

《宁夏回族自治区城乡居民大病保险资金管理办法（征求意见稿）》公开征求意见

为贯彻落实中共中央 国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）等文件精神，进一步优化我区城乡居民大病保险管理服务，提高大病保险运行效率，解决大病保险基金共济不足等问题。我局起草了《宁夏回族自治区城乡居民大病保险资金管理办法（征求意见稿）》，现向社会公开征求意见。公众可在2020年5月27日前，通过以下途径和方式提出意见。

1. 电子邮箱：nxybjjgc@126.com

2. 通讯地址：银川市金凤区北京中路57号（信通大厦），
邮编 750002

自治区医疗保障局

2020年5月18日

宁夏回族自治区城乡居民大病保险资金管理 办法（征求意见稿）

第一章 总则

第一条 为进一步完善城乡居民大病保险管理服务，充分发挥市场机制作用，提高大病保险运行效率，解决大病保险基金共济不足、分散大病保险的风险责任、确保我区城乡居民大病保险制度健康发展和承办公司经营的稳定性，我区城乡居民大病保险资金实行全区统一管理和调剂。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）、《宁夏回族自治区人民政府办公厅关于印发开展城乡居民大病保险工作实施意见的通知》（宁政办发〔2013〕91号）、《自治区医疗保障局 财政厅关于进一步完善城乡居民大病保险政策的通知》（宁医保发〔2019〕123号）等规定，制定本办法。

第二条 城乡居民大病保险资金是指从城乡居民医保基金中按一定比例或额度划出，对大病患者高额合规自付医疗费用进一步补偿的资金。

第三条 城乡居民大病保险实行自治区级统筹，五市为分统筹地区，资金全区统一使用、调剂和管理。

第四条 自治区医疗保障局负责大病保险政策制定、资金管理、经办业务指导等工作，主要包括：全区统一的大病保险政策

的制定和完善、一站式结算平台的搭建；大病保险资金的统一管理；跨省异地就医大病保险资金的清算；考核办法、合同范本和经办规程的制定及经办业务指导；组织分统筹地区开展检查、考核等工作。自治区财政厅配合医保部门做好大病保险资金的管理，依据自治区医疗保障局提供分统筹地区应上解《大病保险付款通知书》，督促指导分统筹地区财政部门及时做好资金上解和会计核算，并将上解的资金划转至异地就医周转金账户。

各分统筹地区医保部门负责所在区域内具体的大病保险政策落实、经办指导、监督考核和跨省异地就医大病保险资金的上解拨付，根据本地区业务量及实际情况，商承办大病保险机构（以下简称承办机构）签订合同，报自治区医疗保障经办服务中心备案。分统筹地区财政部门根据自治区下达的大病保险资金上解通知书，按时向自治区财政基金账户划拨资金。

承办机构负责大病保险经办服务工作，主要包括大病保险政策的落实、合署办公、费用结算和稽核监控等工作。

第五条 大病保险承办实行共保联办机制。通过公开招标方式确定3家商业保险机构，其中：1家为首席承办机构，2家为联办机构，按照共同管理、利益共享、风险共担原则，以共保联办方式承办我区城乡居民大病保险业务。自治区医疗保障局与首席承办机构签订框架协议，组织分统筹地区对中标商业保险机构承办情况进行业务考核，按现行政策确定盈利和风险分担额度。

首席承办机构按照与自治区医疗保障局签订的框架协议履行承办职责，联办机构按照与首席承办机构及具体承办地区医疗保障局签订的合同履行承办职责。首席承办机构所占份额最高不得超过 60%，2 家联办机构所占份额不得低于 40%。

第六条 建立城乡居民大病保险质量保证金制度。质量保证金为全区大病保险资金总量的 15%，其中：分统筹地区预留 10% 的质量保证金（主要用于分统筹地区对大病保险承办机构政策落实情况的日常考核），自治区预留 5% 的质量保证金（主要用于自治区医疗保障局对大病保险承办机构政策落实情况的年终考核），质量保证金在年终考核后根据考核结果予以拨付。

第七条 建立城乡居民大病保险跨省异地就医直接结算清算资金预留制度。大病保险跨省异地就医直接结算清算资金主要用于各分统筹地区清算本统筹地区城乡居民参保人员跨省异地就医大病保险直接结算费用的资金，大病保险跨省异地就医直接结算清算预留资金为分统筹地区大病保险资金总量的 10%，从各分统筹地区筹集的大病保险资金提取，大病保险跨省异地就医直接结算清算预留资金可根据跨省异地就医情况实行动态调整。

第八条 自治区医疗保障局和首席承办机构应确保信息系统互联互通和必要的数据共享，实现大病保险费用即时结算及费用监管。首席承办机构应合理分摊居民医保联网结算应用软件中大病保险结算功能开发运行维护服务费。首席承办机构应建立健全内控制度，严禁参保居民信息外泄和滥用，对参保居民信息承担

保密责任。

第九条 自治区医疗保障局支持首席承办机构通过医疗巡查、医疗费用检查等方式，协助各级医疗保障部门进行医疗行为和医疗费用的监督；首席承办机构应为医疗保障部门提供大病保险风险管控、精算及统计分析等服务。

第十条 大病保险承办业务期限为3年。为做好城乡居民大病保险衔接工作，保证服务的连续性，2020年五市的保险合同应于2020年5月底前完成签订，合同期限为3年，如遇政策调整与合同条款发生冲突或不一致时，双方应协商签订补充协议，作为合同附件共同遵守。

