

汕尾市人力资源和社会保障局

关于公开征求《汕尾市基本医疗保险引入 市场机制建立大病保险制度工作方案》 (第三次征求意见稿) 意见的公告

为深入贯彻落实国务院办公厅《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》(国办发〔2015〕57号)、省政府办公厅《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)等政策文件精神,进一步完善汕尾市大病保险制度,我局起草了《汕尾市基本医疗保险引入市场机制建立大病保险制度工作方案》(第三次征求意见稿),现向社会第三次公开征求意见。公众可通过以下途径和方式提出反馈意见:

1、电话: 3377930, 传真: 3361990;

2、电子邮件: 44389347@qq.com;

3、联系地址: 汕尾市城区政和路市人社大厦 405 室

邮政编码: 516600

意见和建议反馈截止时间为 2017 年 11 月 10 日。

附件:《汕尾市基本医疗保险引入市场机制建立大病保险制度工作方案》(第三次征求意见稿)

汕尾市人力资源和社会保障局

2017 年 11 月 3 日

公开方式: 主动公开

汕尾市基本医疗保险引入市场机制 建立大病保险制度工作方案

（第三次征求意见稿）

为深入贯彻落实国务院办公厅《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（国办发〔2015〕57号）、省政府办公厅《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）等政策文件精神，进一步完善汕尾市城镇职工、城乡居民大病保险制度，提高参保人医疗保障水平，减轻医疗费用负担，防止因病致贫、因病返贫，现就汕尾市基本医疗保险引入市场机制建立大病保险制度制定如下工作方案：

一、工作目标和基本原则

（一）工作目标

在总结 2013 年至 2017 年基本医疗保险引入市场机制试点工作的基础上，2018 年，我市全面实施城镇职工和城乡居民大病保险制度，形成覆盖城镇职工和城乡居民、政策统一、相互衔接的大病保险制度，缩小城乡之间、人群之间、制度之间的待遇差距，逐步实现全民医疗保险待遇均等化，提升基本医疗保险的公平性。

大病保险（包括大病补充保险和二次补偿保险）与基本医

疗保险统一实行市级统筹，全市统一制度、统一投保、统一筹资标准、统一待遇水平、统一承办机构和统一资金管理。

（二）基本原则

1、大病保险坚持政府主导与市场机制相结合，与基本医疗保险政策和管理体制相衔接的原则；

2、大病保险坚持与基金承受能力相适应，结合我市经济社会发展水平和群众保障需求，实事求是，分类推进的原则；

3、大病保险坚持公平竞争引入商业保险机构，实行独立核算、自主经营、自负盈亏的原则；

4、大病保险坚持规范有序、公开透明，协议经办管理，行政和社会多方参与综合监督的原则。

二、大病保险筹资机制

（一）筹资比例。大病保险筹资统筹兼顾我市经济社会发展水平、基本医疗保险筹资能力、参保人医疗消费水平、参保人大病发生率及医疗费用情况、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，筹资比例一般为当年基本医疗保险基金收入的 5%左右。

（二）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。

三、大病保险保费标准

调整完善大病保险保费计算办法，改变试点阶段大病保险

保费标准按保障人群、保障项目等分类计算的办法，采取将试点阶段每年总保费折算成当年医保基金收入的占比，以试点阶段每年大病保险保费占比的平均值为上限，通过公开招投标方式，由符合资质的商业保险公司竞投，在不降低参保人医保待遇的前提下，尽量减少保费投入，提高医保基金使用效率，实现最高性价比。

四、大病保险的待遇标准

大病保险的待遇标准按照试点阶段补充医保的待遇标准设置，确保实施新政策后，大病保险待遇与过去试点阶段的补充医保待遇保持一致性、连贯性，避免因政策调整影响参保人医保待遇。

（一）大病补充保险的待遇标准

1、基本医疗统筹基金支付限额。城镇职工、城乡居民基本医疗统筹基金年度支付限额按试点阶段的10万元、16万元执行。

2、大病补充保险的报销比例。城镇职工、城乡居民基本医疗统筹基金年度支付限额以下的基本医疗费用，由城镇职工、城乡居民医保统筹基金支付。年度支付限额以上部分的基本医疗费用进入大病保险支付，城镇职工按85%的比例支付，城乡居民按75%的比例支付。

