

附件 1

汕尾市基本医疗大病保险实施方案 (2027—2029 年)

(第二次征求意见稿)

为进一步完善我市医疗保障制度,健全多层次医疗保障体系,提高医疗保障水平,减轻参保人医疗费用负担,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)、《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)、《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)等文件精神,结合我市实际,制定本实施方案。

一、总体要求

(一) 基本原则

大病保险是基本医疗保险的重要组成部分,是基本医疗保障制度的拓展和延伸,是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排。

1.坚持以人为本,保障大病。建立完善大病保险制度,不断提高大病保障水平和服务可及性,着力维护人民群众健康权益,有效防止因病致贫、因病返贫发生。

2.坚持统筹协调,政策联动。加强基本医保、大病保险、医疗救助、疾病应急救助、商业健康保险和慈善救助等制度的衔接,

发挥协同互补作用，形成保障合力。

3.坚持政府主导，专业承办。强化政府在制定政策、组织协调、监督管理等方面职责的同时，采取商业保险机构承保大病保险的方式，发挥市场机制作用和商业保险机构专业优势，提高大病保险运行效率、服务水平和质量。

4.坚持保障适度，持续实施。大病保险保障水平要与经济社会发展、医疗消费水平和社会负担能力等相适应。坚持保本微利、规范运作，实现大病保险稳健运行和可持续发展。

（二）目标任务

贯彻落实国家、省关于深化医疗保障制度改革的意见，进一步完善大病保险制度，促进政府主导和发挥市场机制作用相结合，引入商业保险机构承保大病保险，建立健全多层次医疗保障体系，实现基本医保、大病保险、医疗救助等制度无缝衔接，共同发挥托底保障功能，切实减轻大病患者看病就医费用负担，有效防止发生家庭灾难性医疗支出，更好地满足人民群众基本医疗保障需求。

二、大病保险保障内容

（一）保障对象

大病保险保障对象为已参加我市基本医疗保险的人员。

（二）保障范围

参保人在一个医保年度内发生的住院、门诊特定病种医疗费用，经基本医疗保险按规定支付后，累计个人负担的合规医疗费用（含基本医疗保险最高支付限额以上的医疗费用，不含乙类先

行自付部分、超支付标准的费用、基本医保异地就医降低比例部分、超过门诊特定病种年度限额以上部分等费用，下同）达到大病保险的起付标准部分，由大病保险按规定支付。

大病保险统一执行国家、省基本医疗保险药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围，以及定点医疗机构管理、参保人就医管理、待遇支付管理等有关规定。

（三）保障标准

1.基本医疗保险最高支付限额

（1）城镇职工医保基金年度支付限额为 40 万元，其中：参保人医保年度内发生的住院、门诊特定病种医疗费用由基本医疗保险统筹基金支付至 40 万元；超过 40 万元（不含）部分由大病保险按分段递进支付。

（2）城乡居民医保基金年度支付限额为 30 万元，其中：参保人医保年度内发生的住院、门诊特定病种医疗费用由基本医疗保险统筹基金支付至 30 万元；超过 30 万元（不含）部分由大病保险按分段递进支付。

2.大病保险

参保人医保年度内个人负担的合规医疗费用（包含起付线）累计超过 1.2 万元（不含）部分由大病保险采取分段递进支付（详见下表），年度支付限额为 35.28 万元。

序号	医保年度内个人累计负担基本医疗费用	支付比例
1	1.2 万元（不含）-20 万元（含）	60%
2	20 万元（不含）-30 万元（含）	70%
3	30 万元（不含）-50 万元（含）	85%

3.困难群体倾斜支付

对特困供养、孤儿（含事实无人抚养儿童）、低保对象、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口、低保边缘家庭成员等困难人员，大病保险起付标准、报销比例实行倾斜性支付政策。

（1）特困供养、孤儿（含事实无人抚养儿童）大病保险起付标准及报销比例（详见下表）

序号	医保年度内个人累计负担基本医疗费用	支付比例
1	0.24 万元（不含）-30 万元（含）	80%
2	30 万元（不含）-50 万元（含）	85%

（2）低保对象、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口、低保边缘家庭成员大病保险起付标准及报销比例（详见下表）

