

关于完善全省城乡居民大病保险 有关政策的通知

各市（州）医疗保障局、财政局，长白山管委会医疗保障局、财政局，梅河口市医疗保障局、财政局：

为进一步规范全省城乡居民大病保险（以下简称大病保险）制度运行，按照国家要求，经省政府同意，现就完善全省城乡居民大病保险有关政策通知如下：

一、完善筹资机制

大病保险资金从城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）基金中划拨，全省执行统一的筹资标准。现阶段大病保险筹资标准按 105 元维持不变，随居民医保基金规模的扩大，大病保险筹资标准逐步过渡至上年度居民医保筹资额的 6%。

二、规范待遇标准

大病保险起付标准由各统筹区结合资金可支撑能力自行确定，原则上不高于上年度全省城乡居民人均可支配收入。

起付标准以上最高支付限额以下由大病保险按比例分段支付，具体为：起付标准以上-10 万元（含）支付 60%；10-20 万元（含）区间支付 70%；20 万元以上至最高支付限额以下（含）支付 80%。

最高支付限额原则上不高于全省上年度居民人均可支配收入的 6 倍。现阶段最高支付限额按 40 万元执行，随人均可支配收入

的提高，当低于可支配收入的 6 倍时，再结合实际予以调整。

三、明确支付范围

大病保险支付范围按基本医保执行，不含基本医疗保险目录乙类个人先行自付部分、超医保支付标准部分、基本医疗保险目录外部分等费用。

四、实施倾斜保障

对城乡低保对象、城乡特困人员和符合条件的防止返贫致贫对象，大病保险起付标准降低 50%，支付比例提高 5 个百分点。各地要做好对患大病困难群众诊疗情况和费用负担的预警监测，对久治不愈的困难群众要给予特别关注、关心与帮扶。

五、健全激励约束机制

自 2025 年起，在原大病保险最高支付限额基础上（下同），对连续参加居民医保满 4 年的参保人员，之后每连续参保 1 年，提高最高支付限额 1%；对当年零报销的居民医保参保人员，次年提高最高支付限额 1%。连续参保和零报销累计提高总额不超过原最高支付限额的 20%。其中，零报销奖励额度至参保人使用奖励额度后清零。

自 2025 年起，断保人员再参保的，每断保 1 年，降低最高支付限额 1%，最高降低额不超过原最高支付限额的 20%。

对涉及欺诈骗保的居民医保参保人员，根据骗取金额提高大病保险起付线。骗取金额低于最高支付限额 1%的，按最高支付限额 1%提高其起付标准；骗取金额高于 1%的，按骗取金额提高其起

付标准。每次起付线提高的金额累加，直至居民发生大病保险报销后清零。

六、强化运行管理

（一）大病保险资金统筹层次与基本医保同步，资金筹集、管理和使用规则与基本医保一致，同时做好大病保险与基本医保、医疗救助制度的衔接。完善“基本+大病”一体化统筹管理模式，提升大病保险与基本医保在医药价格、医保目录、支付方式、监督管理、信息平台、经办服务等管理方面一体化运行效率。

（二）按照“以收定支、收支平衡”的原则，科学编制年度大病保险收支预算，坚决杜绝赤字运行。要强化预算审核，严格预算执行监督，强化绩效评价管理。规范大病保险账套，根据实际缴费人数、筹资标准及待遇发生情况，按月进行大病保险收支会计核算。大病保险资金年度结余时，结转下年度使用。大病保险资金当期出现赤字时，先行通过大病保险累计结余解决，同时通过调整待遇起付线、阶段性将门诊特殊疾病费用调出保障范围、强化基金收支管理等措施化解风险，严禁使用居民医保基金垫付大病保险资金缺口。

（三）依托医保信息平台，构建大病保险收支模型和风险预警系统，加强运行预警监控。按照大病保险超支额度设置蓝、黄、红分级预警。各地大病保险资金实际支出进度超过预算支出序时进度5%时为蓝色预警，由统筹地区医保部门结合预算情况进行分

析，向超支严重的定点医疗机构发布风险提示；超过10%时为黄色预警，统筹地区医保部门应组织开展核查，必要时开展专项检查，追回不合理的支出；超过15%时为红色预警，统筹区医保部门应立即开展专项检查，追回不合理的支出，同时，调整完善付费管理，加大支出管理力度，根据收支、结余等情况动态调整待遇标准。省级医保部门将出现红色预警的统筹区列入飞行检查重点地区。

（四）各级医保部门依职责开展本行政区域内的大病保险监督检查工作。对定点医疗机构通过车接车送，提供免费吃喝、免费体检，赠送礼品、返还现金等方式，诱导参保人虚假住院骗保的行为，要坚决予以打击。利用药品追溯码、大数据筛查等手段，聚焦虚假诊疗、虚假购药、非法倒卖医保药品等欺诈骗保行为开展重点打击。要加大跨部门联合惩戒力度，综合运用协议处理、行政处罚、刑事司法等多元措施，坚决遏制基金违规违法使用行为。

（五）各级医保经办机构要做好大病保险承办工作，持续优化经办服务，提高大病保险资金使用效率，保障参保人权益。将大病保险纳入多元复合式医保支付体系，细化完善大病保险医保服务内容并纳入定点医疗机构服务协议，规范定点机构诊疗行为。对发生的不合理费用实现对医疗机构的事中审核，与基本医保同步实施。对异地就医流向多、大病保险费用发生多的三级医疗机

构开展专项检查。将大病保险资金使用纳入对定点机构的考核范围，促进定点机构提升管理服务水平。

（六）各统筹区医保、财政部门要按各自工作职责，加强对大病保险政策执行、资金管理、经办服务等情况的管理和监督。各地医保部门定期开展运行评估，全面客观评价运行情况，深入查找问题并研判成因，提出解决方案和措施，每年1月31日前、7月31日前将全年及半年的运行评估情况报送至省医保局，评估结果将作为省级资金分配的重要参考。

本通知自2026年1月1日起施行。我省原有政策内容与本通知规定不一致的，按照本通知规定执行。因2025年度医疗保障信息平台年终结转暂停服务导致参保人待遇变化的情形，各地按有利于参保人原则妥善处理。国家有新规定的，从其规定。对实施过程中出现的情况和问题，要及时报告。

吉林省医疗保障局 吉林省财政厅

2025年12月31日