

# 呼和浩特市医疗保障局文件



呼医保发〔2022〕7号

## 呼和浩特市医疗保障局 关于印发《呼和浩特市城乡居民大病保险 实施办法》的通知

各旗县区医疗保障局，市医疗保险服务中心，市医疗保障综合行政执法支队，各定点医疗机构：

现将《呼和浩特市城乡居民大病保险实施办法》印发给你们，请遵照执行。

呼和浩特市医疗保障局  
2022年8月29日

# 呼和浩特市城乡居民大病保险实施办法

## 第一章 总则

**第一条** 为进一步完善我市城乡居民医疗保险制度，对居民医保参保患者发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障，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）《关于进一步做好呼包鄂乌城乡居民大病保险工作的通知》（内医保办字〔2021〕191号）和《呼和浩特市人民政府办公室关于印发呼和浩特市城乡居民基本医疗保险实施办法的通知》（呼政办发〔2022〕5号），结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于参加我市城乡居民基本医疗保险的所有参保人员。

**第三条** 城乡居民大病保险（以下简称“大病保险”）与基本医疗保险相衔接，实行市级统筹，统一政策、统一待遇标准、统一经办流程。

**第四条** 大病保险的医疗服务管理按照《呼和浩特市城乡居民基本医疗保险实施办法》及相关政策规定执行。

**第五条** 大病保险委托商业保险公司承办，承办机构通过政府招标的方式确定。中标的商业保险公司（以下简称承办机构）承办。市医疗保险经办机构按参保缴费人数总量，统一向承办机构投保。

**第六条** 市医疗保障局负责全市大病保险的组织实施和监督。市医疗保险经办机构负责承办机构的业务指导、管理和考核。承办机构负责业务经办和费用支付。

## **第二章 资金筹集与拨付**

**第七条** 大病保险资金的筹集按每年每人50元的标准从城乡居民基本医疗保险基金中计提，参保人员不再另行缴费。

**第八条** 资金的拨付按照国家、自治区关于基本医疗保险基金向商业保险机构购买大病保险相关规定及双方合同执行。承办机构对承办大病保险业务获得的保费实行单独核算，按照合同约定足额支付，确保资金安全，保证偿付能力。承办机构不得将大病保险资金用于其他商业运营，增加大病保险资金风险。

## **第三章 支付范围与待遇标准**

**第九条** 大病保险待遇享受时间、结算年度与城乡居民基



本医疗保险有关规定一致。

**第十条** 大病保险不设年度最高支付限额，具体支付范围、起付标准、支付比例如下：

（一）下列医疗费用经城乡居民基本医疗保险支付后，政策范围内个人负担费用超出大病起付标准以上的纳入大病保险支付范围：

1. 符合政策规定的住院医疗费用；
2. 经认定发生的门诊慢特病及门诊特殊用药医疗费用；
3. 比照住院或门诊慢特病享受待遇的普通门诊医疗费用。

（二）起付标准：一个年度内符合政策范围的个人负担费用累计 14000 元。

（三）支付比例：起付标准以上的费用按 60% 支付。

（四）特困人员、低保对象和返贫致贫人口，起付标准在上述基础上降低 50%，支付比例提高 5 个百分点。

## **第四章 费用结算与支付**

**第十一条** 市医疗保险经办机构与承办机构实行协议管理。双方签订合同后，医疗保险经办机构将大病保险总保费的 80% 按年度招标合同约定划转给商业保险承办机构，其余 20% 作为年度考核预留款，经市医疗保险经办机构对居民大病保险服

务质量进行考核后，依据考核结果结清。每个年度的大病保险项目服务期为 2 年，服务期满后市医疗保险经办机构与承办机构进行费用清算。承办机构出现超过合同约定的结余资金，需向城乡居民基本医保基金返还；因政策性原因出现亏损的，市医疗保险经办机构按照合同约定的分摊比例从城乡居民基本医疗保险基金中计提拨付。

**第十二条** 参保人员在本市定点医疗机构发生符合政策规定的大病保险费用由定点医疗机构记账，与承办机构按合同约定结算；参保人员转往统筹区外住院治疗，通过异地就医结算平台结算基本医疗保险费用的同时，一并结算大病保险费用。因其他原因导致异地就医未直接结算的大病保险费用，承办机构应与医保经办机构做好衔接，按照国家医保信息平台结算数据，在各旗县区医保经办机构基本医疗保险支付后 7 个工作日内完成理赔工作。

