

YYCR-2021-79001

益阳市医疗保障局
益阳市财政局
益阳市卫生健康委员会
中国银行保险监督管理委员会益阳监管分局

文件

益医保发〔2021〕41号

益阳市医疗保障局 益阳市财政局
益阳市卫生健康委员会
中国银行保险监督管理委员会益阳监管分局
关于印发《益阳市城乡居民大病保险实施细则》的
通知

各区县（市）医疗保障局、财政局、卫生健康局，益阳市高新区医疗保障事务中心、社会事务管理局，大通湖区教育和卫生健康局，益阳市医疗保障事务中心：

现将《益阳市城乡居民大病保险实施细则》印发给你们，请结合实际，认真抓好贯彻落实。



益阳市医疗保障局



益阳市财政局



益阳市卫生健康委员会



中国银行保险监督管理委员会益阳监管分局

2021年12月24日

益阳市医疗保障局办公室

2021年12月24日印发

益阳市城乡居民大病保险实施细则

为进一步完善多层次医疗保障体系，规范城乡居民大病保险制度，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）、《中共湖南省委 湖南省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（湘发〔2021〕3号）以及《湖南省城乡居民大病保险实施办法》（湘医保发〔2021〕41号）等文件精神，制定本细则。

一、基本原则

（一）坚持以人为本、保障大病。大病保险保障水平与经济社会发展、医疗消费水平和社会负担能力等相适应。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。稳步提高大病保障水平，有效防止参保群众因病致贫、因病返贫。

（二）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。

（三）坚持政府主导、专业承办。强化政府医疗保障行政部门在制定政策、组织协调、监督管理等方面职责，采取委托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，提高大病保险运行效率、服务水平和质量。

二、基金筹集

（一）筹资标准。城乡居民大病保险筹资标准原则上控制在

当年城乡居民医保筹资总额的 10%之内。以后根据基金承受能力动态调整。2022 年我市城乡居民大病保险筹资标准为 85 元。

(二) 资金来源。大病保险资金直接从城乡居民基本医保基金中划拨。如出现大病保险资金不足时,在确定下年度城乡居民医保筹资标准时统筹考虑调整。

(三) 统筹层次。大病保险严格实行市级统筹,统一筹集、管理和使用大病保险资金,切实提高抗风险能力。

三、保障水平

(一) 保障范围。大病保险的保障对象为参加城乡居民基本医保的所有参保人员(含因特殊情形中途参保人员)。参保人员患大病发生高额医疗费用,经城乡居民基本医保按规定支付后,个人负担的政策范围内医疗费用由大病保险按规定比例支付。

(二) 支付范围。大病保险政策范围内医疗费用原则上执行基本医疗保险药品目录、医用耗材和医疗服务项目支付范围规定。大病保险支付范围为:参保人员住院总医疗费用剔除基本医疗保险“三个目录”之外的全自费费用、并经城乡居民基本医保政策报销后的自付费用。参保人员无第三方责任的意外伤害、无商业保险理赔的交通事故的政策范围内医疗费用,以及经相关部门认定、按比例剔除应由第三方负担后的医疗费用,先按基本医保政策规定视同疾病纳入基本医疗保险支付(含医保部门委托商业保险管理的意外伤害保险),剩余的政策范围内医疗费用纳入大

病保险支付范围。门诊（含普通门诊和特殊门诊）自付费用、单行支付药品的自付部分、按基本医疗保险政策规定不予支付的其他医疗费用暂不纳入大病保险支付范围。

（三）起付标准。大病保险起付线按我市上年度居民人均可支配收入的 50%左右确定，以后逐步过渡为按全省上年度居民人均可支配收入的 50%左右确定，对特困人员、低保对象、返贫致贫人口实施起付线降低 50%。2022 年我市城乡居民大病保险起付线标准为 13000 元。

（四）支付比例。对参保人员一个自然年度内累计个人负担的政策范围内医疗费用，扣除大病保险起付线以后，分四段累计补偿：0 至 3 万元（含）部分报销 60%，3 万元以上至 8 万元（含）部分报销 65%，8 万元以上至 15 万元（含）部分报销 75%，15 万元以上部分报销 85%。特困人员、低保对象、返贫致贫人口，在扣除大病保险起付线以后，各段报销比例分别提高 5 个百分点。

（五）补偿限额。大病保险年度补偿限额统一为 40 万元，对特困人员、低保对象、返贫致贫人口取消大病保险封顶线。

四、承办服务

（一）招标承办方式。城乡居民大病保险由商业保险机构承办，根据本地实际从省级招标确定入围的商业保险机构中，选定不超过 4 家承办我市大病保险。承办的商业保险机构必须在市、县两级建立大病保险服务点，并根据各区县（市）工作情况派驻

专职人员，其办公设施、工作经费由商业保险机构承担。

（二）规范服务协议。结合我市实际，由市医疗保障部门与具体承办的大病保险承办机构签署承办大病保险服务协议，明确双方责任、权利和义务，协议一年一签。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协议，并依法追究 responsibility。要切实做好承办对接和风险防范工作，确保参保人员待遇保障和经办服务无缝衔接。保险服务协议签署后应在3个工作日内报省级医疗保障行政部门、属地银行保险监管部门备案。

