

中山市医疗保障局
中山市卫生健康局
中山市金融工作局文件

中国银行保险监督管理委员会中山监管分局
国家税务总局中山市税务局

中山医保发〔2021〕82号

关于印发中山市普惠型商业补充医疗保险
实施方案的通知

火炬开发区管委会，翠亨新区管委会，各镇政府、街道办事处，
市各有关单位：

《中山市普惠型商业补充医疗保险实施方案》已经十五届 142

次市政府常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。



中山市医疗保障局



中山市卫生健康局



中山市金融工作局

中国银行保险监督管理委员会中山监管分局



国家税务总局中山市税务局



2021年11月5日

公开方式：主动公开

中山市医疗保障局办公室

2021年11月5日印发

中山市普惠型商业补充医疗保险实施方案

为加快构建多层次医疗保障体系，更好地满足人民群众多样化的医疗保障需求，进一步提升重特大疾病医疗保障水平，推动巩固拓展脱贫攻坚成果与深化医疗保障制度改革有效衔接，全力推进“健康中山”建设，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）、《广东省委办公厅 广东省人民政府办公厅关于深化医疗保障制度改革若干措施的通知》（粤办发〔2020〕41号）等文件精神，按照“政府指导、商业运作、惠民便民、自愿投保”原则，结合我市实际，制定普惠型商业补充医疗保险（以下简称“普惠险”）实施方案。

一、总体要求

（一）指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，深入贯彻党中央、国务院和省委、省政府关于深化医疗保障体制改革的要求，以提升参保人健康保障水平为出发点，充分发挥市场机制作用和商业健康保险专业优势，推动基本医疗保险与商业健康保险、医疗服务、健康管理等健康服务业融合发展，更好地满足人民群众多样化的健康保障需求，提高人民群众的获得感和幸福感。

（二）发展目标。到2022年，普惠险与基本医疗保险、大病保险相衔接，全面建成以基本医疗保险和大病保险为主体，医疗救助为托底，普惠型商业补充医疗保险共同发展的医疗保障制度体系。

二、基本原则

（一）政府政策支持引导，商业保险机构承办。普惠险采取政府引导、商业保险机构承办的运作方式。政府负责设定基本保障目标，合理设置保险费标准与待遇水平。普惠险承办机构（以下简称“承办机构”）负责具体运作，规范提供产品服务。

（二）惠及全市参保人群，普惠保险保本微利。普惠险面向本市全体基本医疗保险参保人，突破年龄、职业、既往病史等限制，让更多参保人购买并享受待遇。承办机构以“保本微利、便民利民”为运营导向，合理控制利润。

（三）减轻高额费用负担，提升医疗保障水平。围绕重特大疾病导致的高额医疗费用，适当突破目录限制，扩大药品、诊疗项目和医用耗材的保障范围，把治疗必需的贵重自费药品等纳入支付范围，切实减轻参保人患重特大疾病的经济负担。

（四）体现中山地方特色，构建健康保险品牌。将普惠险产品名称定为有中山特色的“博爱康”，以提高中山医保事业的知名度。政府引导承办机构不断丰富普惠险产品服务内涵，体现政府与市场良好互动。合理使用普惠险资金支持高水平医院等多方面发展。

三、筹资机制

普惠险实行自愿出资购买，每年1月至12月为一个保险年度，一般每年11月至12月为下一年度参保缴费期，具体时间以市医疗保障部门向社会公告为准。

（一）参加对象。参加中山市基本医疗保险的参保人（包括职工基本医疗保险参保人和城乡居民基本医疗保险参保人，下同）不

限年龄、不限职业、不限既往病史，均可自愿参加。逐步探索将参加其他统筹地区基本医疗保险的本市户籍、持本市居民居住证等人员纳入参加范围。非基本医疗保险参保人不得参加。

(二) 保费标准。结合收支、待遇水平、城乡居民人均可支配收入和医疗费用增长等因素综合测算确定保险费标准，且不超过本市上上年度城乡居民人均可支配收入的1%，具体保险费标准在每年10月底前由市医疗保障部门向社会公告。

(三) 购买方式。参保人或用人单位可通过承办机构营业网点、指定平台及门户网站、银行代扣等渠道购买普惠险；允许通过签订代扣代缴协议，作为以后年份自动购买方式。承办机构应不断完善现场、互联网等多种方式办理流程，方便参保人及时购买普惠险。

(四) 保费来源。参保人可使用医保个人账户缴纳普惠险保费，也可以使用银行卡或现金缴纳；鼓励镇街、用人单位、村（居）委会等以团购方式购买普惠险，承办机构可对团购单位进行折扣优惠；鼓励行业协会（商会）和慈善机构等社会组织对困难群体购买普惠险给予资助。

