

邯郸市城乡居民大病保险管理办法

第一条 为进一步健全和完善我市医疗保障体系，切实减轻城乡居民大病高额医疗费用负担，根据国务院《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（国办发〔2015〕57号）、《中共河北省委、河北省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（冀发〔2020〕13号）和《邯郸市医疗保障局、邯郸市财政局、国家税务总局邯郸市税务局关于印发〈邯郸市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）〉的通知》（邯医保规〔2020〕2号）文件精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 城乡居民大病保险（以下简称大病保险）坚持政府主导、专业运作，责任共担、持续发展，收支平衡、保本微利，公开招标、公平竞争的原则。

第三条 大病保险在基本医疗保险保障基础上，对于个人医疗费用负担较重的群体，给予进一步保障，缓解城乡居民因病致贫、因病返贫问题。

第四条 大病保险保障对象为已参加邯郸市城乡居民基本医疗保险并按时足额缴费的人员（含已参保登记新生儿和全额资助人员）。保障周期为每年1月1日至12月31日。

大学生，市属以上中专、职技校学生保障周期参照《邯郸市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》执行。

第五条 大病保险筹资标准为每人每年 75 元，市医疗保障、财政部门根据基金运行情况适时调整。各县（市、区）医疗保障部门负责筹集本辖区参保人员大病保险所需资金。大病保险资金优先从城乡居民医保基金中划出，没有结余的，在基本医疗保险年度筹资时统筹解决，参保居民个人不再缴纳大病保险费。

第六条 参保居民发生的政策范围内医疗费用，个人负担部分年度累计达到 9000 元后，纳入大病保险保障范围。

第七条 进入大病保险政策范围内的医疗费用实行分段支付，标准为：

9000 元以上至 3 万元的费用段，支付比例为 60%；

3 万元以上至 5 万元的费用段，支付比例为 65%；

5 万元以上至 10 万元的费用段，支付比例为 80%；

10 万元以上至 20 万元的费用段，支付比例为 90%；

20 万元以上的费用段，支付比例为 95%。

大病保险年度最高支付限额为 50 万元。

第八条 大病保险基本用药、诊疗项目、医疗服务设施范围及支付标准，定点医药机构管理、参保人员就医管理、待遇支付管理等统一按城乡居民基本医疗保险相关规定执行。

第九条 大病保险统一筹资标准，统一支付比例，统一业务经办流程。确定受托承办的商业保险公司盈利水平应当坚持保本微利的原则。超额结余部分回归大病保险基金。

第十条 大病保险由商业保险机构承办。按照国家、省、市

有关文件精神，由市医疗保障局按规定招标确定承办大病保险的商业保险机构，明确就医管理、费用审核、稽查调查、异地就医等工作分工，明确相关成本和统计报表审核内容和方式，明确大病保险业务的考核指标及对违规情形的追责措施等协议条款。指导商业保险机构开展大病保险工作，按照协议做好与商业保险机构各项对接工作。

第十一条 市医疗保障部门向财政部门提出申请，将大病保险资金按协议规定拨付给商业保险机构大病保险资金专户。

第十二条 商业保险机构应当设立大病保险资金专户，对承办大病保险获得的保费实行单独核算，专账管理。商业保险经办机构要按照协议要求，完善服务流程，提供业务咨询和大病保险结算服务。

第十三条 商业保险机构在各县（市、区）医保经办机构设立大病保险服务窗口，实行联合办公，提供大病保险“一站式”结算服务。各县（市、区）医保经办机构将达到大病保险起付线的相关材料移交至大病保险服务窗口，办理大病报销手续。

第十四条 商业保险机构应及时、足额为参保人员支付符合大病保险规定的医疗费。政策调整因素造成的年度亏损，由医保基金全额予以弥补；非政策调整因素造成的年度亏损，由商业保险机构负担。

第十五条 商业保险机构可到定点医药机构调阅参保人住院资料、病房探视，医药机构应予配合。

第十六条 商业保险机构严格按照《社会保险个人权益记录管理办法》加强参保人信息管理，对获取的个人信息负有保密义务，不得将获取的个人信息用于大病保险以外的用途，不得向第三方交换。

第十七条 商业保险机构要加强与基本医疗保险经办机构衔接，及时掌握大病患者医疗保险支付情况，建立大病保险结算信息系统，与城乡居民基本医疗保险信息系统和定点医药机构信息系统互联互通，实行大病保险报销即时结算。因异地就医等原因不能实行即时结算的，手工录入系统核准结算。

第十八条 市医疗保障部门和商业保险机构共同开发和维护大病保险信息管理系统、大病保险异地结算平台，与基本医疗保险系统对接。开发和维护经费由双方协商确定。大病保险信息管理系统、大病保险异地结算平台所有权归市医疗保障部门，商业保险机构经授权使用。

第十九条 市医疗保障、财政、审计等部门按照有关规定，对商业保险机构大病保险资金运行情况监管和审计。商业保险机构应当如实向市、县（市、区）医疗保障、财政部门上报季报、年报等统计和财务报表。

第二十条 医疗保障部门建立以保障水平和参保人员满意度为核心的考核评价机制，健全商业保险机构进入退出机制。按照协议对商业保险机构监督检查和考核评估，加强行业指导和工作进展监测，推进大病保险各项政策的落实。并通过日常抽查、建

立投诉受理渠道等多种方式进行监督检查，督促商业保险机构履行协议。医疗保障部门与商业保险机构建立基金监管联动工作机制，成立联合巡查组，监控定点医药机构医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长。财政、审计部门按照财务列支和会计核算办法，加强对商业保险机构保费使用、管理情况的监督。

第二十一条 贫困人口大病保险待遇按照原政策执行。

第二十二条 本办法自 2021 年 1 月 1 日起执行，有效期 5 年。