深圳市重特大疾病补充医疗保险办法

（修订征求意见稿）

第一条【目的】为进一步完善本市医疗保障制度，有效提高重特大疾病保障水平，减轻大病患者医疗费用负担，依据国家、广东省有关政策，结合本市实际，制定本办法。

第二条【基本原则】参加本市基本医疗保险的人员（以下简称参保人）依照自愿原则，按照本办法的规定参加重特大疾病补充医疗保险。

第三条【承办模式】重特大疾病补充医疗保险的承办商业保险公司（以下简称承办机构）和筹资标准，采取政府采购的方式确定。

第四条【承办机构选定】市医疗保障经办机构通过政府采购选择承办重特大疾病补充医疗保险的商业保险公司时，应综合权衡资质条件、服务能力等因素，并以合同形式委托承办重特大疾病补充医疗保险。合同期限原则上不低于2年。

第五条【缴费渠道】参保人参加重特大疾病补充医疗保险的，按以下规定办理：

（一）基本医疗保险一档参保人个人账户余额达到本市上年度在岗职工年平均工资5%以上的，由市医疗保障经办机构协助统一办理参加手续，保险费在参保人个人账户中划扣；

（二）基本医疗保险一档参保人个人账户余额在本市上年度在岗职工年平均工资5%以下的，及基本医疗保险二档、三档参保人，本人可自行向承办机构申请办理参加手续，保险费由其本人支付；

（三）本市户籍已参加基本医疗保险的特困供养人员、最低生活保障对象、低保边缘人员以及非集中供养的孤儿由市医疗保障经办机构统一办理参加手续，保险费由其原缴纳基本医疗保险的渠道支付；

（四）本市户籍已参加基本医疗保险的优抚对象、重度残疾居民分别由市退役军人事务局、市残联统一办理参加手续，保险费由其原缴纳基本医疗保险的渠道支付。

（五）鼓励用人单位为企业员工统一参保。

第六条【年度缴费】重特大疾病补充医疗保险实行年度参保缴费。

市医疗保障经办机构应在年度参保缴费时段前向参保人告知重特大疾病补充医疗保险的办理事项。本办法第五条第（一）项规定人员如不参加的，应在年度参保缴费时段内向市医疗保障经办机构申明。

参保人在年度参保缴费时段外申请参加的，须自行向承办机构申请办理手续，其参加重特大疾病补充医疗保险的保险费、待遇按承办机构的规定执行。

本市户籍的婴幼儿可在办理基本医疗保险参保手续时申请参加重特大疾病补充医疗保险，按年度参保缴费后享受本办法规定的待遇。

本办法第五条第（三）项、第（四）项规定的人员可在市医疗保障经办机构为其办理基本医疗保险参保手续时申请参加重特大疾病补充医疗保险，按年度参保缴费后享受本办法规定的待遇。

第七条【重疾待遇】参保人参加重特大疾病补充医疗保险后，在享受深圳市社会医疗保险待遇的基础上享受以下待遇：

（一）在同一社会医疗保险年度内，参保人住院时发生的医疗费用，按《深圳市社会医疗保险办法》规定属于社会医疗保险目录范围内、且应由其本人自付的部分累计超过1万元的，超出部分由承办机构支付70%；

（二）在同一社会医疗保险年度内，患重特大疾病的参保人在深圳市社会医疗保险定点医疗机构和定点零售药店购买使用《深圳市重特大疾病补充医疗保险药品目录》内药品所发生的费用，由承办机构支付70%，支付金额最高不超过15万元。

《深圳市重特大疾病补充医疗保险药品目录》由市医疗保障行政部门另行制定并适时调整。

第八条【不予支付情形】参保人发生的医疗费用属于下列情形的，重特大疾病补充医疗保险不予支付：

（一）不符合享受深圳市社会医疗保险待遇时间段的部分；

（二）已由基本医疗保险基金、地方补充医疗基金、医疗救助金支付过的部分；

（三）未按《深圳市社会医疗保险办法》规定办理转诊、备案，在市内、市外医疗机构住院相应增加的个人自付部分；

（四）住院使用基本医疗保险诊疗项目范围内的特殊医用材料及单价在1000元以上的一次性医用材料、安装或置换人工器官，因超出医保最高支付限额而需个人承担的部分。

（五）因违反医疗保险规定医疗保险统筹基金支付待遇减半支付后相应增加的个人自付部分；

（六）未按《深圳市社会医疗保险办法》规定办理转诊、备案，在市外医疗机构和药店购买《深圳市重特大疾病补充医疗保险药品目录》内药品的，不予支付。

第九条【药品目录调整导致待遇变化处理】《深圳市重特大疾病补充医疗保险药品目录》内药品已被纳入国家基本医疗保险药品目录，但限定支付范围不一致或不属于基本医疗保险门诊大病用药范围的，参保人可继续享受按本办法规定的待遇。

第十条【困难人群特殊待遇】本办法第五条第（三）项规定人员在享受本办法第七条第（一）项待遇时，个人自付累计金额由1万元调整为2千元，支付比例由70%调整为80%。其中调增的支出由医疗救助金支付，不纳入重特大疾病补充医疗保险承办机构支出核算。

第十一条【待遇结算】参保人在市内定点医疗机构和定点零售药店持卡结算的属于承办机构应支付的费用，由承办机构根据合同约定的模式按月支付给定点医疗机构和定点零售药店；参保人以现金垫付的属于承办机构应支付的费用，由承办机构审核报销。

参保人先行垫付医疗费用的，应当在费用发生或出院之日起12个月内申请报销。

第十二条【健康管理】合同期内承办机构可向参保人提供早筛问卷及体检建议、患者用药咨询、慈善援助指导等健康管理服务。

第十三条【盈亏处理】合同期内承办机构的重特大疾病补充医疗保险业务净利润率控制在5%以内。合同期满后，超出规定净利润率部分转入下一个承办机构核算保险费。

因社会医疗保险政策调整而产生的政策性亏损按合同约定处理，非政策性亏损由承办机构承担。

第十四条【监管】各有关部门要各负其责、配合协同，加强对承办机构承办重特大疾病补充医疗保险业务的指导和监管，切实保障参保人权益。各相关部门和机构要通过多种方式加强监督管理,防控不合理医疗行为和费用。承办机构要与卫生、医疗保障部门密切配合,加强对相关医疗服务和医疗费用的监控。

第十五条【履约验收】市医疗保障经办机构每年组织对承办机构进行履约验收，验收方式包括委托第三方专业机构评估、邀请服务对象参与并出具意见等，验收结果向社会公告。

第十六条【实施日期】本办法自2020年4月15日起试行，有效期5年。《深圳市人力资源和社会保障局关于延长〈深圳市重特大疾病补充医疗保险试行办法〉有效期的通知》（深人社规〔2018〕9号）、《深圳市人力资源和社会保障局关于延长<关于提高我市困难群体居民重特大疾病补充医疗保险待遇的通知>有效期的通知》（深人社规〔2018〕8号）、《深圳市人力资源和社会保障局关于明确深圳市重特大疾病补充医疗保险待遇有关事项的通知》（深人社规〔2015〕8号）自本办法施行之日起废止。