
繁昌县人民政府办公室

繁政办秘〔2015〕159号

繁昌县人民政府办公室关于印发繁昌县城乡 居民基本医疗保险大病保险统筹补偿 实施方案（2016版）的通知

各镇人民政府，循环经济产业园管委会，县经济开发区管委会，
横山公共服务中心，县政府各部门、各直属单位，驻繁各单位：

经县政府同意，现将《繁昌县城乡居民基本医疗保险大病保险统筹补偿实施方案（2016版）》印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。



2015年12月24日

（此件公开发布）

繁昌县城乡居民基本医疗保险大病保险 统筹补偿实施方案（2016 版）

为进一步巩固完善我县城城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）大病保险制度，着力提高大病保险保障水平，减轻高额费用患者经济负担，根据《国务院办公厅关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（国办发〔2015〕57 号）、《省政府办公厅关于巩固完善城乡居民大病保险制度的实施意见》（皖政办〔2015〕55 号）和《安徽省新农合大病保险指导方案（2016 版）》（卫基层秘〔2015〕643 号）精神，结合我县实际，制定本方案。

一、原则与目标

坚持“以人为本、保障大病、政府主导、专业承办、政策联动”的基本原则，2016-2017 年度，进一步巩固完善我县城城乡居民医保大病保险制度，逐步提高筹资水平和保障水平，并通过紧密衔接基本医疗保障及医疗救助等制度，有效减少参保大病患者家庭灾难性医疗支出。商业保险公司承办城乡居民医保大病保险，加强承办能力建设，推进大病保险即时结报与简便结报，提高工作效能。

二、政府采购

（一）确定承办商业保险公司。综合考虑商业保险公司管理承办能力、医疗管控能力、信息系统、专业人才队伍建设、人均筹资标准、盈利率、承办连续性等因素，通过竞争性谈判等方式，

由经办城乡居民医保基本医疗保险业务的商业保险公司同时承办大病保险，并与之签订 2016 年度承办合同，明确双方的责任、权利和义务，合同有效期 1 年。到期后可以续签，也可以在省卫计委确定的 6 家中标商业保险公司中另选。

（二）确定人均筹资标准。依据大病保险统筹补偿规定的待遇为基础，按照“以支定收”原则，科学测算大病保险人均筹资标准。根据大病保险运行及政策调整等实际情况，人均筹资标准可实行年度动态调整。大病保险资金以县为单位筹集，原则上按当年参保资金的 5%左右标准（具体人均筹资额由县卫计委与商业保险公司据实测算后商定）列支，其中县财政每人每年资助 10 元，其余从累计结余基金中列支，居民个人无需再缴费。

（三）确定盈利率。遵循“保本微利”的原则，通过竞争性谈判等方式合理确定大病保险盈利率，原则上控制在 2-3%范围内。

三、基金管理

（一）基金用途。大病保险基金按照规定比例支付城乡居民医保大病保险合规可补偿费用和大病保险合同约定的商业保险机构合理盈利。

（二）基金账户。承办城乡居民医保大病保险的商业保险公司设立收入账户和赔付支出账户，实行专账管理、单独核算，封闭运行。

（三）基金拨付。城乡居民医保大病保险合同约定额（人均筹资标准*参保人数），由县财政部门按季度从城乡居民医保基金

财政专户拨付至商业保险公司的收入账户。拨付时间为每季度的第1个月份，每季度拨付额为大病保险合同约定额的1/4。

（四）基金结算。按照以下顺序进行合同年度基金结算。原则上，应在参保年度次年3月份底之前完成合同年度大病保险赔付，在4月底之前完成大病保险基金盈亏结算。

1. 提取盈利。在一个合同年度内，承办商业保险公司首先按照城乡居民医保大病保险专项基金预算总额×盈利率预算提取盈利部分，提取盈利部分后的专项基金数额作为盈亏结算的基数（利息不计入基数）。

2. 结余返还。商业保险公司赔付合同年度大病保险补偿款后，如有结余，结余部分全部返还城乡居民医保基金财政专户。

3. 风险分担。商业保险公司赔付合同年度大病保险补偿款后，如出现亏损，非政策性亏损部分全部由商业保险机构承担；对因政策性调整、突发重大公共卫生事件等导致的大病保险基金亏损，由城乡居民医保基金与商业保险公司分担，具体分摊比例由县新农合管理中心与承办商业保险公司在合同中约定。

四、补偿办法与标准

（一）计算大病保险合规可补偿费用。大病保险合规可补偿费用列入城乡居民医保大病保险补偿范围。参保年度，参保城乡居民享受大病保险待遇时间与享受基本医疗保险待遇时间规定一致。