序号	医保年度内个人累计负担基本医疗费用	支付比例
1	0.36 万元（不含）-30 万元（含）	70%
2	30 万元（不含）-50 万元（含）	85%

（四）待遇调整

市医疗保障局可根据上一年度医保基金收支情况，以及上级有关规定，适时提出下一年度大病保险起付标准、支付比例、年度累计最高支付限额等待遇项目的调整方案，报请市人民政府审批后实施。大病保险待遇提高所需保费根据实际支出调整当年医保基金总额预算，由医保经办机构与承保商业保险机构据实结算。

三、大病保险筹资机制

（一）实行市级统筹。大病保险与基本医疗保险统一实行市级统筹，全市统一筹资标准、待遇支付水平、承办机构和资金管

理，大病保险资金实行分账管理、单独核算，确保资金安全和偿付能力。

（二）健全筹资机制。统筹考虑我市经济社会发展水平、基本医保筹资能力和支付水平、参保人患大病发生高额医疗费用情况、大病保险保障水平等因素，科学细致地做好资金测算，合理确定大病保险的筹资标准。大病保险保费以年度医保基金收入 %（待定）为上限（保费费率包含困难群体政策倾斜支付待遇支出，其中第一片区承保市直、城区、海丰、陆河、红海湾，保费费率以 %（待定）为上限；第二片区承保陆丰、华侨，保费费率以 %（待定）为上限），通过公开招投标，由符合资质的商业保险机构竞投，实现最高性价比。（保费费率由市医疗保障局委托有资质的第三方机构会计师事务所根据近 3 年大病保险运营、医疗费用增长、筹资及待遇政策调整等情况综合测算，并出具测算报告）

（三）拓宽资金来源。大病保险资金主要从基本医疗保险基金中筹集。条件成熟时，可拓宽资金来源渠道，积极探索政府补助、公益慈善等多渠道筹资机制。

四、加强组织实施

坚持公开、公平、公正和诚实信用的原则，建立健全招投标机制，规范招投标程序，明确大病保险的保费费率、成本盈亏率、亏损分摊比例等因素，以及保险承办机构管理服务能力、运营成本等内容，量化大病保险招标标准，依法依规遴选承保商业保险机构。

（一）招标投标主体。市医疗保障局为招标人，市医疗保障事业管理中心（以下简称“市医保中心”）为投保人，通过公开招标方式确定承保商业保险机构为保险人，参加我市基本医保的参保人为被保险人，并由投保人与保险人签订大病保险合同。

（二）承保机构条件。承保商业保险机构应符合《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》等有关规定，以及保险监管部门规定的条件，具备充足的偿付能力，并能提供业务、财务、信息技术等支持，能够实现大病保险业务专户管理、单独核算，具有良好的市场信誉。

（三）规范招标投标。市医疗保障局结合我市基本医疗保险政策及本实施方案规定的保障对象、筹资标准、起付标准、支付比例、运营投入、风险调节机制等制定保障方案，按照有关规定拟定招标文件，按照《中华人民共和国政府采购法》规定的招标方式和程序进行招标。大病保险通过公开招标确定2家商业保险机构，分区域承保全市大病保险，承保方式、责任、权利和义务等具体事项以招标文件确定。因特殊情况，大病保险合同期满仍未确定承保商业保险机构时，其间参保人发生的大病保险待遇给予追溯，由招标确定后的承保商业保险机构承担。

五、完善合同管理

（一）合同签订

市医保中心应与中标的商业保险机构签订大病保险承保合同，明确双方的责任、权利和义务，建立质量保证机制，规范退出流程，合同期限为三年。

大病保险合同要依据大病保险政策规定，明确统筹层次、筹资标准、费用比例、保障水平和盈亏率、风险调节比例，对超额结余和亏损分摊情况的处理措施，以及合同双方信息交换的范围、内容和程序；明确承保方需配备的人员数量、工作规范及服务项目要求等内容，明确就医管理、费用审核、稽核调查、异地就医等工作分工，明确对相关成本和统计报表审核的内容和方式，明确对承保方的考核指标及违约情形（包括提前终止或解除保险合同）和违约责任等。

（二）合同履行

商业保险机构应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，主动接受社会监督。市医疗保障局加强对合同履行情况的监督，承保期间如存在争议，因违反合同约定，或发生其他严重损害参保人权益的情况，可按照约定提前终止或解除合同，或者依法通过仲裁等法律途径解决；对存在恶意竞标、拒赔拖赔、骗取资金等严重违规行为的商业保险机构，三年内不得承保本统筹地区大病保险业务，并依法追究 responsibility。商业保险机构若下一合同期不再参与投标，须提前半年通知招标人，并配合招标人妥善做好衔接过渡工作。

