

各县（区）人民政府，市直各委、办、局：

现将《普洱市城乡居民大病医疗保险实施办法》印发给你们，请遵照执行。

普洱市人民政府

2020年7月1日

（此件公开发布）

### 普洱市城乡居民大病医疗保险实施办法

第一条 为健全多层次医疗保障体系，有效提高医疗保障水平，减轻城乡居民医疗费用负担，根据《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）、《云南省人力资源和社会保障厅 云南省卫生和计划生育委员会关于统一城乡居民基本医疗保险待遇有关问题的通知》（云人社发〔2016〕310号）、《云南省医疗保障局 云南省财政厅关于做好2019年城乡居民医疗保险工作的通知》（云医保发〔2019〕76号）等文件规定，结合普洱市实际，制定本办法。

第二条 保障对象是参加城乡居民基本医疗保险的所有参保人。

#### 第三条 保障范围

大病医疗保险资金用于参保人患病发生高额医疗费用的情况下，在城乡居民基本医疗保险费用报销的基础上，对需要个人负担的政策范围内合规医疗费用给予保障。

第四条 职能部门工作职责

（一）医疗保障部门是城乡居民大病医疗保险的主管部门，负责城乡居民大病医疗保险政策制定、组织实施、业务指导、监督检查等工作，负责做好城乡医疗救助（重特大疾病医疗救助）同城乡居民基本医疗保险、大病医疗保险信息互通和政策衔接，发挥医疗救助的托底作用；

（二）财政部门负责城乡居民大病医疗保险资金的监管、拨付工作；指导和督促大病医疗保险资金管理，确保资金安全运行；

（三）审计部门负责依法对城乡居民大病医疗保险资金的收支管理情况进行审计监督。

第五条 城乡居民大病医疗保险实行市级统筹，统一投保、统一待遇、统一管理、统一核算，鼓励引入竞争机制，以公开招标、政府采购的方式由有资质的商业保险机构承办。

第六条 城乡居民大病医疗保险的参保管理、医疗管理按照城乡居民基本医疗保险相关规定执行。承办机构为参保人提供“一站式”即时结算服务。

第七条 参加基本医疗保险的城乡居民同时参加大病医疗保险。

第八条 城乡居民大病医疗保险的结算年度为每年1月1日零时起至12月31日24时止。

第九条 城乡居民大病医疗保险资金筹集渠道主要从城乡居民基本医疗保险基金中提取。大病医疗保险资金收不抵支时，在年度筹集的城乡居民基本医疗保险基金中予以安排。城乡居民基本医疗保险基

金结余不足或没有结余时，由市级财政统筹解决。逐步完善城乡居民大病医疗保险的多渠道筹资机制，保证制度的可持续发展。

第十条 城乡居民大病医疗保险筹资标准由医疗保障部门根据中央和省级财政的补助标准，结合城乡居民基本医疗保险基金收入和医疗费用变化情况进行适时调整。

第十一条 城乡居民大病医疗保险执行的药品目录、诊疗项目、医用耗材目录和医疗服务设施的支付范围，按照全省统一的城乡居民基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医用耗材目录和医疗服务设施范围的有关规定执行。超出城乡居民基本医疗保险基金支付范围的，大病医疗保险不予赔付。

第十二条 参保人年度内累计产生的政策范围内自付住院（含特殊病门诊）医疗费用，扣除基本医疗保险住院（含特殊病门诊）起付线后，超过 1 万元（不含 1 万元）以上部分进入大病医疗保险赔付。

第十三条 在一个参保年度内，大病医疗保险实行分段赔付，统一起付线和封顶线和赔付标准，具体赔付比例和分级诊疗挂钩。

（一）符合转诊转院规范或备案的,按以下标准执行：

1.自付在 1 万元（不含 1 万元）以上至 5 万元（含 5 万元）的部分，由大病医疗保险资金赔付 60%；

2.自付在 5 万元（不含 5 万元）以上至 10 万元（含 10 万元）的部分，由大病医疗保险资金赔付 70%；

3.自付在 10 万元以上的部分，由大病医疗保险资金赔付 80%。

(二) 城乡居民大病医疗保险在一个参保年度内的累计最高赔付限额为 15 万元。

第十四条 年度内住院的理赔受理截止时间为次年的 6 月 30 日，逾期不再受理。

参保居民在实现实时结算的协议医疗机构住院所发生的大病医疗费用，由协议医疗机构按大病医疗保险赔付政策给予即时结报，赔付资金先由协议医疗机构垫支后，于次月 5 日前向商业保险机构提交审核，经商业保险机构审核后于当月 25 日前拨付协议医疗机构。

参保居民在未实现实时结算的协议医疗机构住院所发生的大病医疗费用，持社会保障卡（复印件）、身份证（或户口本）、诊断证明、出院证明、医疗费用发票（复印件）、费用清单（复印件）相关资料向参保地医保经办机构大病医疗保险合署办申请办理大病理赔，自接受理赔申请之日起，商业保险机构应当于 20 个工作日内完成赔付手续，赔付资金直接兑现给参保患者。

第十五条 参保患者住院治疗跨投保年度的，以投保年度的赔付比例和起付线、封顶线计算赔付保险金。

第十六条 市医疗保障部门委托财政部门认定的具有政府采购代理资格的中介机构代理，根据“收支平衡、略有结余”的原则公开招标选择符合要求的 1 家商业保险机构承办城乡居民大病医疗保险业务。每一承办期原则上为 3-5 年，合同期满之前 3 个月内，完成下一期合同的招标和签订工作。

第十七条 年度大病医疗保险资金使用率应当达 85%以上，结余资金返回市级城乡居民基本医疗保险基金专户，滚存下一年度使用。因城乡居民基本医疗保险政策调整等政策性原因给商业保险机构带来亏损时，由城乡居民基本医保基金全额承担；因承保商业保险机构经营管理不善等单方原因带来的亏损，由商业保险机构自行承担。

第十八条 市医疗保障部门可以根据城乡居民大病医疗保险运行情况，对大病医疗保险赔付比例、赔付限额、赔付范围等提出调整意见，报经市人民政府批准后执行。

第十九条 承保商业保险机构、参保人、协议医疗机构之间发生有关大病医疗保险争议时，由争议双方协商解决；经协商未达成一致意见的，可依法向人民法院提起诉讼。

第二十条 本办法自发文之日起施行，以前文件规定与本办法不一致的，按本办法执行。