（三）加强资金管理。大病保险承办机构要规范资金管理，对大病保险费实行单独核算，确保资金安全，保证偿付能力。要加强专业队伍建设，与各级医疗保障部门密切协作，建立大病保险联合办公机制。要充分发挥大病保险承办机构服务网络优势，加强对意外伤害医疗费用现场调查核实，对异地就医的住院医疗费用实地监督审核、受理申报，对单笔超过5万元以上的大额医疗费用进行全面复核复审。除特殊困难群体“一站式”结算工作需要外，大病保险补偿资金应按照银行保险监管部门的要求，由大病保险承办机构直接与定点医疗机构结算并向其支付，或者直接支付给被保险人。

（四）建立盈亏动态调节机制。遵循收支平衡、保本微利的原则，合理控制大病保险承办机构盈利率。大病保险承办费用从

年度大病保险费中列支，基准费用按当年大病保险筹集资金总额的 3% 计取；建立管理控费激励机制，大病保险费结算后（包括扣除承办费用后）有结余的，可根据年度考核等次，分档提高当年承办费标准，最高不超过大病保险筹集资金总额的 5%。大病保险业务年度结余资金，应在年度结算后 1 个月内全额返还城乡居民基本医保基金或用于冲抵下一年度的大病保险保费。因城乡居民基本医保政策调整等客观原因出现的政策性亏损，由城乡居民基本医保基金承担；因经营管理不到位导致的管理性亏损，由大病保险承办机构承担；因发生区域性重大疾病等不可预见的因素，导致大病保险费用超支的，由市医疗保障、财政部门商大病保险承办机构提出具体解决方案，报市人民政府审定后实施。

（五）提升服务能力和水平。完善大病保险信息管理系统，做好与基本医保信息系统有效对接，稳步推行全省范围内大病保险与基本医保、医疗救助在定点医疗机构同步“一站式”即时结算。大病保险承办机构应建立与“一站式”结算相适应的全流程资金管控机制，要切实加强内部管理，控制风险，降低管理成本、提升服务效率，要强化服务意识，优化服务流程，为参保人员提供优质、高效、便捷的大病保险经办服务。

五、结算管理

（一）市域内协议医疗机构住院医疗结算。参保人在协议医疗机构所发生的大病保险住院医疗费用实行即时结算。参保人住

院医疗终结可报销的大病保险医疗费用在协议医疗机构城乡居民补偿窗口进行基本医疗与大病保险的“一站式”即时结算，大病保险报销的资金由协议医疗机构垫付，再由承办商业保险机构在次月与协议医疗机构结算。

（二）符合规定的转诊转治、异地就诊等大病保险医疗结算。参保人符合规定的转诊转治、异地就诊经在参保地医保经办机构备案后，须在就诊医疗机构进行直接结算，特殊情况不能直接结算的先由个人垫付，出院后参保人持相关的资料到参保地城乡居民基本医保经办机构报销窗口办理基本医保与大病保险“一站式”补偿。

（三）单次医疗费用未超过大病保险起付线，但年内经多次住院且累计超过大病保险起付线的，应按基本医保与大病保险“一站式”支付要求为参保人即时给予补偿。

（四）大病保险与城乡居民基本医疗保险运行年度相一致，自每年的1月1日起至12月31日止。跨年度住院的参保人员，医疗费用以12月31日24时为时间节点进行年度分割，分割后的医疗费用分别计入各自年度的医疗总费用。市外跨年度住院费用未进行年度分割的，以出院时间确定医疗费用结算年度。

六、监督管理

（一）加强大病保险运行监管。市医疗保障部门要完善大病保险承办机构的考核机制，健全以保障水平和参保人满意度为核

心的考核评估体系，强化考核结果运用，年度考核结果作为续签大病保险服务协议、大病保险业务招投标和承办费用结算的重要参考依据，引导大病保险承办机构提高服务质量和水平。财政部门要会同相关部门建立健全大病保险的财务列支和会计核算办法。银行保险监管部门要督促大病承办机构规范运行和管理服务，加强服务质量和市场行为监管，依法查处违法违规行为。卫生健康部门要组织制定疾病临床路径，强化诊疗规范；要加大对医疗机构、医疗服务行为和质量的监管力度，有效防止医疗费用不合理增长。大病保险承办机构可以通过医疗巡查、医疗费用核查等形式，参与医疗服务行为和医疗费用监督。政府相关部门和大病保险承办机构要按照各自职能职责协助做好城乡居民大病保险工作，加强参保人员个人信息安全保障。

（二）加强运行统计分析。市医疗保障局与承办商业保险机构原则上应于每年12月底前完成下一年度大病保险项目合同的签订，大病保险项目的补偿截止日期不得晚于次年的3月31日，项目结算时间不得晚于次年的4月30日。对于大病保险项目结算后仍需继续补偿的，由市医疗保障部门商大病保险承办机构提出具体解决方案。大病保险承办机构应按季度向市医疗保障部门报送大病保险运行情况。市医疗保障部门、大病保险承办机构省级公司应按年度向省级医疗保障部门、银行保险监管部门报送大病保险年度运行分析报告。

（三）主动接受社会监督。各级医疗保障部门、大病保险承办机构要采取多种形式加强大病保险宣传和政策解读。要将签订大病保险服务协议情况以及筹资标准、待遇水平、支付流程、结算效率和大病保险年度收支等情况向社会公开。要完善举报、投诉、咨询等群众参与监督管理的有效形式，畅通信访受理渠道，及时处理参保群众反映的问题。

本实施细则自 2022 年 1 月 1 日执行，有效期 5 年。原有大病保险相关规定与本细则不一致的，以本细则相关规定执行。若国家、省级相关政策调整，按国家、省有关规定执行。