（三）盈亏与风险管理

1.成本盈亏率。大病保险合同遵循收支平衡、保本微利的原则。商业保险机构承保大病保险运营成本及盈亏通过设定成本盈亏率确定，原则上不单独核算成本。本期大病保险成本盈亏率为年度保费收入的 5%，具体以合同方式约定。参与招投标的商业

保险机构，应承诺组建包括配备一定数量的一线经办人员、医疗专家、稽核巡查等人员的专业服务团队和配置有关设备设施，成本投入不低于年度保费收入的 2%。

2.收支结余和亏损分担的调整机制。大病保险承保合同期满清算出现结余或亏损时，按下列规则处理：

（1）结余过多返还。按微利原则，商业保险机构因承保大病保险出现超过合同约定的结余，需全额向基本医保基金返还资金。

返还金额=大病保险保费收入×（1-中标成本盈亏率）-实际医疗费赔付

（2）亏损分担。属非政策性调整引发的亏损由商业保险机构自行承担，属政策性调整引发的亏损由基本医疗保险基金和商业保险机构共同分担，其中基本医疗保险基金按 70%的比例分担，分担最高限额不得超过合同期保费收入的 5%，其余的由商业保险机构承担。

政策性调整引发亏损是指基本医疗保险政策调整或其他政策性因素导致的大病保险亏损，包括：①在执行合作协议过程中，由于基本医疗保险政策、大病保险政策（含倾斜政策）、基本医疗保险药品目录、基本医疗保险诊疗项目目录、基本医疗保险医疗服务设施范围、大病保险合规药品诊疗目录及服务设施范围等相关政策调整，导致大病保险赔付支出和运营成本增加而形成的亏损。②在执行合作协议过程中，发生地震、洪水等自然灾害或重大公共卫生事件，造成大病保险赔付支出增加而形成的亏损。③经与市医疗保障局协商认定为政策性亏损的其他情况。

亏损金额=实际医疗费赔付-大病保险保费收入×（1-中标成本盈亏率）

（四）合同变更或终止

按大病保险合同政府主导的基本原则，通过大病保险合同约定方式确定合同的变更或终止规则。大病保险合同执行过程中，遇到国家和省、市基本医保或大病保险政策重大调整，合同可变更、延长、终止，报市政府审批决定后，按大病保险合同预先约定规则处理。

六、优化经办服务

（一）“一站式”结算服务

中标的商业保险机构依托医疗保险信息系统，加强医疗救助与基本医疗保险、大病保险信息系统的对接，实现人员信息、就医信息、医疗费用信息和基本医疗保险支付信息的共享，全面实现基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式”直接结算，确保参保人方便、及时享受各项医疗保障待遇，切实减轻资金垫付压力。

（二）经办队伍配置

1.一线经办人员。中标的商业保险机构应在县（市、区）级以上医保经办机构设立专门服务窗口，每10万名参保人配置不少于1名一线经办人员，负责大病保险政策宣传、业务咨询、零星报销等。

2.医疗巡查人员。每个县（市、区）配置不少于2名专职医疗巡查人员，负责辖区内定点医疗机构的住院巡访，配合医保经

办机构查处冒名就医、挂床住院、串换药品等虚假医疗和欺诈骗保行为。

（三）参保人信息保密

中标的商业保险机构要严格按照《社会保险个人权益记录管理办法》，加强大病保险相关管理。加强参保人信息安全保护，明确交换信息的使用范围，商业保险机构对因管理大病保险获取的个人信息承担保密责任，不得将个人信息用于管理大病保险以外的其他用途，不得向第三方交换。

（四）保费专户管理

中标的商业保险机构应设立独立的大病保险保费账户及赔款账户，按照费用分摊的相关监管规定，核算大病保险业务管理成本，严格区分仅在大病保险经营过程中产生的专属费用和按规定分摊公司经营成本的共同费用，合理认定费用归属对象，据实归集和分摊。

（五）费用审核与稽核调查

中标的商业保险机构负责定点医疗机构费用申请的审核，条件成熟时，引入智能审核系统，定期对参保人就医信息进行风险审核，对风险疑点进行跟踪排查。主动与医保经办机构开展现场稽核、回访、举报信息处置等工作，建立打击欺诈骗保机制，确保保险基金安全，维护参保人的合法利益。

