

潮州市医疗保障局 潮州市财政局文件

潮医保〔2021〕73号

关于2022至2024年度潮州市大病保险及公务员 补充医疗保险有关问题的通知

各县（区）医保局、财政局，市直各有关单位：

为完善统筹城乡的多层次医疗保险体系，提升医疗保障水平，减轻参保人员的高额医疗费用负担，根据公开招标结果，现就2022至2024年度潮州市大病保险及公务员补充医疗保险有关事项通知如下：

一、保障范围

参加本市基本医疗保险人员（包括职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险参保人员，以及随母享受医疗保险待遇的新生儿），均纳入大病保险保障范围。

参加职工基本医疗保险人员为职工大病保险被保险人，参加城乡居民基本医疗保险人员为城乡居民大病保险被保险人；市直财政全额拨款单位工作人员（包括公务员、参照公务员法管理人员、财政全额拨款单位工作人员、符合条件的部分困难企业军转

干部以及其他经批准纳入公务员医疗补助范围人员)为公务员补充医疗保险被保险人。

参照本市基本医疗保险有关规定,新生儿母亲符合享受城乡居民大病保险、职工大病保险或者公务员补充医疗保险待遇条件的,新生儿出生当年度随其母亲享受相应的大病保险(包括公务员补充医疗保险)待遇,免交大病保险费(包括公务员补充医疗保险)。

二、承保机构和承保期限

(一)承保潮州市大病保险及公务员补充医疗保险的商业保险机构为中国人民财产保险股份有限公司广东省分公司(以下简称“承保机构”)。

(二)承保期限为2022年1月1日至2024年12月31日。在2022年1月1日至2024年12月31日期间出院(包括2021年12月31日24时前入院、2022年1月1日0时后出院)的被保险人发生的住院医疗费用和在2022年1月1日至2024年12月31日期间被保险人发生的门诊特定病种医疗费用,根据被保险人投保种由承保机构按规定标准进行赔付。

三、保费标准及资金来源

(一)保费标准。城乡居民大病保险:2022年度7.40元/人·月、2023年度8.14元/人·月、2024年度8.96元/人·月;职工大病保险:2022年度13.31元/人·月、2023年度14.64元/人·月、2024年度16.11元/人·月;公务员补充医疗保险:2022年度33.90元/人·月、2023年度37.29元/人·月、2024年度41.02元/人·月。

(二)资金来源。城乡居民和职工大病保险保险费由基本医

疗保险统筹基金支付；市直财政全额拨款单位工作人员和符合条件的部分困难企业军转干部的公务员补充医疗保险费由市财政支付。

市直非财政全额拨款事业单位、各县区机关事业单位和其他参加职工综合医疗保险的单位可参照投保公务员补充医疗保险（保费自行承担），分别由投保方同承保机构签订合同，是否实行风险调节由投保单位与承保机构自行约定。所需保费根据投保单位经费来源渠道分别由参保单位或同级财政支付。

四、保障水平

被保险人在保险期间超过基本医疗保险统筹基金起付标准部分的医疗费用，在基本医疗保险支付待遇后，个人自付的符合基本医疗保险用药、诊疗项目和医用耗材范围、医疗服务设施标准的费用（包括基本医疗保险统筹基金年度累计支付限额内应由个人支付的住院费用、超过基本医疗保险统筹基金年度累计支付限额的住院费用和门诊特定病种医疗费统筹基金年度累计支付限额内应由个人支付的门诊特定病种医疗费用，以下简称“自付费用”），由承保机构按以下标准赔付：

（一）城乡居民大病保险被保险人，自付费用年度累计未超过1万元部分由个人负担，自付费用年度累计超过1万元以上部分按70%的比例赔付，年度累计赔付限额为30万元。

参照本市基本医疗保险有关规定，在出生3个月内参加城乡居民基本医疗保险的新生儿，其出生到参加城乡居民基本医疗保险前住院治疗所发生的医药费用（不含已随其母亲享受过医疗保险待遇的费用），在基本医疗保险报销的基础上，其符合规定的

自付费用按上述标准赔付。

(二) 职工大病保险被保险人，自付费用年度累计未超过 1 万元部分由个人负担，自付费用年度累计超过 1 万元以上部分按 90%的比例赔付，年度累计赔付限额为 60 万元。

(三) 公务员补充医疗保险被保险人，自付费用由承保机构按 98%的比例赔付（已包含职工大病保险待遇在内），年度累计赔付限额为 60 万元。

(四) 按规定纳入我市困难群体保障范围的被保险人，城乡居民大病保险自付费用年度累计超过 2 千元以上部分按 80%的比例赔付，职工大病保险自付费用年度累计超过 2 千元以上部分按 90%的比例赔付，不设年度累计赔付限额。

五、理赔程序

符合享受大病保险及公务员补充医疗保险待遇条件的被保险人按以下程序办理理赔：

(一) 在本地定点医疗机构发生的医疗费用，由被保险人按照基本医疗保险和大病保险及公务员补充医疗保险的有关规定支付应当由个人负担的医疗费用，剩余部分由属地医保经办机构与定点医疗机构进行结算并支付。已垫付的大病保险及公务员补充医疗保险费用由属地医保经办机构与承保机构进行结算。

(二) 在异地联网直接结算的定点医疗机构发生的医疗费用，由被保险人按照基本医疗保险和大病保险及公务员补充医疗保险的有关规定支付应当由个人负担的医疗费用，剩余部分由市医疗保障事业管理中心与定点医疗机构进行结算并支付。已垫付的大病保险及公务员补充医疗保险费用由市医疗保障事业管理中心与承保机构进行结算。

(三)零星报销大病保险及公务员补充医疗保险费用,由被保险人按照基本医疗保险和大病保险及公务员补充医疗保险的有关规定支付应当由个人负担的医疗费用,剩余部分由属地医保经办机构先行支付,再与承保机构进行结算。

(四)因特殊原因未在定点医疗机构直接结算的医疗费用,应到承保机构设置在市和各县(区)医保经办机构的服务点申请理赔,并提供以下相关资料:

1. 理赔申请书;
2. 经医保经办机构审核的基本医疗保险医疗费用结算表(单);
3. 被保险人身份证复印件;
4. 医疗费用收据(发票)和诊断证明书;
5. 被保险人个人银行结算账户(活期存款存折或银行卡)账号复印件;
6. 委托理赔的应提供被委托人身份证明、填写委托书。

六、人员配置

为进一步完善大病保险经办管理和基金监管,提高医保经办服务水平,加强对定点医疗机构的监管,经市人民政府同意,对新一轮承保机构的人员配置要求做如下调整:保留市、各县区5个医保经办机构服务网点,取消13个镇级服务网点,在医疗保障行政部门和医保经办机构的统一调配下,工作人员按需配置到各级医保经办机构,承担部分主要定点医疗机构派驻和配合医保经办机构开展医疗机构巡查、稽核等工作。

七、其他

(一)被保险人转换基本医疗保险参保类别的,同时转换大

病保险或公务员补充医疗保险投保险种，自转换投保险种次月1日起按新投保险种标准享受保险待遇。在一个年度内，转换基本医疗保险参保类别的被保险人的自付费用合并计算，被保险人转换投保险种前后已赔付的大病保险（包括公务员补充医疗保险）保险金累加计算，并以新投保大病保险（包括公务员补充医疗保险）保险金标准为限。

（二）被保险人在同一时段内出现重复投保的，按照就高不就低原则享受其投保险种中待遇最高的一种保险待遇。



公开方式：主动公开

抄送：市医保中心，各县（区）社保局，大病保险承保机构。