四、待遇水平

待遇水平由市医疗保障部门根据经济社会发展水平、城乡居民人均可支配收入、个人负担医疗费用等因素综合确定，以保障高额医疗费用为主，适当支持商业保险产品发展。

(一) 待遇享受时间。普惠险是在基本医疗保险基础上设立的补充型保险，待遇享受时间与基本医疗保险的待遇享受时间相一致。

(二) 待遇享受原则。通过综合测算确定待遇水平，以保障高额医疗费用为主，待遇享受以取得基本医疗保险待遇享受为前提。参保人在医保定点医疗机构及符合条件的定点零售药店发生的医疗费用，按规定纳入普惠险支付范围。具体待遇标准由市医疗保障部门公布产品为准，并结合资金结余和群众看病就医需求情况作动态优化调整。

1. 住院和门诊特定病种自付医疗费用

参保人住院和门诊特定病种（基本医疗保险病种范围，下同）就医发生的医保目录范围内的医保费用，经基本医疗保险、大病保险等报销后个人自付费用，原则上医保年度内累计起付标准不高于本市上上上年度城乡居民人均可支配收入的 30%，超出起付标准以上的部分给予不低于 70% 报销，最高支付限额为本市上上上年度城乡居民人均可支配收入的 20 倍左右。

2. 住院和门诊特定病种目录内自费医疗费用

参保人住院和门诊特定病种就医发生的医保目录范围内自费费用，原则上医保年度内累计起付标准不高于本市上上上年度城乡居民人均可支配收入的 30%，超出起付标准以上的部分给予不低于 70% 报销，最高支付限额为本市上上上年度城乡居民人均可支配收入的 20 倍左右。

3. 住院目录外合规医疗费用

参保人住院发生的医保目录范围外的合规费用（清单另行规定），原则上医保年度内累计起付标准不高于本市上上上年度城乡居

民人均可支配收入的 40%，超出起付标准以上的部分给予不低于 60% 报销，最高支付限额为本市上上年度城乡居民人均可支配收入的 20 倍左右。

4. 门诊特定病种特定高额药品费用

经二级及以上医院的专科医生诊断并开具处方，在医保定点医疗机构和指定定点零售药店购买和使用指定的治疗性特定高额自费药品，原则上医保年度内累计起付标准不高于本市上上年度城乡居民人均可支配收入的 20%，超出起付标准以上的部分给予不低于 60% 报销，最高支付限额为本市上上年度城乡居民人均可支配收入的 4 倍左右。

5. 部分罕见病门诊指定用药、1 型糖尿病及其他指定疾病的保障

(1) 参保人患指定的罕见病（不含门诊特定病种），在门诊使用治疗性指定自费药品，原则上医保年度内累计起付标准不高于本市上上年度城乡居民人均可支配收入的 20% 以上，超出起付标准以上的部分给予不低于 60% 报销，最高支付限额为本市上上年度城乡居民人均可支配收入的 4 倍左右。

(2) 18 周岁及以下的参保人，诊断患有 1 型糖尿病的，在定点医疗机构及指定药店购买胰岛素泵主机及相关耗材（包括储药器、管路、血糖试纸）所产生的费用，医保年度内累计起付标准原则上不高于本市上上年度城乡居民人均可支配收入 20%，超出起付标准以上的部分给予不低于 60% 报销，最高支付限额为本市上上年度

城乡居民人均可支配收入的 1 倍左右。

6. 提供其他多样化健康服务。

在普惠险资金有结余的情况下，承办机构可根据参保人健康需求，自主选择向参保人提供一定数量的特色健康服务，满足参保人多样化健康保障需求，以增强普惠险对参保人的吸引力。

（三）待遇享受顺序。按规定足额缴纳普惠险保费的参保人，在享受本市基本医疗保险或本市其他医疗保障待遇的基础上享受普惠险待遇。

（四）待遇报销方式。参保人自行通过承办机构业务网点、微信平台、指定平台等方式申请待遇报销。承办机构有义务提醒参保人申报高额医疗费用等相关待遇信息，并及时足额支付待遇。市医疗保障经办机构可按月将符合享受普惠险待遇的参保人名单、医疗费用明细等信息推送给承办机构。在省医保信息系统允许情况下，推进普惠险直接联网结算。

五、组织实施

（一）确定承办机构。采取公开招标方式，选取 2 至 3 家商业保险机构以共保体形式承办普惠险，其中一家为主承办机构。首次承办期为 2 年，之后每次承办期为 3 年。2022 年至 2023 年保险年度的承办机构在 2021 年 12 月底完成招投标。

（二）参保人知情权。每年参保缴费期前，市医疗保障部门会同保险行业协会和承办机构通过多种途径向社会公告下一年度普惠险产品，包括保险费标准、参保日期、待遇水平、参保方式、报

