

临沧市人民政府办公室关于印发临沧市城乡居民大病补充医疗保险实施办法的通知

临政办发〔2017〕160号

各县、自治县、区人民政府，市直各委、办、局：

《临沧市城乡居民大病补充医疗保险实施办法》已经第三届市人民政府第四十三次常务会议研究同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

临沧市人民政府办公室

2017年8月16日

（此件公开发布）



临沧市城乡居民大病补充医疗保险实施办法

第一条 为进一步完善我市城乡居民大病医疗保障制度，健全多层次医疗保障体系，有效提高重特大疾病保障水平。根据《国务院办公厅关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（国办发〔2015〕57号）、《云南省人民政府办公厅关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（云政办发〔2015〕81号）、《云南省人民政府办公厅关于印发云南省全面推进城乡居民大病保险实施方案的通知》（云政办函〔2015〕263号）和《云南省人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（云政发〔2016〕72号）等文件精神以及省级有关部门整合城乡居民基本医疗保险制度配套政策文件要求，结合临沧实际，制定本办法。

第二条 城乡居民大病补充医疗保险（以下简称城乡居民大病保险），是城乡居民基本医疗保险制度的拓展和延伸，是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的制度性安排。

第三条 建立城乡居民大病保险制度应遵循以下原则：

（一）坚持以人为本，统筹安排。把维护人民群众健康权益放在首位，统筹基本医疗保险、大病保险和重特大疾病医疗救助等制度紧密衔接，共同发挥托底保障功能。

（二）坚持政府主导，专业运作。政府负责基本政策制定、



组织协调、筹资管理，并加强监管指导。利用商业保险机构的专业优势，支持商业保险机构承办大病保险，发挥市场机制作用，提高大病保险的运行效率、服务水平和质量。

（三）坚持风险共担，持续发展。牢牢把握大病保险的公共产品性质，强化社会互助共济的意识和作用，形成政府和保险机构共同分担大病风险的机制。强化当年收支平衡的原则，合理测算，规范运作，保障资金安全，实现可持续发展。

（四）强化监管，提升服务。有关部门要加强对商业保险机构和医疗机构的监督管理，不断完善大病保险承办准入、退出和监管制度，引导商业保险机构不断提高服务能力，提高服务质量和效率。

第四条 城乡居民大病保险实行市级统筹。与城乡居民基本医疗保险制度相衔接，整合资源，实行统一政策、统一组织实施，提高抗风险能力。社会保险管理行政部门负责大病保险管理工作，医疗保险经办机构负责本行政区域内城乡居民大病保险的组织管理和监督检查工作，承保机构履行城乡居民大病保险承保工作。各级财政、民政、卫生计生等部门协同配合做好相关工作。

第五条 城乡居民大病保险保障对象为全体城乡居民基本医疗保险参保人。

第六条 城乡居民大病保险费筹资标准每人每年控制在 20—40 元，参保年度筹资标准由市社会保障行政部门和市财政部



门确定，以全市基本医疗保险年度参保人员总数为基数，从城乡居民基本医疗保险基金中划出作为大病保险投保资金。城乡居民大病保险费纳入社会保障基金财政专户，分账核算，实行收支两条线管理。

第七条 参保人在定点医疗机构住院所发生的医疗费用，经城乡居民基本医疗保险基金报销后，按照分级累进的方式进行大病保险理赔。

（一）普通参保人住院理赔待遇。理赔起付线 3000 元。

赔付比例：参保人单次住院自付费用（扣除基本医疗保险起付线、自费部分）达到 3000 元以上至 2 万元（含 2 万元）以下的赔付比例为 55%；2 万元以上至 10 万元（含 10 万元）以下的赔付比例为 65%；10 万元以上的赔付比例为 75%。最高赔付限额 30 万元。具体赔付计算公式如下：

参保人单次住院合理自付费用达到 3000 元以上至 2 万元以下的城乡居民大病保险赔付金额 = （个人单次合理自付费用 - 3000） × 55%；

参保人单次住院合理自付费用在 2 万元以上至 10 万元以下的城乡居民大病保险赔付金额 = （20000 - 3000） × 55% + （个人单次合理自付费用 - 20000） × 65%；

参保人单次住院合理自付费用达 10 万元以上的城乡居民大病保险赔付金额 = （20000 - 3000） × 55% + （100000 - 20000） × 65% +