3、大病补充保险年度支付限额。城镇职工大病补充保险年度支付限额为30万元，城乡居民大病补充保险年度支付限额为14万元。

（二）二次补偿的待遇标准

城镇职工或城乡居民自然年度内个人负担基本医疗费用累计超过 2.5 万元的，超过部分采取分段递进报销（见附表一）。

附表一：

序号	自然年度内个人累计负担基本医疗费用金额	支付比例
1	2.5 万元（不含）--10 万元（含）	50%
2	10 万元（不含）--20 万元（含）	60%
3	20 万元（不含）--30 万元（含）	70%
4	30 万元（不含）--50 万元（含）	85%

（三）特殊人群大病保险的待遇标准

提高大病保险托底保障的精准性，对特困供养人员、低保对象和建档立卡贫困人员大病保险起付标准、报销比例实行倾斜性支付政策。

1、特殊人群大病保险起付标准及报销比例（见附表二、三）

附表二：特困供养人员

序号	自然年度内个人累计负担基本医疗费用金额	支付比例
1	0.5 万元（不含）--30 万元（含）	80%
2	30 万元（不含）以上	85%

附表三：建档立卡贫困人员、低保对象

序号	自然年度内个人累计负担基本医疗费用金额	支付比例
1	0.75 万元（不含）--30 万元（含）	70%
2	30 万元（不含）以上	85%

2、特殊人群大病保险不设年度支付限额。

3、特殊人群新增的“二次补偿”待遇支出所需的保费，按有关文件规定，由城乡居民医保基金列支，按年度由社保经办机构与承保公司据实结算。

五、费用结算与对账

（一）保费结算

1、城镇职工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）逐月筹集支付。其中参加统帐结合的城镇职工（含退休人员），每人每月负担4元，逐月从医疗保险个人帐户中扣缴，其他人员个人不缴费；除个人帐户负担部分外，其余部分由城镇职工医保统筹基金负担。

2、城乡居民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）筹集支付，每月按上年度城乡居民医保基金征收额的十二分之一暂行支付，次年第一季度前结算。

3、特殊人群的参保人数按市人社、财政、民政、扶贫部门核定的人数计算。

4、因录入等原因导致参保人信息缺失，经市社保局审核确认的，相关人员纳入大病保险保障范围，保费按规定处理。

（二）医疗费用结算。参保人住院医疗费用按以下原则结算，具体办法由市社保局与承保保险公司商定，通过承办协议确定，报市人社局、市财政局同意后执行。

1、统一受理。参保人在定点医疗机构发生的合理基本医疗

费，由各定点医疗机构按月向市、县（市、区）社保局申请结算；参保人在非定点医疗机构发生的合理基本医疗费用，由参保人出院后向市、县（市、区）社保局申请结算。市、县（市、区）社保局受理后，须进入大病保险支付待遇的，提交承保公司按程序审核支付待遇。

2、同步审核。市、县（市、区）社保局、承保保险公司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）社保局统一支付。

4、逐月结算。承保保险公司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。

六、建立机制，保障大病保险良性运行

（一）建立保费和待遇动态调整机制。根据我市大病保险资金筹集、医疗费用分布以及大病保险管理水平不断提高等因素，建立保费和待遇动态调整机制，提高基金使用效率，增强保障能力，更有效地减轻个人医疗费用负担。

（二）建立盈亏调整机制。遵循大病保险收支平衡、保本微利的原则，当每一年度保费扣除赔付成本及运营成本后，收支相抵盈利或亏损超过当年保费总额 10%的，盈利超过 10%部分归还医保基金；亏损超过 10%部分，由医保基金补足，并相应调整下年度保费和待遇标准。

（三）建立政策调整机制。大病保险合同履行期间，如因政策调整带来的政策性支出，按照国家规定在合同签订时载明

处理办法或通过补充合同予以界定。

（四）建立奖惩机制。发挥商业保险在精算、经办、稽核等方面的优势，支持严格履行合同、有效提高管理服务水平的商业保险机构优先承办大病保险业务。在政策允许的前提下，承保大病保险期间，可由市社保局与承保保险公司约定奖惩规则。

