

ᠠᠨᠢᠯᠠᠭ ᠤᠯᠤᠰ ᠤᠨ ᠤᠯᠤᠰ ᠤᠨ ᠤᠯᠤᠰ ᠤᠨ ᠤᠯᠤᠰ ᠤᠨ ᠤᠯᠤᠰ ᠤᠨ ᠤᠯᠤᠰ

内蒙古自治区兴安盟行政公署

兴署字〔2015〕107号

兴安盟行政公署关于 批转《2015年兴安盟新型农村合作医疗 大病保险工作方案》的通知

各旗县市市人民政府，盟直各委、办、局，各企事业单位，中区直垂直
管理单位：

经盟行署同意，现将盟卫生计生委拟定的《2015年兴安盟新
型农村合作医疗大病保险工作方案》印发给你们，请结合实际，认
真组织实施。

2015年9月29日

2015年兴安盟新型农村合作医疗大病 保险工作方案

盟卫生和计划生育委员会

2015年9月29日

按照《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2014年重点工作任务的通知》（国办发〔2014〕24号）和《国家卫生计生委办公厅关于做好新型农村合作医疗几项重点工作的通知》（国卫办基层发〔2014〕39号）要求，2015年我盟将继续引入商业保险机构承办新型农村合作医疗（简称新农合）大病保险，具体工作方案如下：

一、纳入商业保险管理的对象及补偿时限

1. 参加新农合的住院患者经新农合补偿后，对个人自付合规费用在7000元以上的，其医药费由商业保险公司进行二次补偿（以下表述为大病患者）。

2. 将无责任方的意外伤害住院患者医药费纳入商业保险补偿范围（以下表述为无责意外伤害）。

3. 补偿时限。补偿时限为2015年1月1日至2015年11月30日，以患者出院结算时间为准。

二、购买商业保险基金

经测算，2015 年使用新农合基金购买商业保险资金共计 34832345.76 元，详见下表：

2015 年购买商业保险基金统计表

疾病分类	2015 年参合人数	购买保险金额(元)	人均提取基金数额(元)
新农合大病住院患者	973400	19530541.30	20.06
无责任意外伤害	973400	15301804.46	15.72
合计	973400	34832345.76	35.78

三、商业保险补偿标准

(一) 新农合大病患者

1. 补偿标准。新农合进行首次补偿，保险公司对符合条件的进行二次补偿。首次补偿由新农合经办机构和定点医疗机构完成，依据《2015 年兴安盟新农合医药费补偿方案》(兴合组字[2014]2 号)进行。封顶线 30 万元，封顶线为单个患者一年内累计最高补偿限额。取消 2015 年新农合封顶线 5 万元的规定。

根据国家发改委《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)，新农合补偿后需个人负担的合规医疗费用给予二次补偿，二次补偿对象以个人年度累计负担的合规医疗费用超过 7000 元(2014 年全盟农牧民人均存收入为 7275 元)为标准，7000 元及 7000 元以下的不予补偿，累计 7000 元以上的部分进行二次分段计算补偿。累计方法为：个

人自付合规费用累计到 7000 元以上既可二次补偿，补偿后剩余部分纳入以后统计基数，循环累计，到 2015 年 11 月 30 日截止。
 合规费用=新农合系统中显示的可补偿费用-新农合补偿费用。
 二次补偿金额=(新农合系统中显示的可补偿费用-新农合补偿费用-7000 元)×补偿比例。新农合补偿加上商业保险补偿累计最高限额为封顶线 30 万元，新农合已经补偿到封顶线 30 万元的商业保险不再补偿。

由于制定 2015 年大病保险工作方案测算数据时没考虑累计计算，再加上急于出台政策，所以 2015 年因累计计算增加的支出由新农合基金另行追加。累计支出部分平时要做出统计。

2015 年商业保险管理新农合疾病二次补偿标准

个人自付合规费用分段	补偿标准 (%)		
	盟内定点医疗机构	盟外已审批	盟外非审批
7000 元 (不含 7000 元) -2 万元	60%	30%	20%
2 万元以上 (含 2 万元) -5 万元 (不含 5 万元)	70%	40%	25%
5 万元以上 (含 5 万元)	80%	50%	30%

二次补偿为分段计算，例如盟内某患者自付合规费用为 6 万元，则计算方法为第一段 (2 万元-7 千元) *60%=0.78 万元，第二段 3 万元*70%=2.1 万元，第三段 1 万元*80%=0.8 万元，合计补偿 3.68 万元。

