

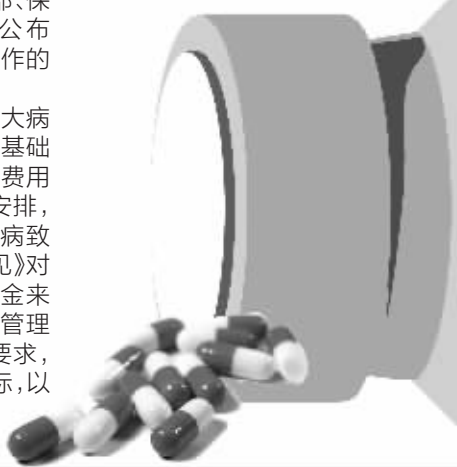
# 大病患者基本医保外还能再报销 个人实际负担费用起码补偿一半

“城乡居民大病保险指导意见”昨公布,要解决因病致贫、返贫问题  
意见要求政府通过招标引入商业保险机构,这一理念源自江苏“太仓模式”

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,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》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。

□新华社记者 孙铁翔  
现代快报记者 项凤华



## 城乡居民大病保险的保障内容

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%)

原则上医疗费用越高支付比例越高

制图 张冰洁

## 怎么筹资 从居民医保和 新农合基金中划资金

《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,提高大病保险的运行效率、服务水平和质量,形成政府、个人和保险机构共同分担大病风险的机制。

在城乡居民大病保险的筹资机制方面,《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。

### 权威解读

## 为解决因病致贫问题 不额外增加个人负担

新华社记者:为什么此时出台关于城乡居民大病保险的文件?

国务院医改办公室主任孙志刚:截至2011年底,城乡居民参加三项基本医保人数超过13亿人。

但人民群众患大病发生高额医疗费用后个人负担仍比较重。同时,基本医保基金存有结余,累计结余规模较大。因此,有必要设计专门针对大病的保险制度。

新华社记者:城乡居民大病保险要解决什么问题?

国务院医改办公室主任孙志刚:开展大病保险,目的是要解决群众反映强烈的“因病致贫、因病返贫”问题。

大病保险的保障对象为城镇居民医保、新农合的参保人,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。

## 如何保障 个人实际承担费用 补偿不低于一半

在城乡居民大病保险的保障内容方面,《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。

高额医疗费用,可以个人年度累计负担的合规医疗费用超过当地统计部门公布的上一年度城镇居民人均可支配收入、农村居民人均纯收入为判定标准。合规医疗费用,是指实际发生的、合理的医疗费用(可规定不予支付的事项)。

去年江苏城镇居民政策范围内住院费用报销比例达70%,但如果算上政策范围外的费用以及进入分段报销前需要个人先承担的起付标准,报销比例肯定达不到70%。国家大病保险新政出台,假设医保帮忙报销了70%,那么30%的自付部分以及报销范围外无法刷医保卡的自费部分,还能再报销一半。

根据规定,以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。

### 权威解读

## 非基本治疗必需项目 不列入报销范围

国务院医改办公室主任孙志刚: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,各地城镇居民人均可支配收入或农民人均纯收入,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。

## 谁来承办 引入商业保险机构 自负盈亏免营业税

在城乡居民大病保险的承办方式方面,《意见》指出,地方政府卫生、人力资源社会保障、财政、发展改革部门制定大病保险的筹资、报销范围、最低补偿比例,以及就医、结算管理等基本政策要求,并通过政府招标选定承办大病保险的商业保险机构,中标后以保险合同形式承办大病保险,承担经营风险,自负盈亏。商业保险机构承办大病保险的保费收入,按现行规定免征营业税。

承办大病保险的商业保险机构必须具备以下基本条件:符合保监会规定的经营健康保险的必备条件;在中国境内经营健康保险专项业务5年以上,具有良好市场信誉;具备完善的服务网络和较强的医疗保险专业能力;配备医学等专业背景的专职工作人员;商业保险机构总部同意分支机构参与当地大病保险业务,并提供业务、财务、信息技术等支持;能够实现大病保险业务单独核算。

针对大病保险的监管工作,国务院医改办负责人说,一方面要加强对商业保险机构承办大病保险的监管,另一方面,还要强化对医疗机构和医疗费用的管控。同时,要建立信息公开、社会多方参与的监管制度。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。

### 权威解读

## 能加强对医疗费制约 增强抗风险能力

新华社记者:为什么由商业保险机构承办?

国务院医改办公室主任孙志刚:以往,基本医保经主要是行政事业单位直接经办,也有地方委托一些专业机构提供部分环节的服务。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,加强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。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。

### 新闻延伸

## 设计理念 来源于“太仓模式”

昨天,现代快报记者从江苏省人社厅了解到,这份衔接基本医保与商业保险的文件,引进了江苏的“太仓模式”,即“大病再保险”。

“通过大病保险提高大病患者的报销比例,意味着医保要在普惠基础上实现特惠,向大病患者倾斜,减少他们因病致贫的风险。”昨天傍晚,太仓市人社局局长陆俊接受了现代快报记者的采访,他介绍说,去年7月他们通过公开招标,与人保签订了“太仓大病再保险”项目,在不增加参保人员缴费的前提下,对享受基本医保报销后剩余的住院个人付费部分,给予“二次补偿”。太仓医保中心按职工每人每年50元、居民每人每年20元的保费标准,向人保健康一次性缴费购买大病保险。大病保险项目的资金来源则为社会医疗保险基金的结余,基金不足时由财政补齐。

“我们的大病保险报销,实行分级累进补偿,即参保群众医疗费用经过基本医保报销后,由大病保险按53%~82%的比例分段报销,费用越高、报销比例越高,上不封顶。”陆俊表示,目前太仓已有2604名住院的大病患者享受到了大病保险补偿,占当地医保参保人员的千分之四,其中住院费用超过15万元的有207人,他们的实际报销比例几乎都在80%以上。有名58岁的癌症患者,他单次住院医疗费用47.8万元。医保政策范围报销32.2万元,实际报销比例为67%,然后享受补充保险后又报了10.4万余元,最后实际报销比例达到89%。而此前,有不少大病所需的药物都属自费项目,患者报销比例仅50%,甚至低于当地医疗费用报销的平均水平。

此外,从刚刚闭幕的江苏省社会保障体系建设经验交流会上,现代快报记者了解到一个重要信息,江苏将探索建立重大疾病保障办法,进一步减轻参保群众的医疗费用负担。

省人社厅有关负责人表示,下半年江苏将完善医疗费用二次补偿机制,即医疗费个人负担较重的参保患者,到年底再报销一次。

江苏还将实现医保与民政救助的有效衔接,凡符合救助条件的对象,在享受完医保报销后,还可以再到民政部门享受大病救助。“江苏设了一个目标,确保十二五期间,有效控制医疗费用不合理增长,将个人自付费用比例控制在30%以内。”