



临沧市人民政府办公室关于印发临沧市城镇居民基本医疗保险门诊统筹实施办法和临沧市城镇职工大病补充医疗保险办法的通知

临政办发〔2012〕182号

各县、自治县、区人民政府，市直各委、办、局：

《临沧市城镇居民基本医疗保险门诊统筹实施办法》和《临沧市城镇职工大病补充医疗保险办法》已经市人民政府同意，现印发给你们，请遵照执行。

临沧市人民政府办公室

2012年12月21日

（此件公开发布）



临沧市城镇居民基本医疗保险 门诊统筹实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善城镇居民基本医疗保险制度,通过对不同级别医疗机构实行差别报销比例,引导参保人在基层医疗机构就医,根据《国务院关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知》(国发〔2012〕11号)、《临沧市城镇居民基本医疗保险暂行办法》(临沧市人民政府公告2009年第二号)、《云南省人力资源和社会保障厅关于完善城镇居民医疗保险门诊统筹的通知》(云人社发〔2012〕182号)规定和要求,结合临沧市实际,制订本实施办法。

第二条 本实施办法适用于在临沧市行政区域内参加城镇居民基本医疗保险的参保缴费人员(以下称参保人)。

第三条 本实施办法所称门诊包括普通门诊(含门急诊,下同)、慢性病门诊和特殊病门诊。

第四条 参保人在规定的定点医疗机构就医,符合本实施办法规定的门诊医疗费,由城镇居民基本医疗保险基金(以下称医保基金)按本实施办法予以支付。



第五条 实行门诊统筹后，《临沧市城镇居民基本医疗保险暂行办法》（临沧市人民政府公告 2009 年第二号）第二十条第五款规定的城镇居民基本医疗保险普通门诊医疗统筹基金不再执行。其历年滚存结余资金可使用至 2013 年 12 月 31 日 24 时。

第二章 普通门诊

第六条 普通门诊报销范围

普通门诊报销范围包括：一般诊疗费、《国家基本药物目录》和《国家基本药物目录云南省补充药品目录》（2009 年基层部分·第一版、第二版）规定的基本药物、《云南省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（2010 版）规定的中药饮片。

第七条 普通门诊统筹待遇

（一）一般诊疗费 9 元，其中医保基金支付 6.5 元，个人现金支付 2.5 元。同一参保人在同一定点医疗机构一天多次就诊的，只支付一次一般诊疗费；参保人因同一疾病就诊的，一般诊疗费支付间隔时间不少于 3 天。

一般诊疗费只在临沧市行政区域内取得城镇基本医疗保险定点资格并实施基本药物零差率销售的政府举办的乡（镇）卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心、社区卫生服务站（所）（以下称基层医疗卫生机构）实施。



（二）门诊医疗费报销比例和最高支付限额

基层医疗卫生机构门诊医疗费扣除一般诊疗费后的报销比例为 50%；二级及以上公立医院门诊医疗费报销比例为 25%。

门诊医疗费医保基金每年累计最高支付限额（含一般诊疗费）为 400 元。

第八条 普通门诊定点就医范围

普通门诊定点就医范围为基层医疗卫生机构。

婴幼儿、新生儿和 60 岁以上老年人普通门诊可在基层医疗卫生机构或临沧市行政区域内二级及以上公立医院选择一个就医。

第三章 慢性病门诊

第九条 慢性病病种及报销项目

- （一）儿童原发性生长激素缺乏症，报销项目：药物治疗；
- （二）儿童支气管哮喘，报销项目：检查费及药物治疗；
- （三）儿童注意力综合缺陷症，报销项目：药物治疗；
- （四）冠心病心肌梗塞型，报销项目：药物治疗；
- （五）糖尿病，报销项目：化验费及药物治疗；
- （六）高血压病极高危组以上，报销项目：药物治疗；
- （七）甲状腺机能亢进和甲状腺机能减退，报销项目：化验