2. 补偿程序

(1) 盟内定点医疗机构的补偿。盟内定点医疗机构对出院患者即时结报。新农合信息系统自动生成《新农合商业保险二次补偿结算单》，患者出院时医院同时进行新农合补偿、保险公司二次补偿，两项补偿由医院垫付。医院每月 5 日前向保险公司提交上个月的《商业保险二次补偿结算单》、患者身份证或户口本复印件、合作医疗证复印件、病历首页复印件、收据复印件、诊断书复印件、费用清单复印件。复印费用由保险公司承担。经保险公司复核后于当月 15 日前将补偿款拨付给垫付资金医院。截止到当月 15 日医院未接到补偿款的，医院向盟或旗县市合管中心投诉，盟或旗县市合管中心调查确认后，每天按照应拨款金额的 0.5%收取滞纳金，滞纳金在期末结算，拨付给投诉医院作为经济补偿。

(2) 盟外病例的补偿。苏木乡镇合管办负责收集外转患者住院就医材料，每月向本地县级合管中心上交两次补偿材料，上交时间为每月 15 日和月底最后一天，遇法定假日顺延。新农合经办机构录入患者信息并进行第一次补偿。信息系统自动生成《商业保险二次补偿结算单》。由保险公司派驻到旗县市合管中心的工作人员负责整理接收，并转交所属公司赔付。材料包括结算单、身份证或户口本复印件、合作医疗证复印件、病历首页复印件、收据复印件、诊断书复印件、费用清单复印件、患者方银行卡复印件及电话号码。复印费用由保险公司承担。

保险公司以上述两个日期为准，最长于 15 个工作日内向患者拨付补偿款。如果没按规定时限拨付，患者向旗县市合管中心投诉，旗县市合管中心使用外转患者预拨款，自接到投诉后 5 个工作日内拨付给患者，同时通知保险公司拨付事宜，并按照每例补偿款 10% 扣减保险公司保费，期末结算，扣款返回新农合基金专户。保险公司自接到新农合补偿通知后 10 个工作日内将该笔款返还给新农合经办机构。

(3) 商业保险公司索要其它资料与旗县市合管中心协商解决，在旗县市合管中心同意的情况下，其相关费用由保险公司承担。

(二) 无责任意外伤害

1. 补偿标准。无责任意外伤害与新农合大病住院患者的补偿政策相同，同时满足以下规定。单次住院总费用在 1000 元以下的不予补偿；有其他方责任的不予补偿。

2. 补偿程序。为了便于软件研发及与新农合普通疾病执行相同政策，意外伤害补偿也按补偿两次计算。第一次同新农合首次补偿政策，盟内住院患者由医院录入、盟外住院患者由保险公司派驻旗县市合管中心的人员录入诊疗信息生成第一次结算单、二次补偿结算单，现场予以结算。向商业保险公司移交补偿资料、申请补偿款。拨款不及时如何处理同上述大病住院患者补偿及处理程序。外转患者需要同时提供患者方银行卡复印件及电话号码。两次补偿费用均由保险公司支付。

3. 无责任意外伤害的认定。无责任意外伤害由保险公司认定，其认定程序详见附件1。定点医院、保险公司派驻旗县市合管中心的人员接到保险公司无责任意外伤害认定通知书后即可录入信息并结算。

4. 意外伤害的规定。详见附件2

5. 意外伤害与新农合普通疾病相互关联的规定。患者入院时主要诊断为无责任方意外伤害的，住院期间治疗其他疾病的费用由保险公司承担。新农合普通疾病在治疗期间伴有意外伤害的由新农合承担。2015年1月1日以前，经新农合经办机构已经审批、保险公司已经赔付的意外伤害的后续治疗费用由保险公司负责补偿。

（三）回补工作

回补，即对2015年1月1日以后至本方案具体实施以前发生的病例，符合二次补偿（包括意外伤害第一次补偿）条件的进行补偿。新农合大病由旗县市合管中心指导，保险公司派驻人员负责出据二次补偿结算单，收集上述相关材料（包括患者方银行卡复印件、联系电话）移交保险公司赔付。意外伤害患者先由保险公司认定，确认后通知医院或派驻旗县市合管中心人员录入信息，出据两次补偿结算单移交保险公司办理。保险公司将补偿款直接拨付给患者。