**第十三条** 通过异地就医结算平台直接结算的大病保险费用，按照国家异地就医相关政策，承办机构通过市医疗保险经办机构定期向自治区异地就医结算中心上解大病保险异地就医结算预付金，上解资金金额按照自治区异地就医结算中心上一年度我市实际结算情况确定，市医疗保险经办机构可结合具体情况进行调整，服务期满后进行清算。承办机构不按规定上解资



金的，经市医疗保险经办机构督促后，仍不上解资金的，市医疗保险经办机构可从其年度考核预留款中直接代为支付，并责令经办机构在规定时间内补足年度考核预留款。因经办机构异地就医结算资金上解不及时，造成被有关部门通报、引起参保人员在异地未能即时结算等不良影响的，责任由经办机构承担，并将资金上解情况纳入年度考核范围。

## **第五章 管理与监督**

**第十四条** 经办机构应严格执行国家、自治区财务管理规定，遵守医疗保障的各项规章制度，充分发挥自身优势，在各县区医保经办机构服务大厅和定点医疗机构设立服务窗口，在各乡镇（街道）设立受理网点，为参保居民提供与基本医疗报销相衔接的“一站式”即时结算服务，使城乡居民基本医疗保险业务与大病保险实现无缝对接，保证参保人员按时足额享受待遇。

**第十五条** 经办机构应建立健全各项管理制度，不断优化服务流程，加大政策宣传力度，设立咨询与投诉受理渠道，做好参保人员相关政策的咨询解释以及投诉、举报案件的回复工作。

**第十六条** 经办机构对定点医疗机构即时结算的大病保险

费用应加强监督管理，对发生的合理费用应依规及时向定点医疗机构足额支付。对未实现异地直接结算的大病保险费用应主动对接医疗保险经办机构，主动索取理赔材料，确保在规定的时间内完成理赔工作。对理赔过程中发现的疑似或违规的情况，应及时报市医疗保险经办机构进行核查。

**第十七条** 承办机构应在每月前 5 个工作日将上月支出的大病保险费用明细表和汇总表按要求报市医疗保险经办机构。

**第十八条** 市医疗保险经办机构组织各旗县区医保经办机构通过日常抽查、投诉受理、年度考核等方式对承办机构进行监督检查。如承办机构代理大病保险业务发生以下行为，市医疗保险经办机构可单方提前终止合同，情节严重的依法追究承办机构责任：

- （一）有意延误和拒绝履行合同约定赔偿责任的；
- （二）违反规定外泄和滥用参保人员信息的；
- （三）在代理保险业务过程中借职务和工作之便索受贿赂、谋取私利的；
- （四）未按规定报送业务报告、报表、资料的；
- （五）编造或者提供虚假业务数据的；
- （六）其他违法违规行为。

**第十九条** 市医疗保险经办机构和承办机构建立联合办公



机制，定点医疗机构应积极配合，完善内部管理制度，共同做好大病保险工作。

**第二十条** 经办机构、承办机构、定点医疗机构工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守、违反医疗保险规定，造成医疗保险基金损失的，由市医疗保障行政部门依法依规责令追回，构成犯罪的，依据相关法律法规，移送相关部门进行处理。

**第二十一条** 参保人员有下列行为之一的，承办机构应及时将有关情况形成书面材料报市医疗保障行政部门，由市医疗保障行政部门根据相关规定作出处罚决定。

（一）将本人医疗保险凭证转借他人就医的；

（二）冒用他人医疗保险凭证就医或将他人医疗费用计入本人住院费用的；

（三）采用其他手段骗取医保基金的；

（四）其他违法违规行为。

**第二十二条** 医疗保障行政部门应当定期向社会公布医疗保障基金使用监督检查结果，加大对医疗保障基金使用违法案件的曝光力度，接受社会监督。

**第二十三条** 任何组织和个人有权对侵害医疗保障基金的违法违规行为进行举报、投诉。医疗保障部门应当畅通举报投诉渠道，依法及时处理有关举报投诉，并对举报人信息保密。对查证属实的举报，按照国家有关规定给予举报人奖励。



## 第六章 附则

**第二十四条** 保险人(经办机构)、投保人(市医疗保险经办机构)、被保险人(参保人员)依据《城乡居民大病保险合同书》履行各自权利与义务,如发生有关城乡居民大病保险争议时,由争议方协商解决,经协商无法解决的,可提请仲裁机构裁决或向人民法院起诉。

**第二十五条** 本办法自 2022 年 9 月 28 日起施行,有效期 5 年。原规定与本办法不一致的,以本办法为准。