费及药物治疗；

（八）原发性青光眼，报销项目：检查费及药物治疗。

医保药品目录规定的中药饮片纳入慢性病报销不受病种限制。

第十条 慢性病报销比例和最高支付限额

参保人患符合规定病种的慢性病，其符合报销范围的门诊医疗费用的报销比例为 50%，乙类药品不设先自付比例。

慢性病门诊医疗费医保基金每月支付限额为 84 元，每年累计最高报销限额为 1000 元。

第十一条 慢性病门诊定点就医范围

参保人可在参保地二级及以上公立医院选择一个医疗机构定点就医。

第十二条 慢性病门诊报销准入条件

- （一）二级及以上公立医院出具的临床诊断证明；
- （二）符合慢性病病种和门诊报销准入标准（详见附件）；
- （三）参加城镇居民医疗保险连续三年。

第四章 特殊病门诊

第十三条 特殊病病种和门诊报销项目

（一）恶性肿瘤（包括各种癌症、肉瘤、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、黑色素瘤、生殖细胞瘤、白血病、及其他需要放、化疗的

颅内肿瘤)，报销项目：门诊放、化疗及相关药物治疗；

（二）肾功能衰竭，报销项目：门诊血液及腹膜透析治疗；

（三）器官移植，报销项目：术后门诊抗排异治疗；

（四）系统性红斑狼疮，报销项目：门诊用药治疗；

（五）再生障碍性贫血，报销项目：门诊用药治疗；

（六）血友病，报销项目：门诊用药治疗；

（七）精神分裂症及双相情感障碍症，报销项目：门诊用药治疗；

（八）癫痫症，报销项目：门诊用药治疗。

医保药品目录规定的中药饮片纳入特殊病门诊报销不受病种限制。

第十四条 特殊病门诊报销起付标准、报销比例和最高支付限额

在一个自然年度内特殊病门诊医疗费医保基金的起付线单独计算，一年计算一次，起付标准三级医院为 600 元、二级医院为 300 元。

特殊病门诊医疗费医保基金报销比例三级医院为 70%、二级医院为 80%，大病补充医疗保险报销比例为 80%。特殊病门诊乙类药品不设先自付比例。

特殊病门诊的最高支付限额与住院合并计算，超过基本医疗保险最高支付限额（与住院合并计算）后进入大病补充保险报销。



第十五条 特殊病门诊定点就医范围

参保人可在临沧市行政区域内二级及以上公立医院选择一个医疗机构定点就医。

第十六条 特殊病门诊报销准入条件

(一) 二级及以上公立医院出具的临床诊断证明书或病理诊断报告单；

(二) 符合特殊病病种和门诊报销准入标准（详见附件）；

(三) 参加城镇居民医疗保险连续两年。

第五章 慢性病和特殊病门诊的申报

第十七条 患慢性病或特殊病的参保居民须经二级及以上公立医院严格按照慢性病或特殊病病种提出明确诊断，病情符合准入标准的由医院提供疾病诊断证明，医院医保办汇总后报属地医疗保险经办机构审核确认。

第十八条 医疗机构负责对申报慢性病或特殊病的参保人员建立病历档案。慢性病、特殊病治愈后，医疗机构要及时通知医保经办机构停止相关待遇。

医保经办机构负责对参保人员的参保年限、享受待遇审核确认，对医疗机构慢性病和特殊病管理实施监督。



第六章 附 则

第十九条 门诊统筹实行定点就医管理

参保人按照就近就便的原则，选择一个符合本实施办法规定的医疗机构定点就医，原则上一年选一次，当年内不得变更。即：在一个自然年度内，参保人首次就诊并用医保卡进行门诊医疗费结算的医疗机构，符合本实施办法规定的，即为本人选择的普通门诊定点就医医疗机构，由城镇居民基本医疗保险信息系统自动默认；慢性病、特殊病门诊定点就医医疗机构为参保人所申报的医疗机构。

参保人在选定的医疗机构以外就医的，门诊医疗费不予报销。

第二十条 参保居民同时患慢性病和特殊病的，只能选择一种享受门诊医疗待遇。住院期间不能同时享受门诊医疗待遇。享受慢性病或特殊病门诊医疗待遇的可同时享受普通门诊医疗待遇。

