贵阳贵安城乡居民大病保险工作

实施方案（征求意见稿）

城乡居民大病保险（以下简称大病保险）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新的制度性安排。为深入贯彻落实《省人民政府办公厅关于印发贵州省全面实施城乡居民大病保险方案》(黔府办函〔2015〕194 号)精神，进一步完善城乡居民医疗保障制度，健全多层次医疗保障体系，有效提高重特大疾病保障水平，遏制“因病致贫、因病返贫”，让更多人民群众受益，结合贵阳贵安实际，特制定本实施方案。

一、总体要求

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻落实党的二十大精神，坚持政府主导和市场机制相结合，由商业保险机构承办城乡居民大病医疗保险，提高大病保险的运行效率、服务能力和保障水平，切实有效减轻大病患者看病就医负担，遏制因病致贫返贫。

二、基本原则

（一）坚持以人为本，统筹安排。把维护人民群众健康权益放在首位，切实缓解人民群众因病致贫、因病返贫的突出问题。加强基本医疗、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之间的衔接，发挥协同互补作用，形成保障合力。

（二）坚持政府主导，专业运作。强化政府制定政策、组织协调、监督管理等方面的职责，采取商业保险机构承办大病保险的方式，发挥市场机制作用和商业保险机构专业优势，提高大病保险的运行效率、服务水平和质量。

（三）坚持责任共担，持续发展。大病保险保障水平要与经济社会发展、医疗消费水平及社会负责能力相适应。强化社会互助共济，形成政府、个人和保险机构共同分担大病风险的机制。强化当年收支平衡的原则，合理测算，稳步增长，规范运作，保障资金安全，实现可持续发展。

（四）坚持因地制宜，科学测算。结合贵阳贵安历年城乡居民基本医疗保险实施情况，科学测算大病保险筹资标准、保障水平，保证持续有效运行，使资金使用效益最大化，使参保居民能够享有最大程度的医疗保障。

三、 筹资机制

（一）筹资标准。根据贵阳贵安经济社会发展水平、基本医疗保险筹资能力、患大病发生高额医疗费用、基本医疗保险补偿水平情况，以及大病保险保障水平等因素，结合《省医保局 省财政厅关于建立医疗保障待遇清单制度的实施意见》（黔医保发〔2021〕62号），确定贵阳贵安城乡居民大病保险的筹资标准，自2022年起，大病保险筹资标准原则上不低于贵阳贵安城乡居民医保当年筹资总额的8%。结合年度大病保险运行情况和城乡居民医保筹资水平，逐年稳步提高大病保险筹资标准。

（二）资金来源。按照筹资标准从贵阳贵安城乡居民医保基金中提取大病保险资金，划入大病保险基金专户。

（三）统筹层次。为提高资金抗风险能力，城乡居民大病保险实行市级统筹，由市级统一资金管理，统一保障政策，统一组织实施。

四、保障内容

（一）保障对象。大病保险保障对象为当年参加贵阳贵安城乡居民基本医疗保险的参保人员。

（二）保障范围。参保人员住院及门诊慢特病产生的医疗费用经基本医疗保险报销后，对个人年度累计负担的政策范围内医疗费用超过大病保险起付标准的给予再次报销。政策范围内医疗费用是指剔除不予支付事项后实际发生的全部医疗费用，不予支付的事项按《贵阳贵安医疗保障待遇清单（2022年版）》（筑医保发〔2022〕9号）规定执行。待遇清单发生变化从其规定。

（三）保障水平。经基本医疗保险报销后，个人年度累计负担的政策范围内医疗费用超过大病保险起付线标准的，纳入大病保险，对发生的政策范围内医疗费用支付比例不低于60%。按照政策范围内医疗费用高低分段制定支付比例，原则上政策范围内医疗费用越高支付比例越高。具体报销比例见下表：

**城乡居民大病保险分段报销比例表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 个人年度累计政策范围内医疗费用（元） | 大病保险报销比例 | 大病保险报销封顶线（元） |
| 7000（含）-60000以下 | 60% | 200000 |
| 60000（含）-90000以下 | 65% |
| 90000以上（含） | 70% |

（四）服务流程。逐步完善信息系统，规范服务流程，实行基本医疗保险、大病保险和医疗救助三重医疗保障“一站式”结算。

1.“一站式”即时结报。参保人员在定点医疗机构就医发生的医疗费用由医保信息系统自动累加计算，出院结算时参保人员只结清个人负担部分，属于大病保险资金支付部分由定点医疗机构先行垫付，商业保险机构根据定点医药机构提供的垫付大病保险费用申报资料，核查完毕后，每月定期与定点医药机构进行结算。

2.手工零星报销。参保人员就医未实现“一站式”即时结报的，先由个人全额垫付医疗费用，经基本医疗保险报销后，个人负担的政策范围内医疗费用累计达到大病保险赔付起付线的，商业保险机构按当年大病保险相关政策及时予以赔付。

五、资金支付

大病保险资金实行先预付、后结算的方式支付。承办城乡居民大病保险的商业保险机构根据国家医保信息平台定点医药机构所产生的大病保险费用，定期或不定期向市级医保经办机构申请拨付大病保险资金，经市级医保经办机构复核后及时拨付到商业保险机构，完成年度考核后据实结算。