2015年1月1日以后到实施时，新农合报销到封顶线5万元，还能继续补偿的，由联德公司设计软件程序，既出据新农

合继续补偿到 30 万元封顶线的续补结算单，又生成商业保险二次补偿结算单。续补款项由新农合经办机构负责支付给患者，医疗机构协助进行。

（四）对补偿结算单的认定、把关及纠纷的处理

保险公司进行大病二次补偿、意外伤害的两次补偿均以新农合信息系统自动生成的《结算单》为准，医院出据的《结算单》由医院负责人签字把关；保险公司派驻旗县市合管中心出据的《结算单》由旗县市合管中心负责人签字把关。每月由保险公司向旗县市合管中心报表，由旗县市合管中心审核并签字，汇总后报盟合管中心。

新农合信息系统自动生成的《结算单》保险公司不得擅自更改。机构或个人对《结算单》有疑义的要向盟或旗县市合管中心提出书面问询，出据单位要在 5 个工作日内给予书面答复。有疑义者对答复不满意的，提交盟新农合专家小组解决，专家小组要在 10 个工作日内作出答复。盟新农合领导小组办公室负责成立兴安盟新农合专家小组，由盟合管中心组织小组例会，并整理会议决议向外公布。专家小组会议决议为最终答复。新农合专家小组主要负责解决新农合纠纷、商业保险纠纷等事宜。

（五）保险公司向定点医院预拨垫付款

医疗机构要科学合理测算大病、意外伤害补偿垫付资金，原则上按照垫付 2 个月进行测算，预拨款申请经旗县市合管中心审核后报保险公司，保险公司在接到医疗机构申请后 10 个工

作日内拨付到垫付资金医院。医院在 10 个工作日内没有接到预拨款的向旗县市合管中心投诉，旗县市合管中心确认后向盟合管中心申请，盟合管中心向盟财政局申请同意后拨付给旗县市合管中心再拨付给医疗机构。同时盟合管中心通知保险公司勿需拨款，但要扣减应预拨款金额的 5%，期末结算后返还新农合基金专户。

（六）补偿截止时间与决算

每期补偿截止时间为 11 月 30 日；未补偿的患者转下一期补偿，逐年滚动。转下一年补偿的基金支出，上期商业保险有结余的（保险公司营利 5%以外的部分）使用结余基金，结余基金使用完毕后使用保险公司营利 5%部分。上期结余与营利支出完毕后，继续由保险公司支出，支出超过 5%后，再由保险公司与新农合各承担 50%。2017 年 12 月 31 日合作结束，期内未补偿患者的补偿继续由保险公司负责。每年决算时间为 12 月，与新农合决算同步进行。保险公司年终提供的决算数据经旗县市合管中心审核，双方确认后方可生效。

（七）大病保险与其他制度的衔接

大病保险工作要与新农合、医疗救助、应急救助、城乡居民大病保险有机衔接。在执行本方案期间政府出台新政策时要遵照执行。

四、软件要求

保险公司补偿部分完全由定点医疗机构和保险公司派驻旗

县市合管中心人员使用新农合信息系统出据结算单。增加意外伤害补偿模块，用于录入、结算、统计意外伤害患者诊疗信息。软件要单独统计保险公司支付数据，包括新农合大病二次补偿数据、意外伤害两次补偿数据。二次补偿与意外伤害补偿既要分别统计又要合计统计。同时要与新农合补偿数据合计，确保新农合患者数量、基金支出数额等数据的准确、统一和完整。软件要保证定点医院、旗县市合管中心能够录入患者信息、结算补偿款。盟合管中心、保险公司能够查阅患者的诊疗、补偿信息，联德公司为其开通使用权限。

在经过充分论证的情况下，在条件成熟、对新农合数据没有影响的情况下，新农合信息系统与保险公司健康险软件进行对接。

五、纳入商业保险基金的管理

保险公司要认真执行《财政部卫生部关于印发新型农村合作医疗基金财务制度的通知》（财社〔2008〕8号）、《财政部关于印发新型农村合作医疗基金会计制度的通知》（财会〔2008〕1号）和《兴安盟财政局、人社局、卫生局转发关于利用基本医疗保险基金向商业保险机构购买城乡大病保险财务列支办法的通知》（兴财社〔2013〕109号）。

