

泸州市医疗保障局 泸州市财政局文件 泸州市卫生健康委员会

泸市医保发〔2023〕23号

泸州市医疗保障局
泸州市财政局
泸州市卫生健康委员会

关于印发《泸州市城乡居民大病保险实施办法》的 通 知

各区县医保局、财政局、卫生健康局，市医保中心：

现将《泸州市城乡居民大病保险实施办法》印发你们，请认

真贯彻执行。



泸州市城乡居民大病保险实施办法

为进一步完善我市城乡居民基本医疗保障制度，强化基本医疗保险（以下简称“基本医保”）、城乡居民大病保险（以下简称“大病保险”）与医疗救助三重保障功能，促进各类医疗保障互补衔接，对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障，切实减轻参保居民重特大疾病医疗费用负担。根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》（国令第 735 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）、《四川省人民政府办公厅关于全面开展城乡居民大病保险工作的通知》（川办发〔2014〕22 号）和《泸州市人民政府关于印发〈泸州市基本医疗保险和生育保险实施办法〉的通知》（泸市府规〔2022〕7 号）等精神，结合我市实际，制定本办法。

一、基本原则和总体要求

大病保险在坚持以人为本、保障大病，市级统筹、分级管理，政府主导、专业运作，责任共担、持续发展原则的基础上，以提升基本医保的保障效能为目标，进一步完善基本医保、大病保险和医疗救助等多层次医疗保障体系建设，逐步建立长期稳健运行的医疗保障长效机制，切实减轻参保群众大病医疗费用负担。

二、参保对象和筹资机制

（一）参保对象。参加我市城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）的人员全部纳入我市大病保险保障范围。

（二）筹资标准。市级医疗保障部门会同市级财政部门根据居民医保基金运行情况，综合考虑我市经济社会发展水平、医疗费用增长、医保政策调整和大病保险保障水平等因素合理确定大病保险筹资标准（具体以招投标结果为准），筹资标准可结合实际动态调整。

（三）筹资方式。大病保险资金从居民医保基金中划拨，参保居民个人不缴费。

三、保障内容和政策

（一）保障对象。大病保险的参保人员。

（二）保障范围。参保人员在定点医疗机构发生的住院（含Ⅱ类门诊特殊疾病）医疗费用，经居民医保按规定支付后在一个保单年度内累计超过大病保险起付标准的合规医疗费用，纳入本办法规定给予保障。

（三）合规医疗费用。参保人员在医疗保障定点医疗机构发生的住院（含Ⅱ类门诊特殊疾病）医疗费用中，符合国家、省、市基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施目录范围的医疗费用，包括居民医保起付线、统筹自付、乙类先行自付部分和超限价部分等，具体保障内容根据居民医保基金运行情况

和招投标确定。

（四）起付标准。大病保险起付标准原则上不高于我市居民上年度人均可支配收入的 50%。2024 年我市大病保险的起付标准为 12764 元，之后每年起付标准按上年度起付标准的 5% 进行调增，若由此确定的起付标准高于我市居民上年度人均可支配收入的 50%，大病保险起付标准确定为我市居民上年度人均可支配收入的 50%。

（五）保障水平。参保人员在大病保险的一个保单年度内在定点医疗机构发生的住院（含Ⅱ类门诊特殊疾病）医疗费用，经居民医保按规定支付后，累计个人自付的合规医疗费用达到大病保险起付标准以上的，由大病保险按分段进行赔付。大病保险支付比例不低于 60%，不设封顶线。

具体分段赔付比例为：经居民医保按规定支付后，累计个人自付合规医疗费用在起付标准以上（不含起付标准）6 万元以下的部分，按 60% 赔付；6 万元（含 6 万元）以上 10 万元以下的部分，按 70% 赔付；10 万元以上（含 10 万元）的部分按 80% 赔付。具体分段赔付比例的调整，由市级医疗保障部门会同市级财政部门根据国家、省有关规定和大病保险基金运行等情况，适时予以调整。

大病保险期限、待遇等待期与居民医保期限一致。

（六）倾斜支付。巩固大病保险保障水平，对特困人员、

孤儿、低保对象统一执行起付标准降低 50%、报销比例提高 5 个百分点的倾斜支付政策。

（七）支付衔接。居民医保支付金额超过当年居民医保封顶线的，居民医保基金不再支付，超出封顶线部分属于大病保险保障范围的，由大病保险按规定赔付。

（八）政策衔接。参保人员在定点医疗机构发生的住院（含Ⅱ类门诊特殊疾病）医疗费用按照居民医保、大病保险、医疗救助的顺序进行报销，通过居民医保、大病保险和医疗救助报销的费用总额不得超过实际发生的医疗费用。

四、承办主体和合同管理

（一）承办主体。我市大病保险原则上由商业保险机构承办，大病保险承办机构应具备符合国家和四川省相关规定要求的条件，通过招投标确定。具体招标内容包括合规医疗费用范围、分段支付比例、净赔付率（ $\text{净赔付率} = \text{理赔金额} / \text{总保费}$ ）、医疗费用控制措施、提供结算服务以及配备的承办、管理、技术力量等。符合基本准入条件的大病保险承办机构依法自愿投标，并根据我市大病保险政策规定，严格按照招标文件要求进行精细测算、合理报价，制定承办大病保险的具体工作方案，确保投标材料真实、合法、有效。市级医疗保障经办机构（以下简称“医保经办机构”）作为招标人应规范评标程序，合理确定各项招标内容的权重分值，其中具体支付比例（或筹资标