大病保险保费、待遇标准、盈亏额度、年度支付限额以及政策性支出补偿等每年可以根据大病保险保费收支情况适当调整；调整由市社保局提出意见和建议，报市人社局、市财政局审核后上报市政府审定。

七、加强各项医疗保障制度的衔接

（一）发挥制度合力。各级人社、财政、民政、卫计、社保经办机构等有关部门要加强与承保保险公司、慈善机构等沟通协调，在基本医疗保险、大病保险、医疗救助、疾病应急救助、商业健康保险及慈善救助等方面加强衔接，形成保障合力，共同发挥托底保障功能。

（二）实现“一站式”结算。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、医疗费用信息和医保待遇支付信息的共享，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，减轻参保人的事务性负担，减轻资金垫付压力。

八、组织实施

（一）有关部门职责。人社部门负责大病保险的指导监督等工作；卫计部门要加强对医疗机构、医疗服务行为和质量的监管；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；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；政府相关部门和商业保险机构要切实加强参保人员个人信息安全保障，防止信息外泄和滥用；社保经办机构负责大病保险招投标及协议管理等工作。

（二）规范招标投标，公开遴选大病保险承办机构。坚持公开、公平、公正和诚实信用的原则，进一步完善大病保险管理办法，建立健全招投标机制，规范招投标程序，遴选大病保险承保保险机构。

设定待遇标准的下限和保费标准的上限，将大病保险起付标准、分段递进赔付比例、盈亏率、基本医疗和大病保险年度支付额度、特殊人群倾斜报销比例、保险公司配备的承办和管理服务力量等内容量化，设置不同权重，作为招标大病保险承保保险公司的评标标准。

承保大病保险的保险公司须具备保险业务经营许可，在省内设分支机构；具有在本省开展大病保险业务经验；具有建设与社保信息系统对接的大病保险信息系统能力；市人社局、财政局规定的其他条件。

招标人应当与中标的商业保险机构签署保险合同，明确双方责任、权利和义务，合同期限原则上不低于3年。承保期间如存在争议，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，并依法通过仲裁等法律途径解决。

招标文件和评标标准由市社保局拟订，报市人社局、市财政局审定后组织实施。

（三）时间安排。2017年11月10日前，市人社局会同市财政局制定工作方案，报市政府审定；12月10日前，由市人社局、市财政局、市社保局组织招投标工作；12月25日前，市社保局与中标单位签订承办协议；2018年1月1日起，全面实施城镇职工和城乡居民大病保险制度。

各地各部门要各负其责，协同配合，强化服务意识，切实保障参保人权益。要严格履行合同，规范资金管理，实行保费单独核算，确保资金安全和偿付能力。承保机构要建立专业队伍，加强专业能力建设，提高管理服务效率，优化服务流程，为参保人提供更加高效便捷的服务。要主动接受社会监督，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，为大病保险工作营造良好的社会氛围。

说明：

1、待遇标准。《方案（第三次征求意见稿）》中有关大病保险的待遇标准，完全按目前我市补充医疗保险（含二次补偿）的待遇标准设置（照搬现有待遇规定），确保实施新政策后，大病保险待遇与过去试点阶段的补充医保待遇保持一致性、连贯性，避免因政策调整影响参保人医保待遇。

2、保费标准。《方案（第三次征求意见稿）》中有关大病保险的保费标准，改变试点阶段保费五花八门、计算繁杂的做法，采取将试点阶段每年总保费（含大病补充医保保费、二次补偿保费等）折算成当年医保基金收入的占比，以试点阶段大病保险保费占比的平均值为上限，通过公开招投标方式，由商业保险公司竞投，在不降低参保人医保待遇的前提下，尽量减少保费投入，实现最高性价比。

3、建档立卡等精准扶贫对象，其大病保险保费与待遇已由市社保局与人保健康汕尾公司根据有关政策要求，通过承保补充协议方式约定。《方案（第三次征求意见稿）》中有关此类对象的大病保险问题，按承保补充协议的约定设置。