

# 贵州省卫生和计划生育委员会文件

黔卫计发[2015]35号

## 省卫生计生委关于印发《贵州省新型农村合作医疗大病保险实施方案(试行)》的通知

各市、自治州卫生计生委,贵安新区卫生和人口计生局,仁怀市、威宁县卫生计生局:

根据国家卫生计生委、财政部《关于做好2015年新型农村合作医疗工作的通知》(国卫基层发[2015]4号)及省政府2015年重点工作任务要求,今年将在全省范围内开展新农合大病保险工作。为此,我委制定了《贵州省新型农村合作医疗大病保险实施方案(试行)》,现印发给你们,请遵照执行。



(此件公开发布)

# 贵州省新型农村合作医疗大病保险实施方案 (试行)

新型农村合作医疗(以下简称“新农合”)大病保险,是在新农合基本医疗保障的基础上,对参合群众患大病发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排,是基本医疗保障制度的拓展延伸和有益补充。为加快推进我省新农合大病保险(以下简称“大病保险”)工作,切实减轻农村居民重大疾病医疗费用负担,根据国家发改委等六部委《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(发改社会〔2012〕2605号)及省发改委等六部委《关于印发〈贵州省开展城乡居民大病医疗保险工作实施方案(试行)〉的通知》(黔发改社会〔2013〕201号)等精神,结合实际,特制定本实施方案。

## 一、指导思想

以党的十八大和十八届三中、四中全会精神为指导,以深化医药卫生体制改革和着力解决群众“看病难、看病贵”为主线,以建立重特大疾病保障机制、提高参合群众健康水平为目标,从我省实际出发,全面开展大病保险工作,推动建立多层次医疗保障体系,进一步减轻参合群众医疗经济负担,遏制和减少农村“因病致贫、因病返贫”,充分发挥大病保险在保障人民健康中的积极

作用。

## 二、基本原则

**(一)健全机制,统筹推进。**引入商业保险机构承办大病保险,充分发挥新农合基本医疗保障与大病保险的协同互补作用,加强制度之间的衔接,完善新农合大病保障机制。

**(二)统一方案,即时结报。**大病保险实行市州级统筹,以市州为单位统一资金管理,统一保障政策,统一组织实施。省(含市州)、县两级新农合信息系统分别与商业保险机构、定点医疗机构信息系统对接,实现互联互通,对符合条件的参合患者,大病保险与新农合基本医疗保障同步实行即时结报和“一站式”全流程服务。

**(三)收支平衡,保本微利。**科学测算,规范运作,合理制定大病保险理赔方案,合理控制商业保险机构盈利率,最大限度提高资金使用效益,控制资金风险,努力实现商业保险机构保本微利运作。

## 三、保障内容

### (一)保障对象

大病保险保障对象为当年新农合参合人员,且具有新农合基本医疗保障待遇资格。

### (二)资金筹集

大病保险资金由新农合基金支付,不再额外向参合人员收取费用,原则上不低于当年新农合人均筹资总额的5%,并随着新农

合筹资水平及其基金运行情况逐步调整大病保险筹资标准。

### **(三)统筹层次**

大病保险严格实行市级统筹。以市州为单位筹集、管理和使用大病保险资金,提高资金使用效率,增强大病保险资金抗风险能力。

### **(四)保障水平和标准**

1. 保险年度。大病保险与新农合运行年度相一致,自每年的1月1日起至12月31日止。跨年度单次住院且自付合规医疗费用超过起付线的,按出院年度大病保险政策执行。

2. 保险水平。参合人员大额医疗费用,经新农合基本医疗保险报销后,个人自付费用符合大病保险规定的合规医疗费用纳入赔付范围,实行年度累计。大病保险保障度要在新农合基本医疗保险的基础上再提高10%以上的比例。

合规医疗费用,是指个人自付医疗费用按照原贵州省卫生厅《关于印发〈贵州省农村居民大病保险不予支付项目(试行)〉的通知》(黔卫发〔2013〕23号)的规定,剔除不予报销项目后,实际发生的剩余费用。

3. 保险标准。各市州根据上年度当地农村常住居民人均可支配收入、参合人员发生大病比例、基金支付情况以及本年度基金筹集水平,科学测算,合理确定本地大病保险起付线、赔付比例及封顶线。起付标准和报销比例随着筹资能力和水平逐年调整。

