医保局，各直属单位：

为进一步完善我市城乡居民医疗保障制度，提高城乡居民大病保险和补充医疗保险的经办效率和服务质量，根据《四川省医疗保障局 四川省财政厅 国家税务总局四川省税务局转发〈国家医保局 财政部 国家税务总局关于做好 2021 年城乡居民基本医疗保障工作的通知〉的通知》（川医保发〔2021〕18 号）、《攀枝花市城乡居民医疗保险办法》（攀府发〔2017〕41 号）的规定和要求，现就做好 2022 年度城乡居民大病保险和补充保险工作有关事宜通知如下。

一、城乡居民大病保险

（一）筹资标准。

我市 2022 年度城乡居民大病保险的筹资标准为 55 元/年·人，从城乡居民医保统筹基金中列支，个人不缴费。

（二）待遇标准。

1.起付线标准。2022 年度城乡居民大病保险起付线标准调整为 16000 元，特困人员、低保对象大病保险起付线标准降低 50%，为 8000 元。

2.报销比例。我市参保居民一个保险年度内个人负担政策范围内住院医疗费累计计算、按次结算赔付。对经基本医疗保险等报销后个人负担的政策范围内医疗费（含门诊视同住院），单次或累计超过大病保险起付线标准的，报销比例为 60%，特困人员、低保对象报销比例提高 5 个百分点，为 65%；参保居民符合转院条件经批准转往统筹区外上级医院住院的报销比例降低 5 个百分点；不符合转院条件因个人原因自行在居住地外定点医疗机构住院的报销比例降低 15 个百分点。

3.封顶线。我市参保居民大病保险不设封顶线。

二、城乡居民补充医疗保险

（一）报销比例。

我市参保居民一个保险年度内单次或累计发生的合规住院医疗费（含门诊视同住院），统筹基金支付超过基本医疗保险封顶线后由补充医疗保险按照参保居民缴费档次予以报销(学生儿童按一档标准缴费，享受二档缴费标准对应的待遇)，按一档标准缴费的报销比例为 50%，按二档缴费标准的报销比例为 80%。

参保居民符合转院条件经批准转往统筹区外上级医院住院的报销比例降低 5 个百分点；不符合转院条件因个人原因自行在居住地外定点医疗机构住院的报销比例降低 15 个百分点。

（二）封顶线。

我市城乡居民补充医疗保险封顶线为 24 万元 / 年·人。

三、严格监督管理及强化风险防控

各县（区）医保局应按照属地管理原则依法加强大病保险和补充保险的管理工作，加强对大病保险和补充保险承保机构的综合考核，严厉打击骗取、套取、挪用医保基金等违规违法行为，确保城乡居民大病和补充保险实现“一站式”服务、“一单制”计算。市、县（区）医保经办机构要按照职能职责，进一步细化经办流程，建立协议管理机制，落实有效监管等工作措施，创新监管方式，整合监管力量，严格按照承保协议（合同）约定加强与承保机构的合作，共同做好资金划转清算、赔付报销、稽核检查、宣传培训、经费保障等工作，要加强对承保商业保险公司派驻工作人员的自律意识、制度约束及警示教育，确保内控风险管理有效实施。

本通知从 2022 年 1 月 1 日起执行。

信息公开选项：主动公开

攀枝花市医疗保障局办公室

2021年12月31日印发
