

芜湖县人民政府办公室文件

芜政办〔2016〕25号

芜湖县人民政府办公室关于 印发芜湖县 2016 年度城乡居民 合作医疗大病保险统筹补偿实施方案的通知

各镇人民政府，县直、驻县各单位：

经县政府同意，现将《芜湖县 2016 年度城乡居民合作医疗大病保险统筹补偿实施方案》印发给你们，请遵照执行。



（此件公开发布）

芜湖县 2016 年度城乡居民 合作医疗大病保险统筹补偿实施方案

为进一步巩固完善城乡居民大病保险制度,着力提高重大疾病医疗保障水平,减轻重大病患者医药费负担,根据省卫计委、财政厅《关于印发〈安徽省新农合大病保险指导方案(2016 版)〉的通知》(卫基层秘〔2015〕643 号)和省政府民生工程新型农村合作医疗大病保险工作要求,结合我县城乡居民合作医疗运行的实际情况,制定本实施方案。

一、资金筹集

合作医疗大病保险实行县级统筹,按照《芜湖县人民政府办公室关于印发芜湖县 2016 年城乡居民合作医疗补偿方案的通知》(芜政办〔2015〕48 号)规定,根据测算协议确定我县大病保险筹资标准,2016 年大病保险资金由县财政另行补助。

二、资金管理

合作医疗大病保险由县政府确定的中标商业保险机构承办,大病保险资金由财政部门按照合同规定支付给商业保险机构。商业保险机构实行专账管理、专项核算。合作医疗大病保险资金年度结余部分,全部返还合作医疗基金财政专户;因政策性调整、突发重大公共卫生事件等导致的大病保险基金亏损部分由合作医疗基金与商业保险机构分别承担 70%和 30%,非政策性亏损部分全部由商

业保险机构承担。

三、资金用途

（一）资金用途：

1. 支付合作医疗大病保险合规可补偿费用；
2. 支付承办机构合理盈利，按年度大病保险专项基金总额的2.2%核定为商业保险机构合理盈利。

（二）合规费用范围：参合年度已享受合作医疗住院补偿或者特殊慢性病补偿，合作医疗补偿后个人自付的住院费用及特殊慢性病门诊费用列入合规费用范围，多次住院以及多次特殊慢性病门诊费用累加计算。

下列费用不列入合作医疗大病保险合规费用范围：

1. 在非新农合定点医疗机构、V类医疗机构、预警医院、非医疗机构发生的医药费用；
2. 门、急诊（不含特殊慢性病门诊）发生的医药费用；
3. 《安徽省新农合报销药品目录》规定的单味或复方均不支付的中药饮片及药材费用，单味使用不予支付的中药饮片及药材费用；
4. 各类器官、组织移植的器官源和组织源；
5. 单价超过 0.5 万元的新农合基金不予支付以及支付部分费用的检查、治疗类项目，超过 0.5 万元以上部分的费用（系统设置最高限价），即：该类项目按照（0.5 万元*数量）计入合规费用；
6. 单价（计价单位：支、瓶、盒）超过 1 万元的药品，超过 1 万元以上部分的费用（系统设置最高限价）。即：该类药品按照

(1 万元*数量) 计入合规费用;

7. 单价(最小使用计价单位)超过 3 万元的医用材料,超过 3 万元以上部分的费用(系统设置最高限价)。即:该类医用材料按照(3 万元*数量)计入合规费用;

8. 临床使用第三类医疗技术(造血干细胞移植治疗血液系统疾病技术除外)的费用;

9. 参合年度累计住院日达到 150 天,从第 151 天起发生的医药费用(跨 150 天与 151 天的当次住院,按照日均住院费用划分 150 天之前、之后费用);

10. 同时超出《全国医疗服务价格项目规范(2012 年版)》与《安徽省医疗服务价格》规定的医疗服务项目所产生的医药费用;

11. 超出安徽省《医疗服务价格》规定的收费标准,超出标准部分的医疗服务费用(大病保险系统设置最高限价);

12. 享受定额补助的住院分娩(含手术产)当次住院发生的医药费用;

13. 他方责任的意外伤害、打架斗殴、交通事故、医疗事故、刑事犯罪、自伤、自残、自杀(精神病发作除外)、吸毒、酗酒,戒烟、戒毒、各类非功能性整形与美容、各种医疗技术鉴定、司法鉴定、工伤鉴定、伤残鉴定、计划生育病残儿鉴定等原因产生的一切医药费用;出国和出境期间发生的一切医药费用;应当由工伤保险、生育保险基金和第三方承担的医药费用;