计算公式：大病保险合规可补偿费用=参保患者住院及特慢

病门诊医药费用—不合规费用—城乡居民医保已补偿费用—原城乡居民医保补偿起付线（多次起付线累计计算）—大病保险起付线。

大病保险合规可补偿费用可以单次住院计算，也可以多次住院及特殊慢性病门诊费用累加计算。按病种付费病种住院患者，城乡居民医保已补偿费用=实际住院医药费用-患者自付费用。

（二）大病保险不合规费用范围。下列医药费用列入城乡居民医保大病保险不合规费用范围：

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0.5万元的城乡居民医保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. 参保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. 享受城乡居民医保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；在参保年度次年 3 月份底之前未申请大病保险赔付的医药费用。

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. 其它不合规的医药费用。

（三）起付线。2016 年大病保险起付线为 2 万元。

困难群体大病保险起付线降低至 1 万元。困难群体对象范围由省政府或省级民政、扶贫等部门另文规定。持有规定的困难群体证件的参保患者(以持证为准)方可享受大病保险起付线倾斜标准。承办机构要建立困难群体数据库并与大病保险信息系统互联互通。

（四）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（具体见下表），各费用段补偿额累加得出大病保险总补偿额。

城乡居民医保大病保险合规可补偿费用分段补偿比例

费用分段	补偿比例（%）
0-5 万	50%
5-10 万	60%
10-20 万	70%
20 万以上	80%

（五）封顶线。省内就医大病保险补偿不设封顶线。省外就医（是指参保年度累计大病保险合规可补偿费用中含有省外医疗机构医药费用的患者）设年度大病保险补偿封顶线，为 20 万元。

五、报销方式与材料

（一）报销次序。参保患者先办理基本医疗保险报销，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）申请基本医疗保险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。未享受基本医疗保险待遇的，不得享受大病保险报销待遇。

（二）报销频次。大病患者可选择以单次住院费用结报大病保险补偿，也可选择以多次住院及特殊慢性病门诊累计费用结报大病保险补偿。参保年度内办理第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。

（三）报销流程。大病患者单次住院合规可补偿费用达到大病保险起付标准的，原则上，承办商业保险公司应在具备条件的医疗机构办理大病保险即时结报。暂无条件实行即时结报的，在政务服务中心合管窗口由承办大病保险的商业保险机构办理大病保险结报，实行基本医疗保险补偿与大病保险补偿“一站式”服务。

商业保险公司每季度末，依据城乡居民医保信息系统数据，筛选出所有符合大病保险补偿条件的人员信息，并根据大病保险补偿政策，计算应补偿金额，统一打印《城乡居民医保补偿单》。县合管中心通过各镇（含横山公共服务中心，下同）合管站，在各

镇、村、组公示补偿信息一周。公示无异议后，由各村通知补偿对象在 30 个工作日内到商业保险公司办理手续。

（四）报销材料。按照必要与简便原则，由县新农合管理中心与承办商业保险机构协商后确定，必要材料包括：患者本人身份证或户口簿（及代理人身份证）；困难群体证件原件；补偿对象存折或银行卡复印件（补偿对象在复印件上签名，并注明“自愿将补偿款存入此存折，如有纠纷，责任自负”字样）。备选材料包括：城乡居民医保补偿结算单原件；费用清单，或加盖原件收取单位公章的复印件；出院小结，或加盖原件收存单位公章的复印件；特殊慢性病患者提供慢病证，或者二级以上医疗机构出具的特殊慢性病诊断证明、门诊病历；医疗机构费用发票，或加盖原件收存单位公章的复印件；县合管中心或承办商业保险机构规定的其他需提供的证明材料。

参保患者城乡居民医保大病保险补偿所需材料齐全的，承办大病保险的商业保险公司要及时办理补偿；材料不全的，应一次性告知所需材料，最大限度的方便参保患者办理大病保险补偿。

六、其他管理要求

（一）县新农合管理中心要完善政策措施，做好制度衔接，完善对商业保险公司的合同管理与考核管理，强化对医疗机构、医疗服务行为和质量的监管，推行支付方式改革，严控医药费用过快上涨与不合理增长，支持商业保险公司针对大病患者开发和提供新的健康保险产品。

（二）承办商业保险机构要建立专业队伍，加强能力建设，开展大病保险舆论宣传和政策解释工作，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，完善优化信息系统及相关支持条件，保证基本医保与大病保险“一站式”结报服务。

（三）本方案从2016年1月1日起开始执行，《繁昌县城乡居民基本医疗保险大病保险统筹补偿实施方案（2014版）》（繁政办秘〔2014〕72号）同时废止。

（五）本方案由县卫计委、县财政局共同负责解释。