附件

大理州2021-2023年大病保险工作实施方案

为进一步完善我州城镇职工大病补充保险和城乡居民大病保险（以下简称“大病保险”）制度，健全多层次医疗保障体系，提高医疗保障水平，逐步解决因病致贫、因病返贫问题，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《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）、《中国保监会关于印发保险公司城乡居民大病保险业务管理暂行办法》的通知（保监发〔2013〕19号）之规定，制定本实施方案。

一、基本原则

大病保险是在基本医疗保险的基础上，对大病患者高额医疗费用提供进一步保障的一项制度性安排，是基本医疗保险制度的拓展、延伸和有益补充。

（一）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，切实避免人民群众因病致贫、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、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。

（四）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。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。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、保障内容

大病保险实行州级统筹，坚持筹资政策、待遇水平、招标方式、保险赔付、资金管理、考核拨付等“六个统一”。

（一）保障对象。大理州内所有参加基本医疗保险对象，包括城镇职工医保参保人员、城乡居民医保参保人员。

（二）保障范围。参保人员的医疗费用在基本医疗保险报销后，个人负担合规医疗费用超过一定起付标准的，由大病保险基金给予再次赔付。

（三）合规医疗费用。合规医疗费用是指在医保定点医疗机构发生的符合国家基本药品目录、诊疗服务目录、医疗服务设施项目范围的医疗费用；符合省、州规定的重大疾病病种药品目录、诊疗项目的医疗费用等。

三、保障办法

坚持普惠性与兜底性相结合，待遇实行分类保障、差异赔付，资金实行分账管理、独立核算，筹资实行用人单位缴纳、个人缴纳以及基金划拨相结合，探索公益慈善等多渠道筹资机制。

（一）待遇标准

1．城镇职工大病保险

（1）资金筹集：年筹资标准为340元/人，其中：用人单位缴纳240元/人、个人缴纳100元。用人单位缴纳的部分按照职工基本医疗保险筹资渠道进行筹集；灵活就业人员及无用人单位的退休人员由个人自行全额缴纳340元。

（2）起付标准：超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上部分费用，其合规部分纳入大病保险支付范畴。

（3）赔付标准：达到起付标准后的合规费用统一赔付90%。

（4）封顶线：年度不设封顶线。

2．城乡居民大病保险

（1）资金筹集：年筹资标准为80元，从基本医疗保险基金中全额划拨。

（2）起付标准：个人承担的合规医疗费用达到7000元，后续产生的合规医疗费用纳入大病保险基金支付范畴。

（3）赔付标准：基金分段按比例报销。其中，7000元（含）以上2万元以下的赔付60%，2万元（含）以上5万元以下的赔付75%，5万元（含）以上的赔付85%。

（4）封顶线：年度封顶线30万元。

（5）建档立卡贫困人口、低保、特困、贫困残疾人等特殊群体在国家和省脱贫攻坚政策没有调整之前保持原有医疗保障政策待遇不变。

（二）理赔程序

参保人员先按现有医保政策办理基本医疗补偿，达到大病保险起付标准的，按照大理州大病保险相关政策给予理赔。原则上州内实行出院即时结报“一站式”服务，费用由承办保险公司与定点医疗机构按月定期结算。州外住院未实行即时结算的，可由参保人员先行垫付，再凭就医信息及发票等要件，回参保地承办保险公司进行费用结算。

（三）理赔时限

大病保险合规医疗费，应当自参保年度结束后6个月内向承办保险公司或参保地医保经办机构申报待遇。除因不可抗力、存在法律纠纷等特殊情况外，超过6个月时，大病保险资金不予支付。

四、实施方式

通过政府招标选定商业保险机构承办大病保险业务，以自然年度计算，合同期限3年。

（一）公开招标。大理州2021－2023年大病保险经办服务分为2个经办服务主体，由3家保险公司承办。其中，职工大病保险为1个经办服务主体，由1家保险公司承办，居民大病保险为1个经办服务主体，由2家保险公司按份额共同承办，其中，主承办保险公司占70%。

（二）合同管理。在《大理州2021－2023年大病保险工作实施方案》的框架下，投保人与保险人签订大病保险经办服务合同，明确双方的权利和责任，依法建立履约保证机制，规范退出流程。

合同期限内，保险协议一年一签。当年赔付率低于90%时，下一年度不得上调筹资标准；当年赔付率超过90%，且合同约定内容有所调整时，方可调整下一年度筹资标准，但上调幅度不得超过20%，保险期限内累计上调幅度不得超过40%。合同执行过程中，遇到国家和省、州基本医保或大病保险政策重大调整，合同可变更、延长、终止，报州政府审批决定后处理。

（三）盈利与风险管控。遵循“收支平衡、保本微利、合理分担”原则，大病保险运营成本及盈利通过设定成本盈利率确定。

职工和居民大病保险成本及盈利分别控制在年度保费收入总额8%和6%以内，其中成本控制分别不得低于6%和4%，盈利率为1%。在成本利润总额控制范围内据实列支费用支出，包括人力成本、硬件设备、信息系统开发（维护）、医疗管理、案件调查、办公运营、宣传培训等费用。

当年赔付率低于成本盈利以下的结余资金全额返还大病保险基金；按承保年度进行清算。当年赔付率超过100%以上的亏损额由承办保险公司自行承担，但因重大政策调整而发生的亏损额由大病保险基金与承办保险公司按80%、20%的比例承担。

（四）准入条件。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》、《中国保监会关于印发保险公司城乡居民大病保险投标管理暂行办法》等规定的条件，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。

五、监督管理

（一）加强组织领导。州级医保行政部门负责大病保险政策制定、组织实施等工作，县（市）医保行政部门负责辖区内行政监督管理；其他涉及部门各司其职，共同做好大病保险管理工作；各级医保经办机构负责大病保险合同具体执行、费用结算拨付及监管等工作。

（二）实现“一站式”结算。加强大病保险与基本医保、医疗救助等信息系统的对接，全面实现基本医保、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。

（三）强化监督管理。加强对大病保险赔付情况和履行合同情况的监督检查，杜绝出现少赔、漏赔和赔付不及时等现象，依法维护参保人信息安全；对恶意竞标、拒赔拖赔、骗取资金、中途单方退出等严重违规行为的商业保险机构，按合同约定给予终止承办资格，解除承办协议，列入大理州大病保险承办公司诚信黑名单。

（四）建立信息公开、社会多方参与的监管制度。定期向投保人提供大病保险统计报表报告，并按要求向社会公开大病保险的筹资标准、起付标准、赔付比例、支付流程、年度收支情况、参保人员医疗费用赔付情况等信息。畅通信访受理渠道，及时改进和完善群众反映的问题。

本实施方案由大理州医疗保障局负责解释。