

兰州市医疗保险服务中心文件

兰医保中心〔2022〕23号

关于第三方参与兰州市基本医疗保险 手工报销结算工作的通知

各县、区医保经办机构，兰州新区民政司法和社会保障局，中国人民财产保险股份有限公司兰州市分公司：

为进一步加强手工报销结算管理，推动医保服务标准化、规范化，不断提升服务效能，为参保群众提供更加便捷高效的手工报销结算服务，根据《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》、《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2020年下半年重点工作任务的通知》等文件精神，结合我市实际，经市医保局局长办公会讨论通过，决定在我市基本医疗保险手工报销结算工作中引入中国人民财产保险股份有限公司兰州分公司作为第三方机构参与合作。现对相关工作内容通知如下：

一、适用范围

（一）医疗费用属于手工报销范畴的

1. 参保人员办理异地备案手续，因信息系统异常、社会保障卡损坏等原因未实现直接结算的医疗费用。

2. 参保人员因出差、旅游、探亲等临时外出（以下简称临时外出）在异地住院发生的医疗费用。

3. 参保大中专学生因寒暑假、实习期、休学等在异地住院发生的医疗费用。

4. 参保人员发生符合医保政策的急诊急救、抢救费用未并账或急诊抢救死亡未住院的费用。

5. 参保人员未按规定办理异地安置、备案或转诊转院手续自行前往异地住院发生的医疗费用。

6. 新生儿未参保死亡的，符合相关规定的医疗费用。

7. 异地就医备案参保人员在就医地个人垫付的符合规定的门诊慢特病和谈判药品费用（属于兰州市谈判药品目录）。

8. 其他符合医保结算条件，但未进行直接结算的特殊情况。

（二）医疗费用基金不予支付的

1. 未参加本统筹区域的人员产生的医疗费用；虚挂床位或冒名顶替住院产生的医疗费用。

2. 非定点医疗机构就医（急诊急救的情况除外）以及非定点零售药店购药的；出国出境就医的（含港澳台）。

3. 妇幼保健机构的医疗保健费，选择性妊娠手术的医药费、计划生育手术及其并发症的治疗费（职工医保按照生育相应规定执行），不孕不育症的治疗费用及辅助生育技术费等，各种预防、保健、美容（整形）、健美、医疗鉴定、不育（孕）症、性功能障碍等治疗的费用。

4. 非诊断所需产生的不合理检查费用;使用目录外药品的费用、分解收费、自立项目收费以及违反政策规定等造成的不合理费用;超过物价部门规定医疗收费标准的费用。

5. 自杀、自残的(精神病除外),斗殴、酗酒、吸毒等行为所致伤病的,工伤、因交通事故、医疗事故或者其他责任事故造成伤害的;突发性疾病流行和自然灾害等不可抗因素所造成的大范围急、危、重病患者的抢救。

6. 国家和省、市医疗保险政策规定的其他不予支付费用的情形。

二、保障待遇

参保人员就医发生的医疗费用未进行直接结算,对符合基本医保报销规定的,分别按照职工(含职工大额医疗和公务员补助)、城乡居民基本医疗保险政策进行报销,属于城乡居民大病保险报销范围的,由大病保险承办机构按照相关政策报销。异地就医备案参保人员在就医地个人垫付的符合规定的门诊慢特病和谈判药品费用(属于兰州市谈判药品目录)按照相关政策报销。

手工报销结算原则上自出院之日起3个月内须将相关资料报送至第三方机构手工报销结算服务窗口申请医疗费用报销,因特殊情况最长不得超过12个月。

(一) 职工基本医疗保险(住院)