六、资金监管

（一）大病保险资金按规定实行收支两条线，纳入专户管理，封闭运行，除用于向大病保险承办机构大病保险资金账户划转资金外，不得发生其他支付业务。大病保险承办机构依据财务管理有关规定设立大病保险资金账户。大病医疗保险资金的利息纳入大病资金管理。市级医保经办机构和大病保险承办机构自觉接受财政和审计部门的监管，确保大病保险基金安全运行。

（二）大病保险承办机构对属于大病保险资金支付的有关费用，应及时与定点医药机构结清。同时加大对费用的审核力度，增加抽查病历的比例，使用智能审核系统进行全面审核等。定点医药机构未履行医保服务协议的要按协议约定进行整改，情节严重的要暂停或终止协议，涉嫌违法的按照相关法律法规移送司法机关处理。

（三）大病保险承办机构与定点医药机构在即时结算工作中发生争议，双方协调难以达成一致意见时，市级医保经办机构经过调查后根据相关规定作出处理。大病保险承办机构在理赔过程中，发现申请人申请不实或存在虚构事实、伪造票据等情况的，应及时报告市级医保经办机构，按相关法律法规及政策要求进行处理。

七、 承办方式

（一）采取向商业保险机构购买大病保险的方式。利用商业保险机构的专业优势，支持商业保险机构承办大病保险，发挥市场机制作用。原则上通过政府招标选定商业保险机构承办大病保险业务，在正常招投标不能确定承办机构的情况下，由市医保部门报请市人民政府明确承办机构的产生办法。对商业保险机构承办大病保险的保费收入，按现行规定免征营业税，免征保险业务监管费。

（二）规范大病保险招标投标与合同管理。

**1、招标投标管理。**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。招标主要包括具体支付比例、盈亏率、配备的承办和管理力量等内容。符合保险监管部门基本准入条件的商业保险机构自愿参加投标。

**2、合同管理。**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（保险合同一年一签）。以保障水平和参保人员满意度为核心，制定对承办商业保险机构的具体考核办法，建立健全考核结果与商业保险机构大病保险盈利率(含运营成本)的年度结算挂钩机制。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，并依法追究责任。

（三）严格商业保险机构基本准入条件。承办大病保险的商业保险机构必须具备以下基本条件：符合保监会规定的经营健康保险的必备条件；在中国境内经营健康保险专项业务5年以上，具有良好市场信誉；具备完善的服务网络和较强的医疗保险专业能力；配备医学等专业背景的专职工作人员；商业保险机构总部同意分支机构参与当地大病保险业务，并提供业务、财务、信息技术等支持；能够实现大病保险业务单独核算。

（四）建立大病保险收支结余和政策性亏损的动态调整机制。遵循收支平衡、保本微利的原则，合理控制商业保险机构盈利率。商业保险机构因承办大病保险出现超过合同约定的结余，需向城乡居民基本医保基金返还资金。因重大自然灾害、不可抗力因素及城乡居民基本医保政策调整等原因造成大病保险基金亏损时，由城乡居民基本医保基金和商业保险机构分摊，具体分摊比例应在保险合同中载明；若因商业保险机构经营不善、未严格执行合同和国家相关政策导致亏损的，亏损部分由商业保险机构承担。

（五）不断提升大病保险管理服务的能力和水平。规范资金管理，商业保险机构承办大病保险获得的保费实行单独核算，确保资金安全和偿付能力。商业保险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。发挥商业保险机构全国网络优势，简化报销手续，提供异地就医即时结算。严格保密交换和共享的信息数据，对已知的信息数据不得用于除大病保险业务以外的研究、开发或商用。鼓励商业保险机构在承办好大病保险业务的基础上，提供多样化的健康保险产品。

八、 保障措施

（一）加强领导，协力合作。开展大病保险是加快健全全民医保体系，从根本上解决人民群众因病致贫返贫的重要制度。各级各相关部门要高度重视，切实加强领导，明确职责分工，加强沟通协作，确保大病保险工作平稳推进。市医疗保障局要加强对大病保险工作的指导协调，发挥统筹协调作用，加强指导和督促检查，及时协调解决运行中的新情况新问题，并做好跟踪分析、监测评价等工作；市级医保经办机构负责大病保险的具体实施，要按照职责分工切实做好组织实施、技术指导、配套措施和监管等工作；商业保险机构要加强管理，控制风险，降低管理成本、提升服务效率。

（二）切实加强监督管理。加强监督管理工作，切实保障参保人员的权益和大病保险基金安全有效运行。一是对商业保险机构承办大病保险的监管。市医疗保障局作为城乡居民医保主管部门，要通过日常抽查、建立投诉受理渠道等多种方式进行监督检查，督促商业保险机构履约合同，维护参保人员信息安全，对违法违约行为及时处理。二是强化对定点医药机构和医疗费用的管控。市级医保经办机构要通过多种方式加强监督管理，防控不合理医疗行为和费用，保障医疗服务质量。商业保险机构要充分发挥医疗保险机制的作用，与市级经办机构密切配合，加强对相关医疗服务和医疗费用的监控。三是建立信息公开、社会多方参与的监管制度。市级医保经办机构将保险合同签订、筹资标准、待遇水平、支付流程、结算效率和大病保险年度收支情况等向社会公开，接受社会监督。

（三）加强宣传，提高知晓率。市级医保经办机构和商业保险机构加强对大病保险政策的宣传和解读，使广大人民群众了解大病保险政策，提高知晓率，密切跟踪分析舆情，增强全社会的保险责任意识，使这项政策深入人心，得到广大群众和社会各界的理解和支持，为大病保险实施营造良好的社会环境。