

榆林市城乡居民大病保障办法

第一条 为进一步提高全市医疗保障水平，减轻参保城乡居民大病医疗费用负担，防范化解因病返贫致贫风险，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》及相关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称大病保障，是对所有参加榆林市城乡居民基本医疗保险的参保患者年度内发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障。

第三条 大病保障坚持专款专用、可持续等原则。各县市区按户籍人口每人每年 35 元的标准进行筹资，其中榆阳区、神木市、府谷县市县财政分担比例为 2：8，横山区、定边县、靖边县市县财政分担比例为 5：5，绥德县、米脂县、佳县、吴堡县、清涧县、子洲县市县财政分担比例为 7：3。

第四条 大病保障资金支付范围及支付标准：

（一）参保人员医疗费用经基本医疗保险报销后，进入大病保险报销阶段的，在现有城乡居民大病保险报销比例内承担 20% 报销。

（二）对低保对象、特困人员和返贫致贫人口等享受大病保险倾斜待遇的人员，其大病保险起付标准降低 50%、支付比例提

高 5 个百分点、取消最高支付限额所产生的费用，由大病保障资金支付。

（三）城乡居民住院政策范围内医药费用，经基本医保、大病保险、医疗救助三重保障制度报销后，个人自付费用超过 3 万元（不含）以上的部分，以及超过支付限额的政策范围内住院费用超过 3 万元（不含）以上的部分，按 50%的比例报销。

（四）属于我市城乡居民基本医保门诊慢特病保障范围的疾病，其政策范围内门诊医药费用经基本医保、大病保险、医疗救助三重保障制度报销后，个人自付费用超过 2 万元（不含）以上的部分，按 50%的比例报销。

（五）属于罕见病目录内、但不属于我市城乡居民基本医保门诊慢特病保障范围的疾病，其政策范围内门诊医药费用经基本医保、大病保险、医疗救助三重保障制度报销后，个人自付费用超过 2 万元（不含）以上的部分，按 50%的比例报销。

第五条 大病保障每人每年最高支付限额为 30 万元。

第六条 大病保障资金支付范围、支付标准和年度最高支付限额由市级医保部门会同市级财政部门结合我市经济发展情况、资金运行情况适时调整。

第七条 城乡居民大病保障依托基本医疗保险结算系统，按规定进行结算。

第八条 原大病保障及大病保险扶贫倾斜制度的历史结余资金，统一结转至大病保障资金财政专户，用于支付大病保障支

出。市级财政部门根据市级医保部门的资金申请予以拨付大病保障资金。年度筹资不足部分，由历史结余资金支付；历史结余资金仍不足的，由市县财政按比例分担。

第九条 各县（市、区）财政部门根据市县分担比例，按照筹资标准，于每年5月底前将补助资金上解至大病保障资金财政专户，市级财政部门将应补助资金拨付至大病保障资金财政专户。市级医保部门、财政部门应于次年5月底前，对上年度大病保障资金运行情况进行清算。

第十条 医保部门负责大病保障制度的具体组织实施，做好资金的审核、结算、申请、支付等有关工作；财政部门负责做好资金拨付工作，及时划拨城乡居民大病保障专项资金；各级医保经办机构要优化服务流程，做好大病保障制度与基本医保“三重保障”制度的衔接，确保参保患者按规定享受医保待遇。

第十一条 严厉打击套取、骗取城乡居民大病保障专项资金的违法行为，对违反本办法规定，套取、骗取大病保障资金的单位或个人，按照《中华人民共和国社会保险法》等法律法规规定处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第十二条 本办法自2026年1月1日起施行，有效期5年。