1. 住院起付标准及报销比例。参保职工在不同级别的定点医疗机构住院,发生的政策范围内医疗费用,起付标准以上、最高支付限额以下的部分以分段分比例的方式予以报销。

起付标准:一级医疗机构起付标准200元;二级医疗机构起

付标准 400 元；三级乙等医疗机构起付标准 1000 元；三级甲等医疗机构起付标准 1400 元。从第二次住院起，起付标准按定点医疗机构等级依次递减 20%，但最低起付标准不能低于起付标准的 50%。报销比例：起付线以上至 10000 元，在职职工个人负担 12%，退休人员个人负担 9%；10000 元以上至 20000 元，在职职工个人负担 8%，退休人员个人负担 6%；20000 元以上至 60000 元，在职职工个人负担 4%，退休人员个人负担 3%。年度最高支付限额为 60000 元。

2. 大额医疗。参保职工住院费用超出年度最高支付限额以上的政策范围内费用，由大额医疗保险基金支付 90%，上不封顶。

3. 公务员补助。按现行规定分为住院部分补助和门诊慢特病部分补助。

(1) 住院部分

起付标准：正副地级干部及退休人员 100%；正副县级干部及退休人员 90%；其他人员补助 80%。

基本医疗保险金支付限额以内政策性自付比例：正副地级干部及退休人员 100%；正副县级干部及退休人员 90%；其他人员补助 80%；乙类自付个人承担 10% 的部分，所有人补助 80%。

住院床位费：与基本医疗保险服务设施标准之间的差额费用，正副地级干部及退休人员最高补助 88 元/天；正副县级干部及退休人员最高补助 58 元/天；其他人员补助最高补助 28 元/天。

(2) 门诊慢特病、谈判药部分按照相应政策执行。

4. 异地住院。

(1) 参保职工异地安置备案后因各种原因未直接结算的，按

兰州市职工基本医疗保险相应级别医院报销标准予以报销。

(2) 参保职工异地转诊未直接结算的，先将住院费用进入统筹部分下浮 10%后，再按照兰州市职工基本医疗保险相应级别医院报销标准予以报销。

(3) 参保职工出差探亲符合急诊急救的，按兰州市职工基本医疗保险相应级别医院报销标准予以报销。

(4) 参保职工出差探亲非急诊急救和未办理异地转诊手续自行前往异地就医的，先将住院费用进入统筹部分下浮 30%后，再按照兰州市职工基本医疗保险相应级别医院报销标准予以报销。

(5) 参保职工办理了异地备案手续，备案期内临时返回兰州市就医的，先将住院费用进入统筹部分下浮 10%后，再按照兰州市职工基本医疗保险相应级别医院报销标准予以报销。

(二) 城乡居民基本医疗保险（住院）

1. 住院起付线及报销比例。参保城乡居民在不同类别的定点医疗机构住院，发生的符合规定的医疗费用，在统筹基金起付线标准以上、最高支付限额以下的部分，按不同比例进行报销。

起付标准：一级医疗机构起付线 200 元；二级医疗机构起付线 400 元；三级乙等医疗机构起付线 1000 元；三级甲等医疗机构起付线 2400 元。参保城乡居民在一个参保年度内多次住院，从第二次住院起，起付标准（原级别标准）依次递减 20%，但递减不得低于原标准的 50%。

报销比例：一级医疗机构 90%；二级医疗机构 85%；三级乙等医疗机构 75%；三级甲等医疗 65%。城乡居民参保人员在参保年度内住院，不受住院次数和所住医院级别限制，在实际报销费用累

计金额最高为 5 万元，不包括重大疾病、门诊慢特病及普通门诊统筹。

2. 异地住院

(1) 参保城乡居民异地就医长期备案因各种原因未直接结算的，住院医疗费用根据城乡居民相应级别医院报销标准予以报销。

(2) 参保城乡居民异地就医临时备案未直接结算或异地就医未备案的，属于急诊、抢救（指危、急、重病人经门诊紧急治疗后住院的）发生医疗费用的，按城乡居民相应级别医院报销标准予以报销；非急救、抢救（指危、急、重病人经门诊紧急治疗后住院的）发生医疗费用的，先将住院费用进入统筹部分下浮 30% 后，再按照所住医院相应等级标准进行报销。

