

附件 2

关于《汕尾市基本医疗大病保险实施方案 (2027-2029 年)》的起草说明

我市第四期大病保险（2024-2026 年）将于 2026 年底到期，为持续推进大病保险工作，健全多层次医疗保障体系，切实减轻参保人医疗费用负担，根据国家、省大病保险相关政策文件精神，我局对《汕尾市基本医疗大病保险实施方案（2024-2026 年）》进行修订，形成《汕尾市基本医疗大病保险实施方案（2027-2029 年）》（征求意见稿）。现就有关情况说明如下：

一、起草背景

（一）上级政策文件要求

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）、《国家医疗保障局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5 号）、《广东省人民政府办公厅关于进一步完善我省城乡居民大病保险制度的通知》（粤府办〔2016〕85 号）等文件要求，大病保险作为基本医疗保险的拓展延伸，要持续完善筹资、待遇、承办监管机制，强化多重保障制度衔接，规范商业保险机构承办服务，守住民生保障底线。

（二）制度接续运行的需要

大病保险是我市多层次医疗保障体系重要组成部分，是基本医疗保障制度的拓展和延伸，自实施以来，通过大病保险制度对参保人高额医疗费用给予进一步报销，有效减轻大病患者家庭经济负担。现行《汕尾市基本医疗大病保险实施方案（2024-2026年）》将于2026年12月31日到期。为保障政策无缝接续，避免参保群众待遇断档，结合我市医保基金运行、医疗费用变化、上一期大病保险三年运营成效，对照国家、省大病保险最新政策要求，启动第五期大病保险实施方案修订工作，进一步优化制度设计，兼顾保障水平与基金可持续。

二、主要政策依据

（一）《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）；

（二）《国家医疗保障局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）；

（三）广东省人民政府办公厅关于进一步完善我省城乡居民大病保险制度的通知》（粤府办〔2016〕85号）；

（四）银保监会《保险公司城乡居民大病保险业务管理办法》（银保监发〔2021〕12号）；

（五）《汕尾市人民政府关于印发汕尾市城乡居民基本医疗保险暂行办法（2016年修订）的通知》（汕府〔2016〕5号）；

（六）《汕尾市人民政府办公室关于印发汕尾市城镇职工基

本医疗保险暂行规定（再次修订）的通知》（汕府办〔2012〕84号）；

（七）《汕尾市基本医疗大病保险实施方案（2024-2026年）》（汕医保〔2023〕93号）；

（八）《汕尾市医疗保障局 汕尾市财政局关于印发汕尾市医疗保障待遇清单（2026年版）的通知》（汕医保〔2025〕119号）。

三、主要内容说明

本方案保持市级统筹、商业保险机构分片区承办、三年合同期的总体制度框架，遵循“以人为本、保障大病，统筹联动、政府主导专业承办，保障适度、持续运行”四项基本原则，目标实现基本医保、大病保险、医疗救助无缝衔接。全文共九个部分，主要内容如下：

（一）第一部分为总体要求：明确大病保险四项基本原则以及制度建设目标，锚定防止因病致贫返贫的制度定位。

（二）第二部分为大病保险保障内容：明确保障对象、保障范围、保障标准、待遇调整机制。本次方案取消原方案“大额补充、二次补偿”双层结构，统一设置分段递进报销规则；厘清合规医疗费用口径，明确剔除乙类先行自付、超支付标准、异地就医降比例、超过门诊特定病种年度限额以上部分等费用；统一设置普通参保人员及困难群体两套分段报销比例，大病保险年度最高支付限额统一设定为34.6万元；困难群体执行起付线

减半、各段报销比例提高 5 个百分点的倾斜政策，不再执行原方案特困、低保对象分档且不设封顶线的规则；明确待遇调整的启动条件、报批流程。

（三）第三部分为筹资机制：继续执行全市市级统筹，统一待遇、统一招标分片区承保。大病保险保费以年度医保基金收入 8.20% 为上限，区分两大片区设置费率上限，第一片区（市直、城区、海丰、陆河、红海湾）费率上限 7.07%，第二片区（陆丰、华侨）费率上限 9.87%；保费全部从基本医保基金筹集，条件成熟时探索多渠道筹资。困难群体倾斜待遇支出全部纳入保费费率测算。

（四）第四部分为加强组织实施：明确招标人、投保人、被保险人，对商业保险机构资质、招投标流程作出规定，明确合同到期未选定新承保机构时，参保人待遇可追溯保障。

（五）第五部分为完善合同管理：约定三年期合同签订、履行要求，明确商保机构信息公开、违约惩戒；成本盈亏率继续设定为年度保费收入 5%，商保机构硬性成本投入不低于年度保费收入 2%；优化盈亏与风险分担规则，取消原方案政策性亏损医保基金 70% 分担及熔断上限机制，非政策性亏损全部由商保机构自行承担，政策性亏损由医保基金与商业保险机构据实结算；约定政策重大调整情形下合同变更、延长、终止的审批程序。

（六）第六部分为优化经办服务：固化“一站式”结算；明

确经办人员、医疗巡查人员配置标准；强化参保人个人信息保密、保费赔款专户管理；明确商保机构费用审核、稽核、打击欺诈骗保工作职责。新增商业保险机构预付 2 个月周转金制度，保障一站式结算资金拨付。

（七）第七部分为规范结算流程：明确保费按月预拨、年度结算规则；规范医疗费用统一受理、同步审核、一并支付、逐月结算；细化合同期满审计、清算流程，明确结余返还、亏损结算办理时限，厘清合同清算完成后参保人待遇支付责任划分。

（八）第八部分为强化监督管理：细化医保、财政、审计、卫健、保险监管、民政、乡村振兴、医保经办机构及承保商保机构各方职责；继续实施年度考评，考评结果与运营成本挂钩；落实年度第三方审计，审计结果作为结算清算依据。

（九）第九部分为实施时间：方案自 2027 年 1 月 1 日实施，有效期 3 年，由市医疗保障局负责解释。