准)、净赔付率等价格因素权重分值不低于 60%。

(二) 合同管理。市级医保经办机构应与中标的大病保险承办机构签订保险合同，保险合同应明确双方的责任、权利和义务，变更和终止合同的条件、违约责任等。大病保险合作期限原则上不低于 3 年，超过 5 年须重新招标确定大病保险承办机构。大病保险合作期限内，保险合同可一年一签，合同需要调整的，应严格规范调整程序，合同签约双方不得下调招标确定的支付比例，每年按本文件规定上调大病保险起付标准。筹资标准调整必须遵循以下原则：大病保险资金当年实际净赔付率低于 90%时，下一年度原则上不得上调筹资标准；当年实际净赔付率达到 90%及以上且合同内容有所调整时，方可调整下一年度筹资标准，下一年度筹资标准上调幅度不超过 20%，合作期限内累计上调幅度不超过 40%，确需超过 40%的，需重新公开招标确定大病保险承办机构，重新签订保险合同。因违反合同约定，或发生其他严重损害参保人权益的情况，合同双方可以提前终止或解除合作，并依法追究法律责任。因居民医保政策调整等政策原因给大病保险承办机构带来亏损时，由居民医保基金和大病保险承办机构分摊，具体分摊比例应在保险合同中载明。

五、运行管理和 service 管理

(一) 运行管理。遵循“收支平衡、保本微利”的原则，合

理控制大病保险经办机构盈利率，对超额结余及亏损建立相应的风险调节机制。大病保险的净赔付率暂定在 95%—100%之间，具体比例通过招标确定。合同期实际净赔付率低于中标净赔付率在 10 个百分点以内的资金，按 50%的比例返还居民医保基金；实际净赔付率低于中标净赔付率在 10 个百分点以上的资金，全部返还居民医保基金；实际净赔付率在 100%—110%之间的亏损额由居民医保基金分担 50%，超过 110%以上的亏损额由承办大病保险的商业机构全额承担，居民医保基金不再分担。

大病保险保费由市级医保经办机构按照保险合同约定分批划转给大病保险承办机构；市级医保经办机构和大病保险承办机构可委托会计（审计）事务所出具上年度大病保险盈亏分担结算报告，并接受财政和审计部门的监督。

（二）服务管理。医保经办机构、定点医疗机构与大病保险承办机构之间要加强协作配合，完善服务流程，为参保人员提供“一站式”结算服务。及时为异地就医的参保人员报销大病医疗费用。大病保险承办机构应及时掌握大病患者诊疗情况，开展巡查和费用审核等工作。

六、支付和结算

（一）资金支付。市级医保经办机构按合同约定分批向大病保险承办机构划转大病保险资金。大病保险承办机构要严格按照相关要求，进行财务列支和会计核算，加强大病保险资金管理。

理。承办大病保险获得的保费实行单独核算，确保资金安全，保证偿付能力。

（二）结算方式。大病保险的结算在统筹地区内以及统筹地区外联网的定点医疗机构与居民医保实现同步即时结算。参保人员相关医疗费用符合大病保险支付范围的，先由定点医疗机构直接与参保人员垫支结算大病保险报销费用，再由定点医疗机构与医保经办机构按月结算，大病保险承办机构每月 30 日前将上月发生的大病保险报销费用及时支付给医保经办机构。异地就医非联网结算的住院医疗费用和Ⅱ类门诊特殊疾病门诊医疗费用符合大病保险支付范围的，在医保经办机构实现“一站式”结算，再由医保经办机构与大病保险承办机构按月结算。

七、监督管理

市级相关部门各负其责，协同配合。医疗保障部门不断完善大病保险制度，加强监督检查和考核评估，督促大病保险承办机构按合同要求提高服务质量和水平。各级医保经办机构负责指导大病保险承办机构具体业务经办工作，建立多种方式的监督检查制度，督促商业保险机构严格履行合同，维护参保人员信息安全，对违法违规行爲及时处理。财政部门会同相关部门严格执行利用居民医保基金向商业保险机构购买大病保险的财务列支和会计核算办法，强化基金管理。卫生健康部门加强对医疗机构、医疗服务行为和质量的监管，根据相关临床路径，

强化诊疗规范，规范医疗行为，控制医疗费用。保险监管部门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。大病保险承办机构与医疗保障、卫生健康等部门密切配合，协同推进按病种付费等支付方式改革，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。

各有关单位要按照《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》（国令第735号）等要求，加强基金的监督管理，防控不合理医疗行为和费用，保障医疗服务质量。市级医保经办机构要将与大病保险承办机构签订协议的情况，以及大病保险的筹资标准、起付标准、具体支付比例、净赔付率、支付流程、结算效率等情况向社会公开，接受社会监督。医疗保障部门、定点医疗机构、大病保险承办机构要设立举报信箱，公开举报电话，畅通社会监督渠道，举报奖励可参照《泸州市医疗保障局 泸州市财政局转发<四川省医疗保障局 四川省财政厅关于印发《四川省违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》的通知>的通知》（泸市医保发〔2023〕3号）规定执行。

对参保人、定点医疗机构、医保经办机构、大病保险承办机构及其工作人员违反医疗保障相关政策规定的，按《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》（国

令第 735 号) 等相关规定处理。

八、施行时间

本实施办法自 2024 年 1 月 1 日起施行，有效期 5 年。国家和省有新的规定，从其规定。

信息公开选项：主动公开

泸州市医疗保障局办公室

2023 年 8 月 9 日印发