(3) 参保城乡居民异地转诊未直接结算的，先将住院费用进入统筹部分下浮 5% 后，再按照所住医院相应等级标准进行报销。

(4) 参保城乡居民省内异地就医的，住院费用进入统筹部分按照所住医院相应等级标准进行报销。

(5) 参保城乡居民办理了异地备案手续的，备案期内临时返回兰州市就医的。先将住院费用进入统筹部分下浮 10% 后，再按照所住医院相应等级标准进行报销。

(6) 符合大、中专院校管理的参保大、中专学生在寒暑假、实习期、休学等法定不在校期间，因病在当地定点医疗机构住院发生的医疗费用，在报告所属院校相关机构备案后，符合基本医疗保险规定的部分，按照现行城乡居民基本医疗保险有关规定执行。

三、报销材料

参保人员在办理手工报销需提供的材料有：

（一）住院费用

1. 备案人员：患者本人身份证、代办人员身份证、患者本人银行卡复印件并留联系电话，加盖有效印章的财税部门制作的住院费用专用票据（含电子票）、住院费用汇总清单、出院证明或出院小结（外伤住院须提供住院病历复印件），异地转诊申请表（异地转诊须提供）、签订手工报销诚信承诺书（附件1）。

2. 未备案人员：患者本人身份证、代办人员身份证、患者本人银行卡复印件并留联系电话，加盖有效印章的财税部门制作的住院费用专用票据（含电子票）、住院费用汇总清单、出院证明或出院小结（外伤住院须提供住院病历复印件）、住院病历复印件，异地转诊申请表（异地转诊须提供）、签订手工报销诚信承诺书（大中专学生在实习或休学期间提供相关证明）。

（二）门诊慢特病费用：患者本人身份证、代办人员身份证、患者本人银行卡复印件并留联系电话，加盖有效印章的财税部门制作的医院收费票据、费用清单、处方（异地长期备案人员无需提供），签订手工报销诚信承诺书。

（三）门诊抢救死亡费用：患者本人身份证、代办人员身份证、患者本人银行卡复印件并留联系电话（如不能提供本人银行卡，需提供经公证函确认的第一继承人银行卡复印件），加盖有效印章的财税部门制作的医院收费票据、费用清单、门诊病历复印件，死亡证明复印件，签订手工报销诚信承诺书。

（四）新生儿死亡医疗费用：个人申请、新生儿父母一方参保证明、身份证复印件、计生服务证复印件，加盖有效印章的新

生儿及其母亲分娩住院病历复印件、新生儿住院费用清单、财税部门制作的医院收费票据、死亡证明复印件，签订手工报销诚信承诺书。

（五）门急诊急救抢救费用未并账费用：就诊医院未并账情况说明、患者本人身份证、代办人员身份证、患者本人银行卡复印件并留联系电话（如不能提供本人银行卡，需提供经公证函确认的第一继承人银行卡复印件），加盖有效印章的财税部门制作的医院收费票据、费用清单、门急诊抢救记录，签订手工报销诚信承诺书。

四、经办流程

（一）资料受理。第三方工作人员现场受理参保人员报销资料后，应当场对收集的纸质资料进行完整性审核。资料齐全且符合报销规定的，应当出具受理回执单；资料不全的，服务窗口工作人员应一次性告知所需资料。

（二）医疗审核。第三方工作人员将收集到的患者资料进行分类，不需要专家审核的，直接进行报销处理；需要由专家审核的，交由医学专家开展审核。主要对本次就医是否属于急救抢救（病种范围详见附件2）、是否符合医保报销范围、是否存在超量带药、门诊慢特病用药与病种是否相符等内容进行审核，根据专家审核结果进行下一步处理，该流程应在5个工作日内完成。

（三）医保系统录入结算。第三方工作人员要根据医疗审核结果进行处理，在2个工作日内将参保人员住院信息录入甘肃省医疗保障信息平台，并将费用清单按照《三项目录》区分后导入信息平台进行医保结算，核对结算结果无误后打印《甘肃省医疗