七、规范结算流程

（一）预付周转金

中标的商业保险机构应当按照上年度月度平均理赔金额的

额度，预付 2 个月额度的周转金，用于参保人“一站式”结算拨付，商业保险机构月度理赔款优先用于周转金补充，年度周转金在年度审计后优先用于当年度款项结算，具体流程等事项在合同中约定。

（二）保费结算

1.城镇职工医保大病保险保费按承保期间每月职工医保基金收入的一定比例（中标比例）逐月筹集。

2.城乡居民医保大病保险保费按当年基金收入（含财政补助部分）的一定比例（中标比例）筹集，每月按当年居民医保基金征收额的十二分之一预拨，年度结算时按实多还少补。

3.大病保险保费实行按月预拨、年度结算，由市医保中心在次月月底前拨付给承保商业保险机构，年终按大病保险合同约定实行年度结算。

（三）医疗费用结算

参保人住院医疗费用按以下原则结算，具体办法由市医保中心与承保商业保险机构商定，并在大病保险合同中明确，提高基金使用效率，提升管理服务质量。

1.统一受理。参保人在定点医疗机构发生的基本医疗费，由各定点医疗机构按月向市、县（市、区）医保经办机构申请结算。零星报销医疗费用由市、县（市、区）医保经办机构受理，须进入大病保险支付待遇的，提交承保商业保险机构按程序审核支付待遇。

2.同步审核。市、县（市、区）医保经办机构、承保商业保

险机构在同一信息系统平台、同一网络、同步审核参保人住院医疗费用。

3.一并支付。参保人应该享受的基本医疗保险待遇和大病保险待遇，由市、县（市、区）医保经办机构统一支付。

4.逐月结算。承保商业保险机构将应该支付参保人的大病保险待遇，逐月结算归还医保基金。

（四）合同清算

1.大病保险合同期结束，完成年度审计工作后，由市医保中心在 30 天内向承保商业保险机构发出清算结果通知。合同期满清算出现结余过多的，承保商业保险机构按规定予以返还；出现亏损的，应先厘清是否属于政策性亏损，并按规定计算亏损分摊数额，由市医疗保障局、市财政局审核后，报市人民政府批准后执行。结余返还及亏损分摊应在清算结果通知发出之日起 6 个月内执行完毕。

2.结算大病保险合同清算完成后，符合条件的参保人申请大病保险待遇，属结余过多或政策性调整引发亏损的，其大病保险待遇由统筹基金支付；属非政策性调整引发亏损分担的，其大病保险待遇由基本医保基金和原大病保险承保商业保险机构按中标约定的比例分担。

八、强化监督管理

（一）明确部门职责

医保部门负责大病保险的指导监督管理等工作，负责制定大病保险有关政策及保障方案，组织实施大病保险招投标、运营监

管等工作；财政部门负责大病保险资金的监督管理和财政专户资金拨付工作；审计部门要按规定进行严格审计；卫生健康部门要加强对医疗机构、医疗服务行为和质量的监管；保险监管部门要加强商业保险机构从业资格审查以及偿付能力、服务质量和市场行为监管，依法查处违法违规行为；民政、乡村振兴等部门要做好困难群体人员资格认定、信息收集等，会同医疗保障部门做好信息共享工作；医保经办机构负责大病保险具体经办工作，负责签订大病保险合同，规范保费拨付、理赔回款、年度结算和合同清算等工作，督促商业保险机构履行合同，提高服务质量和水平；商业保险机构要履行大病保险合同约定，做好保费核算、经办服务和保费稽核等工作，负责大病保险信息系统开发和维护，协助做好基金智能审核和监管等工作，加强参保人员个人信息安全保障，防止信息外泄和滥用。

（二）建立年度考评机制

市医疗保障局要建立对承保商业保险机构运营大病保险的考评机制，每年考评一次，考评结果与运营成本挂钩，考评不合格的，运营成本由承保商业保险机构自行负责。具体考评方案由市医疗保障局另行制定。

（三）实行年度审计制度

大病保险实行年度结算审计，年度审计工作在次年6月底前完成，由市医保中心委托引入第三方独立审计单位对当年保费收支及运营情况进行全面审计，审计结果作为年度结算、合同清算的依据，审计费用由市医疗保障局、市财政局列入年度预算。

九、实施时间

本实施方案从 2027 年 1 月 1 日起实施，有效期 3 年。有效期满后，由市医疗保障局、市财政局提出调整意见，进一步明确大病保险相关事宜，报市政府批准后执行。

本实施方案由市医疗保障局负责解释。