$(\text{个人单次合理自付费用}-100000) \times 75\%$ 。

(二) 建档立卡贫困参保人理赔待遇。档立卡贫困参保人住院理赔起付线降为 1000 元。理赔比例：参保人单次住院合理自付费用（扣除基本医疗起付线、自费部分）达到 1000 元以上至 2 万元（含 2 万元）以下的部分赔付比例为 55%；2 万元以上至 10 万元（含 10 万元）以下的部分赔付比例为 65%；10 万元以上的部分赔付比例为 75%。最高赔付限额提高至 45 万元。具体赔付计算公式如下：

参保人单次住院合理自付费用达到 1000 元以上至 2 万元以下的城乡居民大病保险赔付金额 = $(\text{个人单次合理自付费用}-1000) \times 55\%$ ；

参保人单次住院合理自付费用在 2 万元以上至 10 万元以下的城乡居民大病保险赔付金额 = $(20000-1000) \times 55\% + (\text{个人单次合理自付费用}-20000) \times 65\%$ ；

参保人单次住院合理自付费用达 10 万元以上的城乡居民大病保险赔付金额 = $(20000-1000) \times 55\% + (100000-20000) \times 65\% + (\text{个人单次合理自付费用}-100000) \times 75\%$ 。

(三) 特殊病种理赔待遇。特殊病种门诊和重性精神病、终末期肾病（透析治疗）住院待遇按年度累计结算理赔。

第八条 参保人患病应当就近到当地医疗保险定点医疗机构就医。因病情需要转诊转院的，按照城乡居民医保规定“逐级



转诊转院、先省内后省外”的原则办理转诊转院手续。

参保人住院就医不按规定办理转诊转院手续的：在统筹区内三级定点医疗机构住院的，赔付比例在政策规定比例的基础上下调 10%；在统筹区外定点医疗机构住院的，赔付比例在政策规定比例的基础上下调 20%。

第九条 参保人跨年度住院，须连续参保方可连续享受大病保险理赔政策，理赔金额计入出院年度并按出院年度标准进行计算，否则仅赔付参保年度发生的医疗费用。

第十条 城乡居民大病保险的医疗费用按以下流程理赔：

（一）市内住院（含开展现场赔付的省内异地定点医疗机构）：由定点医疗机构实行现场赔付后，将相关参保人理赔资料及费用申报表报送至参保地城乡居民医疗保险联合办公机构进行初审，并由城乡居民大病保险联合办公机构按月汇总上报至承保机构进行终审，终审完成后，由承保机构在 20 个工作日内完成基金赔付工作。

（二）市外住院：参保人在市外医疗机构住院不能进行现场赔付的，由参保人将理赔资料（转诊转院审批表或异地安置证明、住院医疗费用收据、出院证、明细清单、临沧市城乡居民基本医疗保险费用结算报销单或报审单、身份证或户口本复印件、住院人的本市有效银行卡复印件，若银行卡非住院本人开户的，应填写委托书以及委托人的银行卡、身份证或户口本复印件）提交参



保地城乡居民大病保险联合办公机构进行初审，并由城乡居民大病保险联合办公机构按月汇总上报至承保机构进行终审。终审完成后，由承保机构在 20 个工作日将城乡居民大病保险理赔款划至参保人提供的个人银行账户。城乡居民大病保险理赔款由承保机构直接划入参保人提供的个人银行账户，不得划入医疗保险经办机构账户。

第十一条 参保人员在年度内发生的符合大病理赔的医疗费用，应当在下一年度 3 月 31 日前到城乡居民大病保险联合办公机构申报赔付。除不可抗力因素外，超过办理时限的，城乡居民大病保险基金不予赔付。

第十二条 城乡居民大病保险基金理赔支付范围，按照城乡居民基本医疗保险有关规定执行。城乡居民基本医疗保险按规定完成审核、报销工作以后，承保机构应严格按照本办法进行及时赔付，不得增加附加条件。

第十三条 承保机构每月第一周内将上月城乡居民大病保险赔付有关报表报送市医疗保险经办机构，每季度向市医疗保险经办机构报送城乡居民大病保险运行情况分析报告，由市医疗保险经办机构根据运行分析报告进行定期或不定期督查。

第十四条 建立基金风险共担机制。为保证城乡居民大病保险基金绝大部分用于参保患者，促进城乡居民大病保险长期稳定运行，对超支或结余建立相应的风险调节机制。采取向承保机构



购买服务的方式开展大病保险工作，服务费用为基金总额的 7%。当大病保险基金净赔付率〔理赔金额/（总保费-服务费用）〕在 90%（含）—100%（含）之间时，结余基金（总保费-服务费用-理赔金额）的 70%返还城乡居民基本医疗保险基金财政专户，30%作为承保机构的绩效奖励；当实际净赔付率低于 90%的时，低于 90%的部分全部返还城乡居民基本医疗保险基金财政专户；净赔付率达到 100%（不含）—110%（含）之间的亏损额由城乡居民基本医疗保险基金分担 70%、承保机构分担 30%；当实际净赔付率高于 110%时，超过 110%以上的部分城乡居民基本医疗保险基金不再分担，由承保机构全额承担。

