

国家出台城乡大病保险政策, 报销比例不低于 50%

切实解决老百姓因病致贫因病返贫

据新华社北京8月30日电(记者 孙铁翔)记者从国务院医改办获悉,国家发展和改革委员会、卫生部、财政部、人力资源和社会保障部、民政部、保险监督管理委员会30日正式公布《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》(以下简称《意见》)。

《意见》指出,近年来,随着全民医保体系的初步建立,人民群众看病就医有了基本保障,但人民群众对大病医疗费用负担重反映仍较强烈。开展城乡居民大病保险工作,是在基本医疗保障的基础上,对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排,目的是要切实解决人民群众因病致贫、因病返贫的突出问题。

《意见》指出,开展城乡居民大病保险工作要坚持以人为本,统筹安

排;坚持政府主导,专业运作;坚持责任共担,持续发展;坚持因地制宜,机制创新的基本原则。政府负责基本政策制定、组织协调、筹资管理,并加强监管指导。商业保险机构利用其专业优势,支持商业保险机构承办大病保险,发挥市场机制作用,提高大病保险的运行效率、服务水平和质量。

国务院医改办公室主任孙志刚表示,考虑到大病保险是一项创新的工作,且我国区域差异较大,《意见》对开展大病保险工作的原则、资金来源、保障内容、承办方式和监督管理等只是提出了原则性、框架性要求,具体工作需要充分结合地方实际,以地方为主,发挥地方的能动性。

截至2011年底,城乡居民参加三项基本医保人数超过13亿人,覆盖率达到了95%以上。

资金来源 来自城镇居民医保基金、新农合基金

《意见》指出,各地可结合当地经济社会发展水平、医疗保险筹资能力、患大病发生高额医疗费用的情况、基本医疗保险补偿水平,以及大病保险保障水平等因

素,科学合理确定筹资标准。同时,从城镇居民医保基金、新农合基金中划出一定比例或额度作为大病保险资金。城镇居民医保和新农合基金有结余的地区,利用结

余筹集大病保险资金;结余不足或没有结余的地区,在城镇居民医保、新农合年度提高筹资时统筹解决资金来源,逐步完善城镇居民医保、新农合多渠道筹资机制。

保障范围 基本医保之外,大病自付至少报销五成

《意见》指出,大病保险保障对象为城镇居民医保、新农合的参保(合)人,保障范围要与城镇居民医保、新农合相衔接。城镇居民医保、新农合应按政策规定提供基本医疗保障。在此基础上,大

病保险主要在参保(合)人患大病发生高额医疗费用的情况下,对城镇居民医保、新农合补偿后需个人负担的合规医疗费用给予保障。

此外,大病保险保障水平以

力力争避免城乡居民发生家庭灾难性医疗支出为目标,合理确定大病保险补偿政策,实际支付比例不低于50%;按医疗费用高低分段制定支付比例,原则上医疗费用越高支付比例越高。

大病医保报销流程

城镇居民医保、新农合的参保(合)人如发生大病



高额医疗费超过当地家庭灾难性医疗支出标准



先按基本医保给予报销



个人负担的合规医疗费用再次给予报销(实际报销比例不低于50%)



按医疗费用高低分段制定支付比例,原则上医疗费用越高支付比例越高

国务院医改办主任孙志刚:

大病保险不额外增加个人缴费负担

个人是否会增加缴费负担?

孙志刚:开展大病保险,对城乡居民因患大病发生的高额医疗费用给予报销,目的是要解决群众反映强烈的“因病致贫、因病返贫”问题,使绝大部分人不会再因为疾病陷入经济困境。因此,大病保险,所需要的资金从城镇居民医保基金、新农合基金中划出,不再额外增加群众个人缴费负担。

家庭灾难性医疗支出定义

在设计大病保险的保障范围和

目标时,我们参考了世界卫生组织关于“家庭灾难性医疗支出”的定义,即在平均水平上,使个人不得不支出的医疗费用低于家庭灾难性医疗支出的标准。经测算,各地城镇居民年人均可支配收入或农民年人均纯收入,可作为当地家庭灾难性医疗支出的标准。当参保患者个人负担的医疗费用超过这个标准时,大病保险对这部分人群个人负担的合规医疗费用在基本医保已经报销的基础上再次给予报销,要求实际报销比例不低于50%。这里的合规医疗费用不局限于基本医保政策范围内,但为避免浪费

和过度负担,不是基本治疗所必需的项目不列入报销范围。

为何由商业保险机构承办?