年度内,参合患者(含多次住院参合患者)只扣除一次大病保

险起付线。起付线以上自付合规医疗费用只参加一次大病保险赔付,当次剩余费用不重复参与计算。

个人年度累计合规自付费用超过大病保险起付标准的,赔付比例实行分段累加政策。原则上第一档赔付比例不得低于50%,以上各段各档随自付合规费用的增加,赔付比例相应提高。

### **(五) 服务流程**

实现新农合基本医疗保障和大病保险即时结报,为参合农民提供“一站式”全流程服务。

#### **1. 省内定点医疗机构即时结报。**

参合人员在省内定点医疗机构住院就医,符合大病保险政策的,对其当次自付合规费用合并本年度以往合规自付费用累计,在该定点医疗机构与新农合同步实行“一站式”即时结报。对其新农合补偿金和大病保险理赔金均由定点医疗机构统一垫付。

结报流程为:①参合人员住院,根据要求交纳一部分押金;②治疗完毕出院进行费用结算,完成基本医疗结算;③经办人员登陆大病保险系统,扣除大病保险给付金额后,总费用与其差额部分多退少补,完成出院结算;④每月医疗机构与商业保险机构申报垫付资金结算。

#### **2. 省外就医结报。**

参合人员在省外政府举办的公立医疗机构(含省内非即时结报定点医疗机构)住院就医的,在其参合地县级(或乡级)新农合经办机构或商业保险机构自有网点均可进行费用申报,只需按相

关要求提交新农合报账的相关资料(结报流程中作详列),经县级新农合经办机构和大病保险承办机构共同审定后,即将新农合补偿金和大病保险理赔金支付其指定的金融账户,实现费用申报“一站式”,资金兑付“一卡通”。商业保险机构要在各统筹地区每个县至少设立一个服务网点,既可是商业保险机构自有网点,也可是各统筹地区新农合管理经办机构(或定点医疗机构)的合署办公网点。

结报流程为:①参合人员到网点申请理赔;②提交申请人参合证(卡)、有效身份证明、个人金融账户复印件及其他新农合报账资料(纸质转诊证明、住院发票、疾病证明书、出院小结、医疗费用清单、完整病历)等;③商业保险机构自动登陆新农合信息管理系统,进行核算。需要调查的,及时核查;④商业保险机构将款项划转至申请人指定账户,完成理赔。

## **四、资金管理与拨付**

### **(一)资金收支两条线管理**

1. 大病保险资金是新农合基金的重要组成部分,除按规定盈利率扣除商业保险机构的盈利外,只能用于对参合住院患者医疗费用的理赔。大病保险资金实行收支两条线管理,专账核算,封闭运行。各市州卫生计生部门和商业保险机构及各级新农合定点医疗机构要自觉接受审计部门的审计,确保大病保险资金安全运转。

2. 市州级新农合管理经办机构按有关规定设立市级新农合

大病统筹基金专户,用于归集大病保险资金和风险调节金。市级新农合大病统筹基金专户除向商业保险机构大病保险资金账户划转资金外,不得发生其他支付业务。商业保险机构依据财务管理有关规定设立大病保险资金账户,市州级新农合管理经办机构可按季度或按年度保费的80%左右一次性预拨给商业保险机构,剩余部分年终统一结算。预拨资金按协议赔付和除去盈利后仍有结余的,抵扣次年保险费。

## **(二)定点医疗机构垫付资金结付流程**

对省内各级定点医疗机构垫付的大病保险理赔资金,商业保险机构实行先结算后审核制度。

1. 定点医疗机构每月1日至31日为一个结算月,定点医疗机构医保部门每月10日前将大病保险上一结算月参合患者的理赔金汇总结算向患者参合地商业保险机构申报。商业保险机构自收到申报材料10个工作日内支付申报资金总额的70%,之后10个工作日内完成审核确认,并根据审核结果支付剩余资金,不得无故拖延垫付款的资金结算或擅自减少结算资金。

2. 商业保险机构每月对定点医疗机构上一结算月的病历按不低于20%的比例进行抽取复核。对发现违规行为的,要书面告知新农合管理经办机构,对其违规行为按有关规定共同进行查处。