销方式、不予支付范围等权利义务责任内容，充分保障参保人的知情权。

（三）保险费管理。普惠险运行成本费用从保险费中列支，人工费用、办公费用和宣传推广费用等运行成本支出与利润总和控制在保险费总收入的8%以内。为保障普惠险可持续运行，设置筹资标准、待遇水平等指标，将亏损总额或风险列入重要评估因素。保险费剔除规定的成本及利润后，若有结余计可按规定转为风险准备金，用于抵消以前年度或下年度出现的亏损部分，风险准备金不超过当年保险费总额的5%（首年数据系统平台建设费用可从其中列支），当年提转风险准备金后仍有结余，应对参加普惠险的特殊人群予以资助和帮扶，具体方案由承办机构制定并报医疗保障部门备案实施。

（四）数据报送管理。承办机构按规定定期将相关数据和实施情况上报市医疗保障经办机构。每年缴费期结束后，承办机构按照信息推送机制，获取数据并进行参保名单确定。经办普惠险产生的各类数据及档案资料，承办机构应履行相应保密义务，切实保障个人信息安全，定期移交市医疗保障经办机构统一保管。

（五）资金监督。市医疗保障部门会同银保监部门加强对普惠险资金筹集、使用等方面管理，督促承办机构落实成本控制、理赔审查、风险评估、信息报告等制度，加强对违反政策法规及诊疗规范的医疗费用核查。聘请第三方机构不定期对普惠险资金收支、合同执行情况等方面进行审查。

(六)纠纷处理。市医疗保障部门加强与银保监部门沟通联动,共同做好监管工作,督促经办机构履行协议,接受和处理参保人投诉。参保人与经办机构理赔有争议纠纷的,双方可按规定协商处理,或按规定向医保部门、银保监部门、保险行业协会反映,以及通过司法途径解决。

六、工作要求

(一)加强领导,统筹协调。成立市普惠险联席会议制度,成员单位包括市医疗保障局、市卫生健康局、市金融工作局、中国银行保险监督管理委员会中山监管分局、国家税务总局中山市税务局、市民政局、市残疾人联合会、市总工会等单位。联席会议召集人由市医疗保障局局长担任,市卫生健康局、市金融工作局、国家税务总局中山市税务局和中国银行保险监督管理委员会中山监管分局分管副局长任副召集人,其它成员由各单位分管领导担任。联席会议办公室设在市医疗保障局,各成员单位业务科室负责人为联络员。

(二)分工合作,共同推进。各成员单位按照职责抓好普惠险各项工作,共同指导经办机构做好产品的开发、推广和服务工作,全力推动中山医疗保障水平整体提升。

市医疗保障局作为牵头部门,加强统筹协调,负责拟定实施方案,指导经办机构宣传推广及动员广大参保人投保;市医疗保障经办机构与经办机构做好信息互联互通,实现普惠险直接联网结算,并根据需要组织培训。

市卫生健康局负责协调经办机构与医保定点医疗机构共同为

参保人提供良好的医疗服务，指导医疗机构配合做好宣传推广工作。

市金融工作局负责协调监管部门对承办机构加强业务指导，督促承办机构履行保险的责任和义务，提高保险服务水平。

中国银行保险监督管理委员会中山监管分局负责监管承办机构的经营行为，督促承办机构依法合规开办普惠险业务，维护保险市场秩序。

国家税务总局中山市税务局负责落实相关税收政策。

市总工会要加强特困职工及其家庭成员大病重病患者参保的宣传发动，鼓励企业为困难职工购买普惠险。

市民政局要积极发动社会力量，对患大病重病的困难人员和家庭，在参保时可给予资助。

各镇街要高度重视，充分发挥基层组织作用，做好普惠险的政策宣传和参保动员，落实困难人员的参保资助工作。

（三）强化宣传，深入人心。市相关部门要通过电视、报纸、互联网和各类新媒体等多种形式，全方位宣传普惠险的产品服务和惠民特色。承保机构应主动作为，深入街道社区、乡镇村居、工厂企业宣传讲解，让参保人充分理解产品保障待遇和权益义务，不得进行虚假宣传、夸大宣传。

（四）实事求是，规范投保。承办机构招投标工作要坚持公正、公开和透明的原则，不得暗箱操作。承办机构和参保人必须真实交易，不得虚拟、伪造交易事实，不得以任何手段套取骗取普惠险资金，否则将追究相关责任。各相关单位要严格遵守廉政纪律，自觉

遵守法律法规和规章制度，共同营造健康有序的良好氛围。

七、其他事项

普惠险产品的投保细则和理赔细则另行公告。