第二章 资金的筹集

第十一条 城乡居民大病保险资金的筹集。大病保险的人均筹资标准按自治区医疗保障局、财政厅联合下发的文件执行。每年3月中旬，各分统筹地区医保部门按照全区统一大病保险筹资标准和缴费截止日期参保人数从城乡居民基本医疗保险统筹基金中预拨当年度大病保险资金。次年3月底前，再按照上一年的筹资标准和年终参保人数完成上年度大病保险资金决算工作。

第十二条 城乡居民大病保险资金上解。每年3月中旬，自治区医疗保障局统一下发大病保险资金上解通知书，并提交给同级财政部门；各分统筹地区医保部门接到通知后3个工作日内，将大病保险资金上解通知移交至同级财政部门；财政部门按规定的额度，3个工作日内将大病保险资金由城乡居民统筹基金账户

上解至自治区财政基金账户；5个工作日内自治区财政基金账户统一划拨至自治区异地就医周转金账户。

第十三条 城乡居民大病保险资金上解的额度及上解时限。每年3月底前，各分统筹地区除预留大病保险资金总量20%外（其中：10%为分统筹地区预留质量保证金，10%为跨省异地就医大病保险清算资金），剩余部分由分统筹地区统一先上解至自治区财政基金账户，然后再划拨至自治区异地就医周转金账户。

第十四条 大病保险资金的利息。各分统筹地区上解大病保险资金所产生的利息暂存入自治区异地就医周转金账户，滚存使用，可用于弥补大病保险资金超支后医保基金承担部分。

第三章 资金的使用和管理

第十五条 大病保险资金的拨付及调剂。医疗保障部门除预留质量保证金和分统筹地区大病保险跨省异地就医直接结算清算资金外，剩余大病保险资金按照与大病保险首席承办机构签订的协议，按季由自治区医疗保障局拨付给首席承办机构，再由首席承办机构按应配置额度的一定比例分拨给联办机构，大病保险资金由首席承办机构负责在全区调剂使用。

第十六条 大病保险资金按季度申请、拨付。首席承办机构每季度第1个月初向自治区医疗保障局提出申请，自治区医疗保障局核准后每季度第1个月月底前将大病保险资金拨付到首席承办机构指定账户。大病保险资金尚未拨付到位前，参保人员发生的

大病保险费用暂由首席承办机构先行垫付。

第十七条 大病保险的起付标准按自治区医疗保障局、财政厅联合下发的文件执行。大病保险对年度内城乡居民基本医保基金支付后超过大病保险起付标准以上个人负担的住院合规医疗费用按政策规定的比例予以支付，上不封顶。合规医疗费实行目录管理。

第十八条 大病保险医疗费用原则上实行联网直接结算，参保人员在定点医疗机构就医出院结算时，基本医疗保险和大病保险实行“一站式”结算，参保人员只负担个人自付部分，统筹支付部分由医疗机构先行记账。

自治区内各医疗机构垫付的大病保险费用由大病保险承办机构按月对账结算；跨省异地就医直接结算的大病保险费用由自治区医疗保障局通过国家跨省异地就医平台按月清算，由分统筹地区医保部门按照基本医保跨省异地就医有关规定进行上解拨付，年终与首席承办机构清算；零星报销的大病保险合规费用经合署办公人员审核后，与基本医疗保险报销费用同时核准，由承办机构拨付到参保人员的金融账户。

第十九条 大病保险遵循收支平衡、保本微利的基本原则。大病保险资金采取年初预核、按季预付、年终清算、专款专用的方式进行管理。首席承办机构按照规定设置大病保险资金专用账户，依法严格执行收支两条线，专款专用。

第四章 资金的考核和监督

第二十条 自治区医疗保障局会同财政等有关部门成立自治区大病保险年度考核小组，对首席承办机构服务质量和监测分析报告等进行年度考核（大病保险工作考核办法另行制定），考核结果与质量保证金返还挂钩，与下一轮投标承办大病保险业务挂钩。

第二十一条 年度内经考核后，全区大病保险资金账户有结余的，乙方提取的盈利率(含管理成本)控制在大病保险年度赔付总额的3%以内，盈利(含管理成本)支付总额不得超过结余总量。当年资金盈余超出规定盈利率的，结余部分按照全区大病保险资金结余量比例从预留的5%质量保证金中扣除，暂存入自治区异地就医周转金账户，滚存使用，用于支付以后大病保险资金超支医保部门按比例分担部分。

第二十二条 年度内经考核后，全区大病保险资金超支的，按照合同约定，由自治区医疗保障局和首席承办机构共同承担，自治区医疗保障局承担部分先由自治区异地就医周转金账户中大病保险历年滚存结余和利息承担，不足部分再由各分统筹地区按照超支比例和筹资占比确定上解的资金中支取，其中超支5%以内的，由首席承办机构和居民医保基金分别承担50%；超支5%-10%的，由首席承办机构和居民医保基金分别承担60%和40%；超支10%以上的，由首席承办机构和居民医保基金分别承担80%和20%。

第二十三条 大病保险资金在异地就医周转金账户中下设子

科目，依据《社会保险基金会计制度》统一在暂收款、暂付款科目中进行会计核算，凭银行转账凭证、大病保险资金上解通知单入账。分统筹地区医保部门按月结算的跨省异地就医大病保险医疗费用，根据自治区医疗保障局和分统筹地区医保经办机构业务部门出具的《基本医疗保险异地就医清算汇总表》、《基本医疗保险异地就医清算明细表》等作为冲销往来款及列支相关费用的记账依据。

第五章 附则

第二十四条 本办法由自治区医疗保障局、财政厅根据各自职责负责解释。

第二十五条 本办法自 2020 年 月 日起施行。