## **(三)争议处理**

商业保险机构与定点医疗机构在即时结报工作中发生争议,

双方协调难以达成一致意见时,由市州级新农合管理机构经过调查后根据相关规定作出处理。

商业保险机构在理赔过程中,发现申请人申请不实或存在虚构事实、伪造票据等情况的,按相关法律及政策要求进行处理。

#### **(四)建立大病保险资金风险分担机制**

市州卫生计生行政部门要统筹管理大病保险资金,可从大病保险年度筹集资金中预留一定比例作为政策性亏损风险调节基金。对年度内因政策性因素导致大病保险资金超支的,商业保险机构在中标盈利率范围内承担亏损,其余政策性亏损部分通过风险调节基金或调整下年度筹资水平等方式解决,切实调动商业保险机构参与大病保险工作的积极性。非政策性亏损由商业保险机构承担。

### **五、工作步骤**

**(一)省级准备阶段(2015年1月1日-2015年6月30日)。**学习贯彻有关文件精神,调研前期试点工作情况,分析测算试点地区大病保险运行数据,指导完成年度政策调整制定,评估运行实效,深入总结试点经验,巩固实施大病保险工作。制定出台省级实施方案,启动实施面上大病保险工作。

**(二)面上准备阶段(2015年7月1日-8月31日)。**未开展大病保险工作的市州按照省级实施方案,制定本级开展大病保险的具体实施细则,安排部署工作任务;完成保障水平能力基线调查,完成商业保险机构招标方案制定。

**(三)组织实施阶段(2015年9月1日起)**。完成大病保险承办保险机构的招标选定和合同签署,年度政策方案和合同文本报省合医办备案;完成驻院代表等工作人员招考培训,完成大病保险信息系统接口建设(具体系统建设方案详见附件)和一站式服务流程建设;完成市州级基金专户设立,完成投保资金归集入户。全省广泛开展宣传大病保险政策。实施大病保险并开展监督检查,完善优化服务流程;2016年10月各市州完成大病保险工作自评,2016年年底省合医办组织开展大病保险年度评估工作。

## **六、保障措施**

### **(一)提高认识,加强领导**

开展大病保险工作是建立健全新农合保障机制的重要内容,对减轻参合人员大病医疗费用负担,缓解因病致贫、因病返贫问题,进一步体现互助共济、促进社会公平正义具有重要意义。各级卫生计生行政部门要根据省发改委等六部委《关于印发〈贵州省开展城乡居民大病医疗保险工作实施方案(试行)〉的通知》(黔发改社会〔2013〕201号)要求,密切联系同级有关部门,认真贯彻落实国家和我省大病保险工作的总体部署,将开展大病保险作为一项重要任务,列入议事日程,加强领导,积极协调,密切配合,为该项工作正常有序开展提供坚实的组织保证。

### **(二)明确职责,分工协作**

各市州卫生计生行政部门负责制定大病保险的筹资标准、保障范围、保障比例以及就医、结算管理等基本政策,合理确定商业

保险机构盈利率,公开招标选定商业保险机构,要严格商业保险机构基本准入条件,规范大病保险合同,不断提升大病保险管理服务能力和水平;各级卫生计生行政部门负责对商业保险机构、定点医疗机构服务行为、服务质量进行日常管理和监督考核,确保工作正常有序开展。

### **(三)加强监管,规范服务**

各级新农合管理部门要加强对大病保险工作的监督检查,通过新农合管理信息系统对大病保险理赔及结算情况进行实时监控;建立对商业保险机构承办大病保险的考核与奖惩机制,加大监督检查力度。对商业保险机构的违法违规行为,及时通报省新农合管理部门,并会同保险监管部门进行查处。要加强对各定点医疗机构服务行为的监管,积极推进按病种付费、按床日付费、总额预付等支付方式改革,规范医疗服务行为,确保医疗服务质量,控制医疗费用不合理增长,稳步提升新农合基本保障水平。要严格控制县外转诊,积极引导常见病病人到基层医疗机构就诊;探索建立常见病定额补偿机制,引导病人合理分流;严格实行转诊制度,未经转诊到市级及以上定点医疗机构住院的,可对大病保险理赔比例进行相应调整,合理利用医疗资源。定点医疗机构要强化服务意识,完善管理制度,自觉接受新农合管理部门监管和商业保险机构监督。