购买商业保险基金于每年1月份向保险公司首付50%，6月份拨付30%，剩余20%作为年度考核预留款，在次年初考核后再予以结算。

根据自治区《关于进一步提高新农合 21 种重大疾病医疗保障水平指导意见的通知》(内卫基字[2012]1394 号)要求,保险公司的年大病保险资金盈余率不超过 5%,超过 5%的部分全部返还新农合基金专户。大病保险资金亏损 5%以内由保险公司承担,超过 5%的,由保险公司、新农合各承担 50%。盈余率=(购买商业保险金额-保险公司用于患者补偿金额)/购买商业保险金额*100%。

六、监督管理

1. 各级卫生行政部门要加强对新农合经办机构、商业保险机构和医疗机构的监督管理。盟新农合领导小组办公室负责制定《兴安盟新农合大病保险工作方案》。

2. 新农合管理部门制订《兴安盟新农合大病保险工作考核办法》(详见附件 3),对保险公司该项工作进行考核,内容主要包括:履行协议情况、理赔时限情况、服务质量情况、财务管理情况、社会满意程度等。考核工作由盟和旗县市合管中心负责,保险公司要无条件配合,考核结果要双方确认。

3. 盟合管中心参与制定《新农合大病保险工作方案》,指导、监督、检查、考核全盟新农合商业保险工作,向保险公司拨付购买商业保险基金,统计、评估商业保险工作,对商业保险工作存在的问题提出处理意见。

4. 旗县市合管中心参与《新农合大病保险工作方案》的制定,宣传、指导、监督、检查、考核辖区内新农合商业保险工

作，录入结算外转患者医药费。监管并协助保险公司开展新农合商业保险工作。统计、评估商业保险工作，对商业保险工作存在的问题提出处理意见。

5. 医疗机构负责向患者宣传新农合商业保险政策，负责本院商业保险患者补偿款的即时结报，定期向保险公司移交补偿资料、申请补偿款。合理诊疗，合理用药，合理收费。接受新农合经办机构、经办新农合业务的保险公司的监督检查。

6. 保险公司负责新农合大病真实性的核查（如假病历、挂床等），查验、认定无责任意外伤害，主动发现骗取新农合基金行为。对所发现的盟内医疗机构、盟外诊治疾病出现的问题，会同所属旗县市合管中心共同处理。主动接受新农合管理部门、财政部门、审计部门等有关单位的监督检查指导。定期向新农合经办机构上报新农合月报表、季报表、年报表、半年及全年工作总结。不按时上报的按考核标准扣分。

7. 保险公司派驻人员最低标准。盟合管中心 3 人，盟直医院 1 人；旗县市合管中心各 1 人；乌市所属医院 2 人，前旗所属医院 1 人，中旗所属医院 2 人，扎旗所属医院 2 人，突泉所属医院 2 人。派驻人员主要从事大病商业保险具体业务、宣传补偿政策、指导就医、监管医院医疗行为、每日查房等等。不派驻人员的按照每人 4 万元扣减保险公司新农合保费，期末结算，扣款拨付给没有派驻人员的合管中心作为商业保险工作的人员经费。派驻人员办公用品由所属公司提供。

七、保险公司招标与赔付工作的衔接

(一) 条件

向社会公开招标保险公司承办本项工作，投标公司要达到 3 个以上，由盟行署招标采购公司办理。若 2015 年流标则由新农合经办机构按本方案执行，2016 年工作方案出台后继续招标。

1. 符合中国保监会规定的商业保险机构，开办 5 年以上，具有良好的工作业绩和社会信誉；

2. 在盟内各旗县市具备完善的服务网络和较强的医疗保险专业能力，配备医学类专业的专职工作人员；

3. 商业保险总部同意分支机构承办当地新农合大病保险业务工作，对新农合大病保险超支提供赔偿责任担保，并提供业务、财务和信息技术等方面的支持；

4. 参加政府采购活动前 3 年内，在经营活动中没有重大违法记录。

5. 按照《新农合大病保险工作方案》要求向新农合经办机构、医疗机构派驻工作人员。

6. 2014 年财险公司新录用从事新农合商业保险业务的工作人员要优先录用。工资福利待遇不低于现有水平。

(二) 合作期限与跨年度工作衔接

1. 合作期限为 3 年：2015 年 1 月 1 日—2017 年 12 月 31 日。

2. 2015 年保险公司具体承办以前的大病（不包括意外伤害）补偿工作由新农合经办机构、定点医疗机构代管（包括大病回

补和新发病例), 基金支出单独统计, 补偿原始资料由新农合经办机构存档, 只向保险公司移交汇总表等必要材料。基金支出由保险公司在接到移交材料后 15 个工作日内返还盟新农合基金支出户, 逾期者扣除应返款金额的 5%。扣款返还基金专户。

