

潮州市医疗保障局 潮州市财政局 文件

潮医保〔2024〕78号

关于2025至2027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2025至2027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），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。

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2025年1月1日至2027年12月31日。在2025年1月1日至2027年12月31日期间出院(包括2024年12月31日24时前入院、2025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2025年1月1日至2027年12月31日期间被保险人发生的门诊特定病种医疗费用,根据被保险人投保险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:2025年度11.88元/人·月、2026年度13.07元/人·月、2027年度14.38元/人·月;职工大病保险:2025年度16.27元/人·月、2026年度17.89元/人·月、2027年度19.68元/人·月;公务员补充医疗保险:2025年度38.90元/人·月、2026年度42.79元/人·月、2027年度47.07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，个人年度累计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1万元以上部分本地就医按75%的比例赔付，异地就医按65%的比例赔付，年度累计赔付限额为40万元。

（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1万元以上部分本地就医按95%的比例赔付，异地就医按85%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)按规定纳入我市医疗救助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95%的比例赔付,不设年度累计赔付限额。

五、健全参保长效机制

建立对居民医保连续参保人员和零报销人员的大病保险待遇激励机制。自2025年起,一是对断保人员再参保的,降低大病保险最高支付限额3000元;二是对当年基金零报销的居民医保参保人员,次年提高大病保险最高支付限额3000元。以上累计提高总额不超过大病保险原封顶线的20%。居民发生大病报销并使用奖励额度后,前期积累的零报销激励额度清零。断保之后再次参保的,连续参保年数重新计算。

六、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。

七、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：承保机构应设立独立的大病保险服务团队，专职负责大病保险承保有关事项，并建立完善的用工制度、财务管理、业务管理、服务管理和内控制度。承保机构按各级医保行政部门和经办机构业务量合理选优配强

服务团队，人员由市医疗保障行政部门统一安排使用，参与全市基本医疗保险、城乡居民大病保险、职工大病保险、公务员补充医疗保险、医疗救助等业务工作，承担派驻部分主要定点医药机构以及配合开展定点医药服务管理、巡查、稽核等工作。

八、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）医保中心，大病保险承保机构。