### **(四)广泛宣传,多方监督**

各级新农合管理经办机构、承办保险机构要充分利用广播、

电视、报纸、网络及宣传栏等渠道加大宣传力度,向参合人员广泛宣传大病保险相关政策。要建立公开透明的大病保险监管制度和信息通报制度,将与商业保险机构签订协议情况以及筹资标准、赔付水平、支付流程、结算效率和大病保险年度资金收支情况等向社会公开,接受社会监督。各级定点医疗机构要加大大病保险政策全员培训和政策宣传,严格执行新农合公示制度,公布监督咨询电话,加强民主监督,畅通投诉渠道,引导参合群众参与大病保险管理和监督工作。

附件:贵州省新农合大病保险信息系统建设方案

## 贵州省新农合大病保险信息系统建设方案

为推进我省新农合大病保险即时结报工作开展,实现一站式服务,根据《贵州省新型农村合作医疗大病保险实施方案(试行)》,结合我省实际情况,特制定贵州省新农合大病保险信息系统建设方案。

### 一、工作目标

通过我省现有省(含市州)、县两级新农合信息系统(以下简称新农合系统)分别与商业保险机构大病医保系统(以下简称大病系统)和定点医疗机构HIS系统(以下简称HIS系统)完成数据无缝对接,达到数据双向实时传送,实现即时结报、系统审核、驻院服务等“一站式”全流程服务。

### 二、对接方式

现有新农合系统按如下方式与大病系统无缝对接:

1. 将大病保险核算方案在新农合系统完成配置,由新农合系统提供大病保险审核管理权限进行业务审核,理赔数据按《贵州省新农合大病保险数据共享接口规范》实时推送到大病系统,实现新农合和大病保险即时结报,为参合人员提供“一站式”全流程服务。

2. 商业保险机构按照《贵州省新农合大病系统数据共享接口规范》(另文下发),将大病保险业务数据提供给新农合省级平台

大病保险管理子系统,实现数据共享,供省级平台系统进行全省大病保险业务管理使用。

### **三、工作步骤和时间**

#### **(一)新农合系统与大病系统对接**

1. 确定对接模式(2015年7月1日以前)。

各级新农合管理机构组织省(含市州)、县信息系统开发商(以下简称开发商)与商业保险机构信息开发人员确定对接方式。

2. 算法定义(2015年7月7日以前)。

根据对接方式不同,由商业保险机构或开发商将大病保险算法定义于各自系统内,并进行相应验证。

3. 系统测试(2015年7月30日前)。

在测试环境中进行对接联调、数据推送、数据测算等工作。

4. 验收投产(2015年8月15日前)。

联调通过后经业务部门验收,然后双方进行生产环境同步部署,进行正式生产。

5. 实现对接(2015年9月1日前)。

在测试系统中完成相关工作后,双方确定在生产环境相关操作,完成新农合系统与大病系统数据对接。

#### **(二)新农合系统与HIS系统对接**

1. 新增接口(2015年8月31日前)。

大病系统与新农合系统实现系统对接后,由开发商在省(含市州)、县两级新农合系统内新增HIS接口,增加大病保险赔付金

额及其相关字段。

## 2. HIS系统升级(2015年9月30日前)。

各级定点医疗机构要对其HIS系统进行升级改造,增设大病保险理赔字段,完成与新农合系统联调,实现在新农合平台获取大病保险赔付资金等相关字段。

## 3. 完成对接(2015年10月30日前)。

完成相关联调、测试后完成HIS系统与新农合系统数据对接同步。

## 四、明确责任

全省新农合大病保险信息系统建设工作由省卫生计生委牵头负责。各级新农合管理机构按照信息系统分级建设分级管理的原则分别组织实施,督促商业保险机构、开发商和各级定点医疗机构按时完成系统开发改造各项工作任务。具体功能开发和上线应用等工作分别由商业保险机构与各开发商、各开发商与各级定点医疗机构共同负责完成。

对系统研发过程中出现的问题,由商业保险机构与各开发商接洽与协商,协商不成的,各级新农合管理机构要协调落实,必要时上报省合医办共同研究解决。对未按进度要求完成大病保险系统建设工作的主体单位,省卫生计生委将给予问责追究。