孙志刚:城乡居民大病保险采取了政府主导、商业保险机构承办的形式。商业保险机构以保险合同形式承办大病保险主要具有几个优势:一是能充分发挥商业保险机构的专业特点,加大对医疗机构和医疗费用的制约。二是可借助商业保险机构在全国范围内统筹核算的经营特点,间接提高大病保险的统筹层次,增强抗风险能力,提高服务水

平,放大保障效应。三是利用商业保险机构专业化管理优势和市场化运行机制,有利于促进提高基本医保的经办效率。

如何实施有效监管?

孙志刚:大病保险的监管工作,一是要加强行业监管。二是注重部门协同。三是加强社会监督。将与商业保险机构签订协议的情况,以及筹资标准、待遇水平、支付流程、结算效率和大病保险年度收支情况等向社会公开,接受社会监督。四是强化医疗费用管控。 据新华社



太仓:“大病再保险”破解“因病致贫”难题

从2011年4月开始,江苏省太仓市通过引入商业保险运作机制,建立覆盖全民的大病补充医保制度,以基本医疗保险城镇职工每年50元,居民医疗保险每人每年20元的标准,利用社会医疗保险结余的统筹基金,公开招标向商业保险公司购买大病补充医疗保险,对大额自负医疗费用进行再次补偿。这个项目被当地老百姓称作“大病再保险”。

通过一年的实践,太仓的“大病再保险”制度取得良好效果。百姓的医疗费用实际报销比例明显提高,医保基金的效应得到放大,群众重大疾病的救治有了保障。据统计,2011年太仓市住院医疗总费用超过15万元的有217人,实际报销比例普遍达到80%以上。

左图 太仓市人社局医保大厅内张贴的“再保险”待遇享受工作流程(8月14日摄)。 新华社发

城镇职工医保覆盖1350万人,居民医保覆盖260万人,147.2万市郊农民参加新农合

上海: 报销比例逐年提高 大病重病更有保障

本报讯(首席记者 施捷)经过多年制度完善,本市城镇职工医保、居民医保、新型合作医疗的覆盖人群不断扩大,报销比例逐年提高,对大病、重病的保障更成为重中之重。记者今天上午从市医保办、市卫生局方面了解到,迄今为止,本市城镇职工医保覆盖人群为1350万,居民医保覆盖约260万人,另有147.2万市郊农民参加了新型农村合作医疗。

目前本市城镇职工医保政策范围内住院费用超过起付线以上部分,在职职工报销比例为85%,退休职工报销达92%,总体报销比例约

85%;门诊按照职退状态、年龄及就诊医院等级等情况,个人账户段和自负段以外部分费用,由医保基金按一定比例报销,最低报销50%,最高为90%,目前总体报销比例超过80%。

本市在最初建立城镇职工医保时,就专门设置了门诊大病医保项目,对门诊肾透析、肾移植抗排异、恶性肿瘤化疗、放疗、中草药治疗以及重症精神病的医疗费用,在职工医保支付85%,退休职工医保支付92%。同时,本市职工医保统筹基金最高支付限额达到28万元,超过部分仍可报销80%。另外,本市还实施医

保综合减负政策,对参保人员年自负医疗费累计超过其年收入一定比例的部分,由医保基金报销90%。因此,本市城保在基本医保制度层面医保支付待遇水平相对较高。

在居民医保方面,目前本市居民医保门诊急支支付比例,起付线以上部分,按一、二、三级医院报销比例分别为65%、55%、50%;住院按不同人群,起付线以上部分费用,报销比例从55%至85%,总体支付水平为70%。并且居民医保不设统筹基金最高支付限额。对生活困难人群由政府给予一定补贴。

已连续运作50余年的本市农村

合作医疗,目前的参合率高达99%,包括各级政府补助在内的筹资标准今年预计为年均1100元左右,继续保持全国领先,并致力于构建“门诊保小病、住院保中病、大病减负保重病”的补偿体系,不断缩小城乡差距。以2011年为例,全市新农合住院政策范围内补偿比例平均达70%,最高支付限额达到上年辖区农民人均可支配收入的6倍,且不低于6万元。

本市新农合还特别关注大病、重病,实施大病减负,自2006年起将住院和门诊大病高额医疗费用全部纳入重大疾病范围,通过建立大病减负基金,对享受住院基本医

疗补偿的高额医疗费用患者给予二次补偿。去年又进一步优化制度设计,加大保障力度,将住院及门诊大病基本医疗补偿比例提高为社区卫生服务中心80%、二级医院70%和三级医院50%,同时降低大病减负门槛,扩大减负受益面。参合农民经新农合基本医疗基金补偿后,当年累计自付政策范围内费用仍超过本辖区农民上年人均可支配收入的,对超出部分再给予70%补偿,大病减负封顶补偿8万元。加上基本医疗基金封顶补偿7至8万元,全年累计封顶补偿可达15万元以上。