保险医疗费用结算单》。

（四）医保初核。县、区医保经办机构根据第三方机构提供的患者各项资料及系统录入信息，对手工报销结算流程及报销结果进行全面初核，核对是否按照相关规定执行等，该流程应在3个工作日内完成。

（五）结算支付。第三方机构根据医保初核结果，在3个工作日内将报销金额一次性支付到参保患者本人银行账户。应在20个工作日内，与县、区医保经办机构配合完成参保患者手工报销结算全流程，并及时向符合条件的参保患者垫付基本医保报销金额；对于不符合报销政策的，应在15个工作日内告知不予报销的理由。

（六）医保复核。市级医保经办机构根据第三方机构提供的相关报表资料及系统录入信息在甘肃省医疗保障信息平台进行全面复核，并对医疗审核结果进行不定期抽审。

（七）月度对账。基金结算实行限时垫付、按月拨付的方式。第三方机构应在次月3日前，将上月发生的手工报销基金支付情况分类汇总，并将报销明细表和汇总表报送县、区医保经办机构进行初核，经初核无误后，由县、区医保经办机构于每月8日前，按照职工、职工异地安置和城乡居民等类别，将报表分别报送至市医保经办机构相关科室，由各科室分别统计后，形成拨款表并于25日前拨付至第三方经办机构基本账户（遇特殊情况顺延）。

五、工作职责

（一）市级经办机构职责

1. 负责基本医疗保险手工报销结算工作的监督管理、统筹协

调工作。

2. 负责为第三方机构提供兰州市基本医疗保险信息管理系统手工报销结算相关办理权限，保障合作内容的正常履行。

3. 负责兰州市基本医疗保险手工报销结算的复核、抽查工作；

4. 负责兰州市基本医疗保险手工报销结算相关政策培训及业务指导。

5. 负责相关部门的沟通协调，对第三方机构提交的政策问题，及时给予解答或提出处理意见。

6. 负责协助第三方机构做好政策宣传工作。

7. 负责对第三方机构的监督管理。

(1) 常规检查。通过抽查报销凭证、核对有关材料、专家审核结果等方式，每半年对第三方机构相关工作情况开展一次常规监督检查。

(2) 专项检查。定期、不定期组织开展对第三方机构相关工作情况的专项检查。

8. 负责定期足额向第三方机构拨付兰州市基本医疗保险手工报销结算已垫付基金。

9. 负责手工报销结算就医收费票据的存档。

(二) 县、区医保经办机构职责

1. 负责本辖区基本医疗保险手工报销结算的全面初核。

2. 负责聘请医疗专家对手工报销情况进行事前抽审。

3. 负责辖区内兰州市职工、城乡居民基本医疗保险手工报销结算月度报销金额的汇总，并与第三方机构进行月度对账。

4. 负责将报表、手工报销就医收费票据分类后，分别报送至

市医保经办机构相关科室。

5. 负责对部分急救抢救病历的复议审核。

6. 负责对辖区内第三方机构窗口服务工作人员进行日常管理。

7. 配合市医保经办机构做好对第三方机构的监督管理工作。

8. 负责协助第三方机构做好政策宣传工作。

（三）第三方机构职责

1. 负责受理兰州市基本医疗保险手工报销结算的资料收集、医疗审核、费用分类、明细录入和结算支付等工作。

2. 负责配足专业人员（含医学专家），办公设施，并强化岗位培训和考核管理机制。

3. 负责与各县、区医保经办机构月度对账工作。

4. 负责每月3日前将上月结算资料、就医收费票据和专家审核意见分类报送县、区医保经办机构。

5. 负责做好兰州市基本医疗保险手工报销结算相关政策、经办流程的宣传、解释工作。

6. 负责兰州市职工、城乡居民基本医疗保险手工报销结算资料归档工作（就医收费票据除外）。

7. 负责对兰州市职工、城乡居民基本医疗保险参保人员开展回访及特殊情况的调查，包括但不限于就诊情况的真实性进行核查。同步对单次手工报销金额在3万元以上参保患者开展回访工作。