14. 因突发性疾病流行和自然灾害等因素造成大范围急、危、

重患者的医药费用；

15. 我县合作医疗规定的其它不列入合规范围的医药费用。

四、补偿标准与补偿办法

（一）起付线与封顶线

根据基金承受能力确定大病保险起付线为 2 万元，五保户、低保户、重点优抚对象、孤儿大病保险起付线为 1 万元；全年补偿封顶线为 20 万元。

（二）合规可补偿费用计算公式

大病保险合规可补偿费用=参合患者合规的住院及特慢病门诊费用-合作医疗已补偿费用-原合作医疗补偿起付线（多次住院的，累计计算）-大病保险起付线。

合作医疗大病保险合规可补偿费用实行多次住院及特殊慢性病门诊费用累加计算，原合作医疗补偿起付线累计封顶额为 5000 元。

按病种付费病种住院患者，合作医疗已补偿费用=实际住院医药费用-患者自付费用。

（三）大病保险分段补偿比例

大病保险合规可补偿费用分费用段设定补偿比例，各费用段补偿额累加得出大病保险总补偿额，分段补偿比例见下表：

费用分段	补偿比例
0-5 万元	50%
5-10 万元	60%

10-20 万元	70%
20 万元以上	80%

五、大病保险报销

（一）报销方式。大病患者合规可补偿费用当次已达补偿额度的可当次结报大病保险补偿，也可选择按当年度多次住院及特殊慢性病门诊费用累计集中结报大病保险补偿。

参合年度内办理第 2 次及第 2 次以上大病保险补偿，本着利益最大化原则，重新累计大病患者前次及本次大病保险合规可补偿费用，分段计算大病保险补偿总额，减去前次大病保险已补偿额，得出本次大病保险应补偿额；本着患者利益最大化原则，连续参合的大病患者跨年住院费用按出院日期记入出院年度大病保险补偿范围。

（二）报销次序。参合患者先办理合作医疗报销，后办理大病保险报销。

自行购买商业保险的大病患者，原则上先办理商业保险报销，再凭发票复印件（加盖原件收存单位公章）申请合作医疗报销及大病保险报销。

重复参加基本医疗保险的，不得重复报销，一律凭发票原件办理其中一种基本医疗保险报销。未享受合作医疗基本医疗保险待遇的，不得享受合作医疗大病保险报销待遇。

（三）补偿地点

1. 在即时结报定点医疗机构办理大病保险结报。大病患者单

次住院合规可补偿费用达到新农合大病保险起付标准的，承办商业保险机构在具备条件的医疗机构办理大病保险即时结报，实行合作医疗补偿与大病保险补偿“一站式”服务。

2. 在承办商业保险机构设置地点办理大病保险结报。参合年度单次住院或者多次住院及特殊慢性病门诊累计合规可补偿费用达到合作医疗大病保险起付标准的，在承办大病保险的商业保险机构设置地点办理大病保险结报。原则上在参合年度次年3月底之前完成报销结算，逾期视为自动放弃大病保险补偿待遇。

（四）补偿材料

按照必要与简便原则，大病保险补偿材料包括：

1. 参合居民身份证或户口簿原件；
2. 合作医疗补偿结算单；
3. 加盖原件收取单位公章的费用清单复印件；
4. 加盖原件收取单位公章的出院小结复印件；
5. 加盖原件收取单位公章的医疗机构费用发票复印件；
6. 患者本人银行卡或存折复印件；
7. 承办商业保险机构规定的其他需提供的证明材料。

参合患者合作医疗大病保险补偿所需材料齐全的，承办大病保险的商业保险机构要及时办理补偿；材料不全的，应一次性告知所需材料，最大限度的方便参合患者办理大病保险补偿。大病保险补偿材料由承办商业保险机构管理保存、备查。

六、其他要求

（一）合作医疗大病保险是在基本医疗保障的基础上，对大病患者发生的高额费用给予进一步补偿的一项制度性安排，各镇政府、县直各单位及各定点医疗机构应做好舆论宣传等工作。

（二）县财政局、卫计委、民政局统筹做好大病保险资金安排和拨付工作。

（三）承办商业保险机构要建立专业队伍，加强能力建设，开展大病保险政策宣传和解释工作；简化报销材料与报销流程，认真履行大病保险合规费用审核及结报；按时完成合作医疗外伤及大额费用调查、核实工作；完善优化信息系统及相关支持条件，提供合作医疗基本医保与大病保险“一站式”结报服务。

（四）县卫计委、财政局和承办商业保险机构三方共同签定2016年大病保险承办合同，并按合同要求开展大病保险补偿工作。

（五）本方案从2016年1月1日起开始实施，参合居民享受大病保险待遇时间与享受合作医疗基本医疗保险待遇时间及规定一致。

（六）本方案由县卫计委负责解释。