

保山市城乡居民大病保险实施办法（试行）

保政办发〔2016〕21号

第一条 为减轻参保城乡居民患重特大疾病医疗费用赔付负担，进一步完善城乡居民基本医疗保险制度，提高城乡居民医疗保障水平，建立多层次医疗保障体系，根据《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）精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称城乡居民大病保险，是指在1个自然年度内，对参保人员住院政策范围内个人自付医疗费用超过一定数额后，再按比例给予偿付的补充医疗保险制度。

第三条 本办法适用于在保山市辖区内参加城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的全部人员。

第四条 城乡居民大病保险坚持权利与义务相对等、保障水平与经济社会发展水平相适应的原则，实行市级统筹、城乡统筹，并交由商业保险机构承办。实行统一资金管理、统一工作制度、简化程序，方便群众，着力解决参保城乡居民“因病致贫、因病返贫”的问题。

第五条 市、县（市、区）卫生计生、人力资源社会保障部门对城乡居民大病保险实施行政管理；市、县（市、区）医保中心、合管办为城乡居民大病保险业务经办机构，负责本行政区域内的城乡居民大病保险具体业务管理。

第六条 发展改革、民政、财政、审计等部门在各自职责范围内，共同做好城乡居民大病保险相关工作。

第七条 城乡居民大病保险基金从城乡居民基本医疗保险基金中全额划出，参保人员个人不再缴费。

第八条 在确保资金安全和参保人员大病保险待遇的前提下，由市医保中心、合管办负责，分别与承保商业保险公司签署城乡居民大病保险合同，明确三方的权利、责任和义务并建立动态管理机制。

第九条 承保公司要加强与医保中心、合管办的衔接，提供“一站式”即时结算服务，确保参保人员方便、及时享受大病保险待遇；要完成经医保中心、合管办授权的大病保险结算系统建设，依托城乡居民基本医疗保险信息系统，进行必要的信息交换和数据共享。

第十条 承保公司要建立健全内控制度，通过“联合办公”加强对参保人员医药费用的审核，按照合同要求履约，提升服务

能力和水平；对违规操作、审核不严造成城乡居民大病保险资金损失的，要承担相应的经济责任；要制定和完善服务流程，简化报销手续，为参保患者提供优质、高效、便捷的服务。

第十一条 承保公司要对城乡居民大病保险资金实行“收支两条线”管理，单独建账核算，做到专款专用，不得挤占和调剂，要承担经营风险，自负盈亏，微利经营。

第十二条 市人力资源社会保障、卫生计生部门应会同市发展改革委、财政、审计等部门依法对城乡居民大病保险资金使用和管理情况进行监督，定期向社会公布资金收支管理情况，接受社会监督。

第十三条 市医保中心、合管办根据大病保险合同约定向市财政申请大病用款计划，按季度向承保公司支付大病保险费。

第十四条 在1个自然年度内，城乡居民在基本医疗保险定点或认可的医疗机构住院（含意外伤害住院、特殊疾病门诊）所发生的政策范围内的医疗费用，经基本医疗保险赔付后，城镇居民个人累计负担的合规费用达到1万元以上部分纳入大病保险，农村居民个人累计负担的合规费用达到5000元以上部分纳入大病保险，实行分段按比例赔付。建档立卡贫困户按相关政策执行。

第十五条 城乡居民大病保险最高赔付限额为 20 万元。参保人年内累计赔付达到封顶线的，在本保险年度内承保公司对该参保人的保险责任终止。大病保险赔付结算公式为：大病赔付 =（医疗总费用 - 基本统筹赔付金额 - 自费费用 - 起付线）× 分段赔付比例。

第十六条 不属于大病保险赔付范围的，分别按照城镇居民和新农合支付范围相关规定执行。

第十七条 参保人员、定点医疗机构、医保中心、合管办及承保公司人员弄虚作假，骗取城乡居民大病补充医疗保险待遇的，一经查实，根据《社会保险法》及相关规定进行处理，情节严重的，移交司法机关处理。

第十八条 保险人、投保人、被保险人发生有关大病保险争议时，由争议双方协商解决；协商后仍不能解决的，可提请人力资源社会保障、卫生计生行政管理部门裁决，也可向人民法院提起诉讼。

第十九条 城乡居民大病保险筹资标准及赔付比例，根据运行情况，由市人力资源社会保障局、卫生计生委双方提出报市人民政府批准后进行调整。

第二十条 本办法由市卫生计生委、市人力资源社会保障局负责解释。

第二十一条 本办法自 2016 年 1 月 1 日起执行。