六、相关要求

（一）加强组织领导，确保各项工作落实落细

市、县（区）各级医保经办机构要高度重视此项工作，及时与第三方经办机构对接，积极协同配合，强化信息共享、机制衔接，形成工作合力，确保此项工作落实落细。

（二）建立健全各项机制，确保医保体系更加完善

市、县（区）各级医保经办机构和第三方机构应建立会商机制，定期或不定期对疑难病例以及工作遇到的问题进行会商，并形成会议纪要，共同遵守。第三方机构应建立手工报销运行分析、经办回访工作制度。按月向市级医保经办机构报告相关情况，报告内容包括：基金使用情况、费用分析、审核调查情况、经办服务中存在的问题及意见建议等。

（三）加强基金监管，确保医保基金安全

市、县（区）各级医保经办机构应加强对第三方机构手工报销结算工作情况的监督、检查及考核。第三方机构要定期开展内部自查工作，严格遵守信息保密制度，参保人员的基本信息、报销信息等不得对外透露，不得用于手工报销结算业务之外的其他用途。同时要严格执行基本医疗保险相关政策，强化医疗费用审核，遏制多报、杜绝错报、防止漏报现象的发生，如发生少报销、多报销或应报销未报销情况，及时采取补救措施并承担相应的责任。基金管理方面要严格按照基本医保基金管理规定，单独核算、专款专用、分账管理，严禁挤占挪用，确保基金安全。

（四）把握时间节点，确保新机制顺利开展

第三方机构于2022年7月1日起开展手工报销结算的资料受理工作。按照“谁受理、谁结算”的原则，县区医保经办机构要尽快将7月1日前受理的资料办理完成。市、县（区）医保经办

机构、第三方机构要做好各项工作的交接，确保无缝衔接，并严格按照本通知相关要求，做好各项工作的落实。如遇上级部门政策、流程、系统调整等重大变动，届时按照新政策、流程、系统执行我市基本医疗保险手工报销结算相关工作。

- 附件：1. 手工报销诚信承诺书
2. 兰州市基本医疗保险急诊、急救病种参考范围

兰州市医疗保险服务中心

2022年7月5日



兰州市医疗保险服务中心办公室

2022年7月5日印发

附件 1:

手工报销诚信承诺书

参保人员_____此次申请医疗费用报销共计_____元，票据共____张（其中门诊费用_____元，门诊票据____张；住院费用_____元，住院票据____张）。

现郑重承诺：此次所提交的报销材料（医院票据、病历、费用汇总清单等）真实有效。如所提交材料虚假，本人自愿承担一切后果。

承诺人或代理人:

身份证号码:

电话:

年 月 日

附件 2:

兰州市基本医疗保险急诊、急救病种 参考范围

一、呼吸系统疾病：性肺炎或急性间质性肺炎，慢性阻塞性肺疾病的急性恶化、张力性气胸、急性哮喘、支气管扩张伴大咯血、肺癌伴大咯血或呼吸困难、肺栓塞：

二、循环系统疾病：息性左心不全、严重心律失常（阵发性室上速、急性房颤及反复发作房颤、心房扑动、完全性房室传导阻滞、室性心动过速，尖端扭转型室速、心室颤动、心脏骤停）、急性心肌梗塞，高血压危象：

三、消化系统疾病：消化道出血（呕血、便血、血便或黑便）、急性阑尾炎、急性胰腺炎、急性腹膜炎、胃十二指肠溃疡急性穿孔、急性肠梗阻、胆囊或胆管穿孔、嵌顿性疝或绞窄性疝、直肠脱垂；

四、代谢疾病：糖尿病酮症酸中毒、低血糖昏迷、高渗性非酮症性昏迷；

五、神经系统疾病：脑出血或蛛网膜下腔出血、急性大面积脑梗塞或脑干梗塞，瓶病（大发作、持续状态）、颅内占位性病变伴发脑疝；

六、泌尿性疾病：急性肾功能衰竭、急性尿潴留；

七、患者生命体征出现危，重、急现象，需急诊抢救治疗的疾病。