

铜陵市医疗保障局 铜陵市财政局关于进一步 规范我市城乡居民大病保险管理 服务工作的通知

铜医保办〔2026〕15 号

各县（区）医疗保障局、财政局，市医保中心、市医保基金中心：

为贯彻落实《安徽省医疗保障局 安徽省财政厅关于进一步规范城乡居民大病保险管理服务工作的通知》（皖医保发〔2026〕9 号）有关工作要求，结合我市实际，现就进一步规范我市城乡居民大病保险（以下简称大病保险）管理服务工作通知如下：

一、合理确定筹资水平

（一）科学测算筹资标准。根据尽力而为、量力而行的基本原则，结合我市经济社会发展水平、参保群众保障需求等，科学测算大病保险资金规模，并动态调整筹资标准。根据前三年城乡居民基本医疗保险和大病保险资金收支和结余情况，在一个合同周期内按年度测算并确定各年度的筹资标准。

（二）逐步统一划拨比例。随着城乡居民医保基金筹资规模的扩大，结合大病保险收支情况，逐步统一划拨比例至 6%左右。

二、规范设置待遇标准

（三）明确大病保险分段报销规则。根据安徽省统一规定，大病保险起付标准为 1.7 万元，一个保险年度内报销封顶线为 30

万元。政策范围内费用大病保险起付线以上 5 万元以内段，报销比例 60%；5 万元—10 万元段，报销比例 65%；10 万元—20 万元段，报销比例 75%；20 万元以上段，报销比例 80%。

（四）细化异地就医大病保险待遇。已办理异地长期居住备案的人员在备案地就医的，执行参保地待遇保障政策。省内异地就医的，异地急诊抢救人员和已办理转诊手续的参保人员大病保险各段报销比例下降 5 个百分点，非急诊或未办理转诊的其他临时外出就医人员大病保险各段报销比例下降 15 个百分点。省外异地就医的，异地急诊抢救人员和已办理转诊手续的参保人员大病保险各段报销比例下降 10 个百分点，非急诊或未办理转诊的其他临时外出就医人员大病保险各段报销比例下降 20 个百分点。

三、逐步规范保障边界

（五）合理确定支付范围。全面贯彻落实国家医疗保障待遇清单制度，大病保险支付范围参照基本医疗保险规定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围支付。基本医保起付线以下部分、乙类先行自付费用、超支付标准自付费用、跨省异地就医降比例部分等不纳入大病保险支付范围。为保持政策的延续性，在 2026 年 12 月 31 日前将门诊慢特病自付费用及超门诊慢特病病种年度报销限额的政策范围内医药费用阶段性纳入大病保险支付范围，2027 年 1 月 1 日起将不再纳入。基本医保、大病保险起付线，

乙类先行自付、跨省异地就医降比例部分，以及经基本医保、大病保险报销后的门诊慢特病自付费用，纳入医疗救助支付范围；超支付标准自付费用、超药品说明书使用及超医保限定支付条件产生的费用，不纳入医疗救助支付范围。

（六）逐步清理消化过渡。对于超药品说明书及医保限定支付条件的医保目录内药品费用，逐步调整规范大病保险支付政策。2026—2029 年，按照固定报销比例对超药品说明书及医保限定支付条件的医保目录内药品费用进行报销，报销比例每年分别为 50%、40%、30%、20%。2030 年起不再纳入大病保险支付范围。

四、加强困难人群帮扶

（七）规范倾斜保障政策。发挥大病保险减负功能，继续实施大病保险向特困人员、低保对象和返贫致贫人口的倾斜政策，起付标准降低 50%、报销比例提高 5 个百分点、取消封顶线。

（八）切实维护健康权益。除恶性肿瘤、精神障碍、肾透析、白血病、脑瘫康复等确需频繁住院或门诊诊疗的情况外，对 1 年内住院 3 次以上的困难群众，由医保部门会同民政、农业农村等部门进行重点关注。对于符合条件的困难群众，协助其按照“就高不就低”原则规范享受各项帮扶待遇。

五、优化完善承办机制

（九）加强承办管理服务。完善对承办大病保险商业保险机

构的考核评估机制，合理划分医保部门与商业保险机构的资金管理责任，健全超支分担、结余返还机制。督促指导商业保险机构切实做好大病保险费用审核等工作，按规定与定点医药机构及时足额结算清算大病保险资金，原则上与基本医疗保险结算清算时限保持一致，做到应付尽付。

（十）规范资金划拨管理。原则上，医保经办机构不得一次性划拨全年费用或预拨几年费用至商业保险机构，大病保险资金清算要与考核评估结果挂钩。对于考核达到标准的，予以及时划拨资金。合理确定盈利率，对于超支或结余部分，统筹考虑合同约定、考核评价等因素，及时划拨或收回。划拨至商业保险机构资金产生的利息，应及时予以清算收回。

六、加强资金监督管理

（十一）落实激励约束机制。完善医保信息平台配置，落实落细对城乡居民连续参保和基金零报销人员的大病保险待遇激励、断保人员待遇约束举措。大病保险激励金额和约束金额，不超过大病保险原封顶线的 20%。

（十二）严厉打击欺诈骗保。持续完善事前事中事后全流程智能监管体系，强化智能监管规则库、知识库应用。深入推进药品追溯码采集应用，通过大数据筛查可疑数据，及时查处、移送违法违规问题线索。对涉及欺诈骗保的城乡居民医保参保人员，

除按照《医疗保障基金使用监督管理条例》有关规定进行处罚外，根据骗取金额提高其大病保险起付标准。每次查处金额低于3000元的，按照3000元的标准提高其起付标准；高于3000元的，按照查处金额提高其起付标准。每次起付标准提高的金额进行累加，直至发生大病保险报销后清零。

（十三）提高资金使用效率。建立高额医疗费用监测预警机制，对单次医疗费用或年医疗费用高于平均值3倍及以上的，各级医保部门及经办机构要及时复核有关医疗费用，切实维护大病保险资金安全。持续深化医保支付方式改革，引导医疗机构规范诊疗行为，提高大病保险资金使用绩效。

（十四）建立监测预警机制。建立大病保险资金运行监测预警机制，及时掌握大病保险资金收支情况，研判基金运行风险，筑牢基金安全防线。强化监测结果运用，为完善大病保险政策、科学调整待遇标准提供决策依据，确保制度稳健可持续运行。

本通知自2026年7月1日起执行，各级部门在执行过程中遇到重大问题，要及时向市级主管部门报告。

铜陵市医疗保障局

铜陵市财政局

2026年7月3日