一个保险年度结束后，由市医疗保险经办机构与承保机构进行清算，将清算结果报市人力资源社会保障部门和财政部门审核确认，并对城乡居民大病保险结余（亏损）基金进行划拨。

第十五条 承保方式。市级医疗保险经办机构为大病保险投保人，统一为参加城乡居民大病保险的参保人向承保机构投保并与承保机构签署服务协议。承保机构承担以下职责：

（一）承保机构应重视加强基层经办机构队伍建设，并向每个县（区）医疗保险经办机构派驻 2—4 名业务人员，采用联合办公的形式开展城乡居民大病保险的管理与服务，为参保患者提供一站式服务，提高理赔服务的质量和效率。

（二）市医疗保险经办机构授予承保机构一定的城乡居民基



本医疗信息系统操作权限，以便承保机构实时监控、及时掌握参保人就医和诊疗费用发生情况，对城乡居民大病保险理赔凭证进行审核和结算，并采取针对性的管理和干预措施。

（三）承保机构应加强与各县（区）医疗保险经办机构的配合，切实建立和实施医疗跟踪制度。协助市、县（区）医疗保险经办机构加强对定点医疗机构的督查和指导，推动城乡居民基本医疗保险及城乡居民大病保险各项政策、措施的落实。

（四）全市城乡居民基本医疗保险定点医疗机构为城乡居民大病保险定点医疗机构。市医疗保险经办机构支持并授权承保机构对定点医疗机构的服务过程进行风险管控。承保机构应建立审核稽查队伍并建立相关的督查和考核制度，每月对医疗机构的诊疗服务情况和现场赔付情况进行监督指导，及时通报发现的问题，对审核稽查出的违规行为，医疗保险经办机构要认真核实，并按有关规定及时进行处理。

（五）城乡居民大病保险运行费用，由承保机构在服务费用中列支，服务费用包括：保险保障基金、人力成本、办公设备、稽查车辆（购买/租赁）、联合办公房屋租赁费用、日常办公费用、系统维护费用、业务培训费用、审核专家组聘请费用、稽查费用、健康管理服务费用、咨询及宣传费用等。

第十六条 城乡居民大病保险经办人员应认真履行职责，接受监督。凡工作人员有下列行为的，参保人可向医疗保险经办机



构投诉，并由相关部门追究其相应责任，构成犯罪的，移交司法机关依法追究刑事责任。

- （一）违反城乡居民大病保险管理规定，造成基金损失的；
- （二）贪污、挪用城乡居民大病保险基金的；
- （三）玩忽职守、以权谋私的；
- （四）违反《中华人民共和国社会保险法》等法律法规的；
- （五）其他违反有关规定的。

第十七条 定点医疗机构及其医务人员要严格执行国家和省、市城乡居民基本医疗保险管理以及城乡居民大病保险的有关规定，违反相关规定的，对定点医疗机构及其当事人追究相应责任，构成犯罪的，移交司法机关依法追究刑事责任。

第十八条 参保人有下列行为的，取消其参保资格，造成城乡居民大病保险基金损失的，追回损失，构成犯罪的，移交司法机关依法追究刑事责任。

- （一）不具备参加城乡居民大病保险条件的人员，通过提供虚假材料办理参保登记的；
- （二）将社会保障卡或《新型农村合作医疗证》借给别人使用的；
- （三）陈述虚假病史骗取城乡居民大病保险基金的；
- （四）利用虚假材料骗取城乡居民大病保险基金的；
- （五）违反《中华人民共和国社会保险法》等法律法规的；



（六）其他违反相关规定的。

第十九条 市医疗保险经办机构统一与承保机构签订合作协议，双方根据协议要求，履行相应义务，在严格执行本办法的基础上，制定相应的管理制度、工作流程、考核办法等，确保全市城乡居民大病保险工作顺利实施。

第二十条 医疗保险经办机构、承保机构、参保人、定点医疗机构之间发生有关城乡居民大病保险争议时，由争议双方协商解决；不能协商解决的，可提请市定点医疗机构协议管理工作领导小组协调；仍然不能解决的，可向人民法院起诉。

第二十一条 本办法自 2017 年 1 月 1 日起实施，原城镇居民大病保险和新型农村合作医疗大病保险有关政策同时废止。本办法执行期间，国家和省有政策调整的，按国家和省调整的政策执行。

第二十二条 本办法由市人力资源和社会保障局负责解释。