

汕头市医疗保障局
汕头市发展和改革局
汕头市民政局
汕头市财政局
汕头市农业农村局
汕头市卫生健康局
国家金融监督管理总局汕头监管分局

文件

汕医保〔2023〕120号

关于印发《汕头市基本医疗大病 保险办法》的通知

各区（县）人民政府，市直有关部门：

为健全我市多层次医疗保障体系，有效提高基本医疗保险

参保人医疗保障待遇水平，经市人民政府同意，现将《汕头市基本医疗大病保险办法》印发给你们，请遵照执行。

附件：汕头市基本医疗大病保险办法



汕头市医疗保障局



汕头市发展和改革局



汕头市民政局



汕头市财政局



汕头市农业农村局



汕头市卫生健康局

国家金融监督管理总局汕头监管分局

(中国银行保险监督管理委员会汕头监管分局代章)

2023年7月27日

附件

汕头市基本医疗大病保险办法

第一章 总则

第一条 为健全多层次医疗保障体系，进一步完善我市医疗保障制度，有效提高重特大疾病保障水平，根据国家和省有关文件精神，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于汕头市职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险参保人（以下简称参保人），按照参保人参加的基本医疗保险类别对应划分为职工大病保险和居民大病保险。

第三条 本办法所称的大病保险是指本市参保人住院就医及诊治门诊特定病种（以下简称“门特病种”）发生的合规医疗费用经基本医疗保险按规定支付后个人负担部分（以下简称“个人自付部分”），累计超过大病保险起付标准的部分，给予进一步保障的制度。

第四条 我市大病保险实行市级统筹，全市统一制度政策、待遇标准、基金管理和经办服务等规定。

第五条 市医疗保障行政部门负责组织实施本办法，区（县）医疗保障行政部门负责本行政区域内的大病保险工作。

市医疗保障经办机构负责本办法实施的具体经办工作。

财政、卫生健康、发展改革、保险监管、民政、农业农村（乡村振兴）等部门按照各自职责做好大病保险相关工作。

第二章 资金筹集与管理

第六条 大病保险所需资金由职工基本医疗保险统筹基金和城乡居民基本医疗保险统筹基金分别按规定列支。参保人享受大病保险无需另行缴纳费用。

第七条 大病保险根据本市基本医疗保险基金收入、医疗费用情况和大病保险保障水平合理确定筹资标准。

第八条 大病保险资金由市医疗保障经办机构按大病保险承保合同及相关补充协议约定分期划拨至承办机构。

第九条 商业保险机构承办的大病保险资金应单独建账，单独核算。

第三章 保险承办与管理

第十条 大病保险的承办机构通过政府采购方式在符合资质条件的商业保险机构中选定。确定承办机构的具体工作由市医疗保障经办机构负责。

第十一条 商业保险机构承办大病保险的，实行合同管理。市医疗保障经办机构应当与商业保险机构签订服务合同，合同期限原则上不低于3年。

第十二条 大病保险应当遵循收支平衡、保本微利的原则，在服务合同中约定商业保险机构的盈利率，载明超过盈利率部分及因政策调整带来合理亏损部分的处理办法等内容。

第十三条 市医疗保障经办机构应当及时将采购文件、合

同文本等相关材料报送市医疗保障行政部门备案。

第十四条 大病保险经办机构应当规范资金管理，主动接受社会监督，及时向社会公开大病保险合同签订、筹资标准、待遇水平、支付流程和年度收支等情况。

第四章 保险待遇

第十五条 本市参保人在享受基本医疗保险统筹（不含普通门诊统筹，下同）待遇的基础上享受大病保险待遇，享受大病保险待遇的时间与享受基本医疗保险统筹待遇的时间一致。

第十六条 参保人在一个结算年度内住院就医和诊治门特Ⅰ类病种发生的合规医疗费用中个人自付部分及诊治门特Ⅱ类病种支付限额以内个人自付部分合并计算，超过大病保险起付标准部分，由大病保险按规定支付。

第十七条 大病保险的起付标准为 12000 元。参保人属于特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童的，起付标准为 2400 元；属于最低生活保障对象、纳入监测的易返贫致贫人员、低保边缘困难家庭的，起付标准为 3600 元。

第十八条 参保人一个结算年度内住院就医及诊治门特病种发生合规医疗费用的个人自付部分，累计超过起付标准至 20 万元以内的部分，由大病保险经办机构支付 60%；累计超过 20 万元的部分，由大病保险经办机构支付 70%。

2024 年 1 月 1 日起，参保人一个结算年度内住院就医及诊治门特病种发生合规医疗费用的个人自付部分，累计超过起付标准至 10 万元以内的部分，由大病保险经办机构支付 60%；累

计超过 10 万元至 20 万元以内的部分，由大病保险承办机构支付 70%；累计超过 20 万元的部分，由大病保险承办机构支付 75%。

参保人属于特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童的，大病保险各档次的支付比例分别提高 20 个百分点；参保人属于最低生活保障对象、纳入监测的易返贫致贫人口、低保边缘困难家庭的，大病保险各档次支付比例分别提高 10 个百分点。

参保人在常住异地人员备案手续或异地转诊就医手续有效期内，在备案统筹区医疗保障定点医疗机构就医的，以及急诊抢救住院就医的，按本条前三款规定的支付比例执行。其他异地住院就医情形的大病保险支付比例按本条前三款规定的支付比例下调 20 个百分点。

第十九条 参保人一个结算年度内大病保险累计最高支付限额为 50 万元。参保人属于特困供养人员、最低生活保障对象、孤儿、事实无人抚养儿童、纳入监测的易返贫致贫人口、低保边缘困难家庭等符合规定的困难群众，大病保险不设年度最高支付限额。

第二十条 参保人在提供联网结算服务的医疗保障定点医疗机构发生的属于大病保险支付范围的医疗费用，可享受直接结算服务。参保人垫付医疗费用的，应当按基本医疗保险规定的报销时限到医疗保障经办机构办理费用报销手续。

第五章 附则

第二十一条 本办法所指合规医疗费用是指参保人按规定

就医发生的符合本市基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医用耗材目录以及支付标准规定的费用。

第二十二条 大病保险的就医管理要求按照本市基本医疗保险相关规定执行。

第二十三条 本办法所指结算年度是指自然年度,即每年 1 月 1 日至 12 月 31 日。

第二十四条 大病保险的保险费用所需资金、待遇标准需要调整时,由市医疗保障行政部门会同市财政部门,根据国家、省有关规定和基本医疗保险基金收支结余情况等拟订方案,按程序报市人民政府批准后执行。

第二十五条 本办法由市医疗保障局负责解释。

第二十六条 本办法自 2023 年 8 月 1 日起施行,有效期至 2028 年 7 月 31 日止。有效期届满,经评估认为需要继续施行的,根据评估情况重新修订。期间,国家、省另有规定的,从其规定。此前规定与本办法不一致的,以本办法为准。本办法未明确的内容,按国家、省有关规定执行。

公开方式：主动公开

汕头市医疗保障局办公室

2023 年 7 月 27 日印发