第二十一条 门诊医疗费实行即时结算

参保人只结算应当由个人支付部分，应当由统筹基金支付的费用由医疗保险经办机构与医疗机构定期结算。

第二十二条 违规处理

参保人员、经办机构及定点医疗机构人员有下列违规情形的，按《中华人民共和国社会保险法》、《临沧市社会医疗保险反

欺诈骗暂行办法》（临沧市人民政府公告 2009 年第一号）及医疗保险服务协议的相关规定处理。

- （一）参保人员冒名顶替就医的；
- （二）医疗机构降低慢性病、特殊病诊断标准的；
- （三）参保人员病情不属实的；
- （四）医疗机构分解就诊人次的；
- （五）参保人员倒卖医保药品的；
- （六）医疗机构虚列医疗费用的；
- （七）以其它形式骗取医疗保险基金的。

第二十三条 本实施办法施行后，原有相关规定与本办法不符的，按本办法执行。

第二十四条 本实施办法施行后，国家和省对城镇居民基本医疗保险门诊统筹有新规定的，从其规定。

第二十五条 本实施办法自 2013 年 1 月 1 日起施行。

附件：城镇居民医疗保险慢性病特殊病门诊报销准入标准



附件

城镇居民医疗保险慢性病特殊病 门诊报销准入标准

一、慢性病门诊报销准入标准

（一）儿童原发性生长激素缺乏症

1. 二级及以上公立医院内分泌科或儿童专科主治医师及以上职称医师开具的诊断书；

2. 年龄在 14 周岁以下；

3. 生长激素刺激试验部分或完全缺乏；

同时具备 1、2、3。

（二）儿童支气管哮喘

1. 二级及以上公立医院呼吸专科或儿科主治医师及以上职称医师出具的诊断书；

2. 年龄在 1—14 周岁（含 14 岁）；

3. 符合儿童支气管哮喘诊断标准；

同时具备 1、2、3。

（三）儿童注意力综合缺陷症

1. 二级及以上公立医院神经专科、精神专科或儿科主治医师及以上职称医师出具的诊断书；



2. 年龄在 14 周岁以下；

3. 诊断符合 DSM-IV 注意缺陷/多动障碍标准（注意力分散及多动/冲动症状持续 6 个月以上）；

同时具备 1、2、3。

（四）冠心病心肌梗塞型

1. 二级及以上公立医院主治医师及以上职称医师出具的诊断书；

2. 符合冠心病心肌梗塞型诊断标准；

3. 同时具有心肌损害标志物测定结果和心肌梗塞心电图改变，或冠脉造影检查明确诊断为“心肌梗塞”；

同时具备 1、2、3。

（五）糖尿病

1. 具有糖尿病在二级及以上公立医院住院的病史；

2. 二级及以上公立医院主治医师及以上职称医师确诊为“糖尿病”的诊断书；

3. 符合 1999 年 WHO 糖尿病的诊断标准；

同时具备 1、2、3。

（六）高血压病极高危组以上

1. 二级及以上公立医院主治医师及以上职称医师出具的诊断书；

2. 符合高血压合并心衰、心肌梗塞、脑卒中、肾功能衰竭、



动脉瘤及动脉夹层；

同时具备 1、2。

（七）甲状腺机能亢进和甲状腺机能减退

1. 二级及以上公立医院主治医师及以上职称医师出具的诊断书；

2. 甲功增高，有甲亢的高代谢症候群，甲状腺弥漫性肿大；

3. 甲状腺功能降低，有明显症状；

同时具备 1 和 2 或 3。

（八）原发性青光眼

1. 二级及以上公立医院眼科主治医师及以上职称医师出具的诊断书；

2. 眼压、视野、眼底照相检查异常；

同时具备 1 和 2。

二、特殊病门诊报销准入标准

（一）恶性肿瘤（包括各种癌症、肉瘤、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、黑色素瘤、生殖细胞瘤、白血病、及其他需要放、化疗的颅内肿瘤）