3. 2015 年 12 月及以后的补偿, 在新政策没有出台之前继续由保险公司按照正在执行的方案执行, 中间不得停止补偿。如果停止补偿按照患者应补偿额 5% 在保费中扣减。

(三) 工作方案的制定

新农合大病保险工作方案每年进行修改完善, 由盟合管中心负责起草并与中标公司联合测算, 提供基础数据, 最后由盟新农合领导小组办公室确定并向社会公布。

八、其它事项


1. 本方案自 2015 年 1 月 1 日起执行至 2015 年 11 月 30 日终止。新方案未出台前继续执行本方案。

2. 本方案由盟新农合领导小组办公室负责解释。

附件: 1. 保险公司无责任意外伤害的认定程序。

2. 无责任意外伤害的规定。

3. 兴安盟新农合大病保险工作考核办法。



附件 1

保险公司无责任方意外伤害认定程序

1. 报案。参合人员发生保险责任范围内无责任方意外伤害事故后，在患者就诊 72 小时内向保险公司进行电话报案，出险报案实行一事一报制度。

2. 查勘。保险公司在接到报案后，在 24 小时内开展现场查勘，理清事实、确定保险责任，对案情重大或存在疑难问题的案件，可申请政府有关部门与保险公司协助进行现场查勘。

3. 认定。保险公司结合定点医疗机构提供的相关材料和初步意见，及对保险事故发生期间、事故原因、事故责任等进行审核后向就诊医院或所属旗县市合管中心提交责任认定书。

4. 结报。对于责任认定明确的，旗县市合管中心、就诊医院既按照《2015 年兴安盟新纳入商业保险公司经办工作方案》规定的程序办理，对于存在异议的可以延长补偿期限，但不能超过一个月。

附件 2

无责任意外伤害的规定

无责任方意外伤害定义，是指无第三方责任人，外来的、突发的、非本意的、非疾病的客观事件，为直接单独原因致使身体受到伤害住院治疗。

因下列原因导致的无责意外住院医疗费用不纳入新农合疾病商业保险支付范围：

1. 应当由公共卫生负担的；
2. 应当从工伤保险基金中支付的；
3. 应当由第三人负担的；
4. 因手术、药物过敏或其他医疗行为所致的事故；
5. 因未遵医嘱，服用、涂用、吸入或注射药物的；
6. 从事违法、犯罪活动行为或被依法拘留、服刑、在逃期间；
7. 超出新农合诊疗目录、药物目录范围和不予补偿规定的医疗费用。
8. 在盟内非定点医疗机构就医发生的医疗费用；在国外或港、澳、台地区就医发生的医药费用；
9. 从事非法活动过程中，如肇事斗殴、吸用毒品、非法生产经营及其他违法乱纪行为所产生的身体伤害；

四、考核分数与扣款的对应关系

考核总分数为 100 分，得分 ≥ 95 分，不予扣款；得分 < 95 分，每下降 1 分，扣除购买商业保险基金总额的 1%，扣款在预留 20% 基金中扣除。得分 < 60 分，取消下一年承办资格。