1. 二级及以上公立医院的病理学科出具的组织学或细胞学病理诊断报告，诊断为“恶性肿瘤”；

2. 二级及以上公立医院的影像学支持恶性肿瘤诊断；

3. 骨髓细胞学及免疫学分型检查支持白血病诊断；



具备 1 或 2 或 3。

（二）慢性肾功能衰竭尿毒症期

1. 二级及以上公立医院肾脏内科或血液净化中心主治医师及以上职称医师出具的诊断书；

2. 符合慢性肾功能衰竭尿毒症期诊断；

同时具备 1 和 2。

（三）器官移植（包括：肾移植、肝移植、心肺移植，血液系统疾病的骨髓移植和干细胞移植）

具有移植资质的二级及以上公立医院移植专科主治医师及以上职称医师的移植手术诊疗证明书。

（四）系统性红斑狼疮

1. 二级及以上公立医院血液科主治医师及以上职称医师出具的诊断书；

2. 符合系统性红斑狼疮诊断标准；

同时具备 1 和 2。

（五）再生障碍性贫血

1. 二级及以上公立医院血液科主治医师及以上职称医师出具的诊断书；

2. 骨髓活检明确诊断为“再生性障碍贫血”；

同时具备 1 和 2。

（六）血友病



1. 二级及以上公立医院血液科主治医师及以上职称医师出具的诊断书；

2. 凝血因子检查缺乏；

同时具备 1 和 2。

（七）精神分裂症及双相情感障碍症

精神分裂症

1. 具有二级及以上公立精神病学专科医疗机构和持有精神病学医师有效行医执照的主治医师及以上职称医师出具的临床诊断证明书及简要病史；

2. 存在具有临床意义的精神分裂症特征性症状；

3. 疾病活动期持续存在（至少两项特征性精神分裂症样症状）1 个月；或者从疾病发作以来的至少 6 个月连续病程中存在不少于 1 个月的活动期症状，并且可以包括残留症状；或者在疾病 1 年以上的病程中存在至少两次符合精神分裂症特征症状的临床发作，发作间隙没有临床残留症状；

4. 2 和 3 项不是由其他精神障碍、脑和躯体疾病、全面发育障碍、以及精神活性物质（例如酒精、毒品、成瘾药物）使用引起；

同时具备 1、2、3、4。

双相情感障碍症

1. 具有二级及以上公立精神病学专科医疗机构和持有精神



病学医师有效行医执照的主治医师及以上职称医师出具的临床诊断证明书及简要病史；

2. 目前存在具有临床意义的双相情感障碍特征性症状；

3. 临床特征性症状必须包含 7 种双相情感障碍的发作或状态；

A. 轻躁狂 B. 躁狂发作 C. 轻或中度抑郁发作 D. 重度抑郁发作 E. 混合状态 F. 缓解状态 G. 未特定；

4. 疾病在过去必须至少有一次其它情感发作（轻躁狂、躁狂、抑郁、或混合状态）；

5. 2、3 和 4 项不是由其他精神障碍、脑和躯体疾病、以及精神活性物质（例如酒精、毒品、成瘾药物）使用引起；

同时具备 1、2、3、4、5。

（八）癫痫症

1. 二级及以上公立医院神经专科主治医师及以上医师出具的临床诊断书；

2. 具有反复癫痫发作的病史和临床表现的病历记录；

3. 脑电图有痫样或痫性放电；

同时具备 1、2、3。



临沧市城镇职工大病补充医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善城镇职工医疗保险制度，对发生高额医疗费用的患者给予进一步保障，切实减轻个人医疗费用负担，根据《国务院关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案的通知》（国发〔2012〕11号）、《云南省人民政府关于印发〈云南省城镇职工大病补充医疗保险暂行办法〉的通知》（云政发〔1999〕192号），《临沧市城镇职工基本医疗保险市级统筹实施办法》（临沧市人民政府公告2010年第一号）的规定，制定本办法。

第二条 大病补充医疗保险是指参加城镇职工基本医疗保险的参保缴费人员（包括退休人员，以下称参保人）因病或因意外伤害，医疗费用符合城镇职工基本医疗保险报销范围且超过基本医疗保险最高支付限额以上的部分，给予一定经济补偿的制度。

第三条 大病补充医疗保险费由城镇职工基本医疗保险统筹基金支付，列入当年统筹基金支出。

第四条 大病补充医疗保险业务由市、县（区）医疗保险基



金管理中心（以下称医保中心）经办。市医保中心统一向承保方投保，负责全市大病补充医疗保险费用的结算、拨付；各级医保中心负责对辖区内参保人医疗终结时医疗费支出进行审核，并向大病补充医疗保险承保方申请赔付医疗费用。

第五条 大病补充医疗保险按照市场化运作，由市医保中心择优选择承保方。

第六条 大病补充医疗保险的保险年度为自然年。

第二章 大病补充医疗保险费的筹资标准

第七条 筹资基数

每人每年的筹资基数为保险年度向前推两年的全市城镇单位在岗职工年均工资。

第八条 筹资比例

筹资比例实行浮动费率。2013年、2014年的筹资比例为5.5%。从2015年起，由市人力资源和社会保障局、市财政局在每年的12月份根据上一年度大病保险运营情况，按以下规定公布次年度的筹资比例和筹资金额（取整到元）：

（一）收支结余（亏损）在10%（不含10%）以内的，筹资比例不变；如连续三年结余（亏损）都在10%以内，但三年累计结余（亏损）超过25%（含25%），次年筹资比例下调（上调）0.5%。



（二）收支结余（亏损）在 10%（含 10%）以上 15%（不含 15%）以内的，筹资比例下调（上调）0.5%。

（三）收支结余（亏损）在 15%（含 15%）以上的，筹资比例下调（上调）1%。每年最多下调（上调）1%。

第九条 新参保的参保人，其大病补充医疗保险费从参保当月起按月筹集，月筹资金额（取整到元）=当年筹资金额÷12。

第三章 大病补充医疗保险待遇

第十条 享受城镇职工基本医疗保险待遇的参保人，符合条件的同时享受大病补充医疗保险待遇。

第十一条 大病补充医疗保险的赔付范围按基本医疗保险的规定执行。国家、省、市有关基本医疗保险的配套政策，适用于大病补充医疗保险。

第十二条 参保人发生的超过城镇职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额的医疗费用，符合城镇职工基本医疗保险报销范围的部分，个人和承保方按下列比例和方式分担：

（一）个人自付 10%，承保方赔付 90%。

（二）承保方赔付的最高限额在同一年度内为 20 万元（不含基本医疗保险最高支付限额）；当参保人跨年度住院治疗时，以入院所在的保险年度保险金额为限累加计算。



（三）参保人因病在治疗期间死亡的，其医疗费用中属于自费和自付的部分，由其法定继承人或指定受益人承担。

第十三条 在大病补充医疗保险实行即时结算前，参保人医疗费用超过基本医疗保险最高支付限额后，发生的医疗费用由本人垫付。

垫付的医疗费用数额超过 1 万元以上，参保人垫付确有困难的，在不超过大病补充医疗保险支付的比例范围内可以向同级医保中心提出申请，同级医保中心审核后，根据病情发展及医疗进展情况由承保方给予分阶段预付；也可由医疗机构出具相关资料（具体需要出具的资料由市医保中心商承保方确定）后，分阶段结算报销。

第十四条 医疗终结时，由参保人或亲属凭医疗费用申请书、医疗单位提供的出院证明或病情诊断证明、医疗费用单据到同级医保中心进行审核；医保中心审核后，向承保方申请赔付；承保方在接到医保中心赔付申请后的 20 个工作日内应给予赔付（有争议的除外）。

承保方对医保中心审核的医疗费用如有疑问，可以进一步进行核实，参保人、医疗机构和医保中心应给予积极配合。

第十五条 医保中心为参保人申请大病补充医疗保险赔付费用时，应提供下列材料：

1. 由医保中心填写的给付申请书；



2. 参保人居民身份证复印件或所在单位证明；
3. 医疗单位提供的出院证明或病情诊断证明；
4. 医疗费用收据原件及医疗费用结算清单（含检查、治疗、药品及医疗服务项目清单）。
5. 医保中心给付的基本医疗保险达到最高支付限额的凭证复印件；
6. 符合基本医疗保险政策支付的意外伤害需提供由医保中心填写的《意外伤害备案表》；
7. 承保方认为有必要提供的证明及材料。

第四章 附 则

第十六条 参保人弄虚作假，骗取大病补充医疗保险赔付费用的，一经查实，按有关规定予以处罚；构成犯罪的，移交司法机关追究刑事责任。

第十七条 保险人、投保人（市医保中心）、被保险人之间发生有关大病补充医疗保险争议时，由争议双方协商解决；协商后仍不能解决的，可提请人力资源和社会保障行政管理部门裁决。

第十八条 国家和省对大病补充医疗保险有新规定的，从其规定。

第十九条 本办法自 2013 年 1 月 1 日起施行，原《临沧地区城镇职工大病补充医疗保险实施办法》（临署办发〔2004〕157 号）同时废止。