五、兴安盟新农合疾病纳入商业保险经办考核表

考评项目	序号	主要内容	分值	考评办法	应得分	实得分
机构建设 (10分)	1	成立新农合大病商业保险领导小组及办公室，有一名分管领导负责此项工作。	3	根据文件资料及平时掌握，未成立领导小组扣 2 分、无分管领导扣 1 分。		
	2	配备基本办公设施，建立补偿信息系统。	3	现场查看，无固定办公地点扣 1 分、办公条件满足不了工作要求扣 1 分，无信息系统扣 1 分。		
	3	配备相应专业人员，每个旗县市至少配备 1 名工作人员与旗县市合管中心合署办公，配备至少 3 人到盟合管中心工作。按工作需要向定点医疗机构派驻人员。	4	根据文件资料及现场查看，无专职人员扣 1 分、对需要定点医疗机构无派驻人员扣 1 分。		
制度管理 (10分)	4	建立健全新农合大病商业保险工作制度，包括内部稽核制度、公示制度、投诉举报制度等。	3	现场查看资料，制度不健全扣 2 分。		
	5	制定岗位职责。涉及新农合补偿业务的岗位都要制定。	2	无职责每项扣 1 分。		
	6	制定工作程序。包括医疗机构基金申请程序、医药费审核程序、意外伤害认定程序等。	5	每项有问题扣 2 分。		
业务开展 (30分)	7	盟内定点医疗机构即时结报，盟外患者在提交病例后一个月内完成补偿。	10	不及时结算每次扣 1 分。盟外患者 1 个月未补偿每次扣 1 分。		
	8	按时向新农合经办机构提供各类报表及年度工作总结。	5	不能按时完成一次扣 1 分，扣完该项分为止。		
	9	意外伤害案件受理与现场勘查要及时，认定结果要真实。	5	现场勘查不及时每次扣 1 分，弄虚作假每次扣 2 分。		
	10	完成新农合管理部门临时交办的各项工作。	5	未完成每次扣 1 分。		
	11	对参合农牧民反应的问题认真调查处理，及时对投诉给予答复。	5	查看受理投诉登记，做不到投诉有记录、有处理发现一例扣 2 分，扣完该项分为止。		

考评项目	序号	主要内容	分值	考评办法	应得分	实得分
财务管理 (35分)	12	新农合大病商业保险基金要专户储存、专帐管理、独立核算、专款专用。	6	每项有问题扣1分。		
	13	按要求及时向医疗机构拨付预拨款。	6	未及时拨付每次扣1分。		
	14	按时向医疗机构拨付补偿款。	6	未按时拨付每次扣1分。		
	15	按时向患者拨付补偿款。未按时拨付，每例扣应补偿额的10%，每月统计、通知一次。	6	未按时拨付每次扣1分。		
	16	将年度盈利率超过5%的基金足额缴回新农合基金专户。	6	未及时缴回不得分。		
	17	期末结束及时决算。	5	决算不及时扣2分，数据不清楚扣3分。		
服务情况 (15分)	18	工作人员熟练掌握新农合及与商业保险有关的政策。	3	出现问题每发现一例扣1分，扣完该项分为止。		
	19	工作人员服务态度热情周到，不得出现推诿扯皮现象，严禁对患者吃拿索要。	5	态度蛮横、推诿参合患者，发现一例扣1分，有吃拿索要现象每次扣2分。扣完该项目分值为止。		
	20	新农合经办机构满意率、医疗机构满意率、患者满意率在85%以上。	7	按照平时掌握或以问卷形式调查。每降低1%扣1分，扣完为止。		

10. 从事潜水、跳伞、攀岩运动、探险活动、武术比赛、摔跤比赛、特技表演、赛马、赛车等高风险运动造成的伤害；

11. 因酗酒、服毒、自杀自残或家庭暴力所致的身体伤害；

12. 因交通事故、医疗事故、工伤事故或其他责任事故由他方承担责任的医疗费用；

13. 因酒后驾驶、无证驾驶（农耕作业车在农耕作业时除外），或驾驶无行驶证、已经报废、套牌、拼装的机动车辆以及从事非法营运等违反道路交通安全法规造成的伤害；

14. 根据国家刑法、治安管理处罚法、道路交通安全法、侵权责任法等法律、行政法规、规章规定推定参合人有违反行为、存在过错，参合人不能证实自己没有违反行为和过错引起的自身意外伤害，应由参合人自己承担责任的。

兴安盟新农合大病保险工作考核办法

为了全面掌握全盟新型农村牧区合作医疗重大疾病和意外伤害纳入商业保险经办工作运行情况，监督商业保险公司按合同要求办理大病保险业务，维护参合人的权益，根据《2015 年兴安盟新农合大病保险工作方案》，制订本考核办法。

一、考核主体与对象

考核主体是盟及旗县市合管中心，考核对象是经办新农合商业保险业务的保险公司。

二、考核内容

考核内容包括保险公司经办新农合业务的机构建设、制度管理、业务开展、财务管理、服务情况。具体考核内容、权重分配及扣分标准详见考核表。

三、考核方法

考核采取日常抽查、半年督导与年度考核相结合的方式，以查阅资料、现场查看、入户核实等形式考评。考核由盟及旗县市合管中心负责。每次考核评分后，盟及旗县市合管中心与商业保险机构要互相确认，在考核表上签字盖章。考核表一式三份，分别由盟合管中心、旗县市合管中心、商业保险机构各留存一份，年终汇总。