

# “大病保险”来了：年内覆盖全省

年度封顶线：20万元，城镇居民基本医疗保险和新农合的参保人群不必再缴费即可受益

城乡居民因病致贫、因病返贫的现状将得到有效缓解。省政府办公厅近日印发《湖南省城乡居民大病保险实施方案》(以下简称《方案》),提出2015年底前大病保险覆盖全省所有城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗参保(合)人群。只要参加了城镇居民基本医疗保险或者新农合的人群,同步就参加了大病保险,不必再办理参保手续,也不必再缴费。

■记者 洪雷 实习生 谈馨

## 覆盖人群

### 参加城镇居民医保或新农合者

据省卫生计生委体制改革处王湘生处长介绍,城乡居民大病保险(以下简称“大病保险”)是基本医疗保障制度的拓展和延伸,是对参保人患高额医疗费大病,经基本医疗保险报销后需个人负担的合规医疗费用,给予“二次报销”。

2013年,我省在部分市州开展大病保险试点,今年全省全面推开大病保险。

按照规定,大病保险保障对象为城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡居民基本医疗保险(以下统称城乡居民基本医保)的参保人群。据介绍,目前城镇职工医保报销比例比较高,最高支付限额也较高,不在所属范围。

## 界定标准

### 不按病种 按费用界定

《方案》明确,以发生的高额医疗费用作为“大病”的界定标准。也就是说,参保人患病发生医疗费用,经城乡居民基本医保报销后,个人负担的“合规医疗费用”,超过所在市州确定的大病保险补偿起付线,即可进行大病保险补偿。

王湘生告诉记者,湖南省新农合重大疾病保障是从病种起步的,包括儿童白血病、先天性心脏病、终末期肾病等24种疾病,按照《方案》界定的“大病”,意味着大病保险的保障范围超出这24种疾病,这对于减少或者防止居民因病致贫返贫将有更大的帮助。

此次大病保险扩大了合规医疗费用范围。包括《国家基本药物目录》(2012年版)、《湖南省基本药物目录》(2011年版)、《湖南省新型农村合作医疗基本药品目录》、《国家基本药物湖南省增补品种目录》(2011年版)的药品费用,以及经有关部门批准同意已纳入城乡居民基本医保支付范围的医院制剂的药品费用、《湖南省城镇职工基本医疗保险诊疗项目范围》、《城镇职工基本医疗保险医疗服务设施支付标准》的费用。



### 受益人群

- 城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗参保人群

### 什么是“大病”

- 个人负担的“合规医疗费用”,超过大病保险补偿起付线,即可享受大病保险补偿

### 什么是大病保险

- 是在基本医疗保险的基础上,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

### 名词解释

**合规医疗费用**

- 在“城乡居民医保目录”内产生的医疗费用

**城乡居民医保目录**

- 《国家基本药物目录》(2012年版)
- 《湖南省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》(2011年版)
- 《湖南省新型农村合作医疗基本药品目录》
- 《国家基本药物湖南省增补品种目录》(2011年版)
- 《湖南省城镇职工基本医疗保险诊疗项目范围》
- 《城镇职工基本医疗保险医疗服务设施支付标准》

**大病保险补偿起付线**

- 由各市州确定,原则上起付线标准不高于本地区统计部门公布的上一年度城乡居民人均可支配收入
- 低保困难群众大病保险补偿起付线降低50%

## 起付线

### 不高于上年度人均可支配收入

大病保险补偿起付线是能否进入大病保险的一个“门槛线”。《方案》规定,大病保险补偿起付线由各市州确定,原则上,起付线标准不高于每个市州统计部门公布的上一年度城乡居民人均可支配收入。简单来说,当个人自付部分超过这个额度,就可能导致家庭灾难性医疗支出,这个病就是大病,这个额度就是大病保险补偿起付线。

为切实缓解因病致贫和返贫的问题,“大病医疗”对低保困难群众还有倾斜,低保困难群众大病保险补偿起付线降低50%。《方案》以力争避免城乡居民发生家庭灾难性医疗支出为目标,确定了大病保险对合规的高额医疗费用的实际补偿比例不低于50%。也就是说,大病患者在基本医保报销后仍需个人负担的合规医疗费用,再给予实际50%以上的费用报销。

## 报销费用

### 年度封顶线20万元

记者了解到,按医疗费用高低分段制定补偿比例,个人自付的医疗费用越高,补偿的比例越高。具体为:3万元(含)以内部分,报销50%;3万元以上至8万元(含)部分,报销60%;8万元以上至15万元(含)部分,报销70%;15万元以上部分报销80%,年度累计补偿金额不超过20万元。

举例来说,如果一个参合农民,大病共花了15万元,假定基本医保报销了9万元,个人需支付的医疗费用还有6万元,其中合规医疗费用为4.7万元。根据政策设计,若大病保险的起付线为1万元,起付线以上的3.7万元分两段报销。3万元可以报销50%,即报销1.5万元;0.7万元可报销60%,即0.42万元,加起来“大病保险”实际可再报销1.92万元。加上基本医保最初报销的9万元,患者一共报销达10.92万元,实际报销比例达到72.8%。

王湘生表示,分段累计报销一方面是方便群众一个年度内的医药费用可累计报销,另一方面是为了防止过度医疗。

## 报销方式

### 一个自然年度费用可累计

《方案》明确,对参保人员一个自然年度内个人负担的合规医疗费用,累计超过大病保险起付线以上费用,原则上分4段累计补偿。

通俗来说,就是一个自然年度(当年1月至12月内),可以单次报销,也可以累计起来一起报销。例如,当第一次住院并没有达到起付线,不能进行大病报销补偿,但第二次住院又花费了不少钱,这时就可以累计2次的合规医疗费用一起进行报销。

专家表示,不管是单次还是一年累计报销,实际报销的数额差别不大。每个人可根据自己的病情来选择,不需要多次住院治疗,可选择单次报销;需要多次住院且每次自付费用达不到高额费用标准的,可年底一起结账。

为了方便参保群众报销,商业保险经办机构将与城乡居民基本医保经办机构建立联合办公机制,并在省、市、县级城乡居民基本医保经办机构服务大厅,设立大病保险服务窗口,参保人员只要提供相关资料,就可以一站式轻松报销了。

## 实施时间

### 年内实施 系统自动追溯

王湘生特别提醒,城乡参保居民个人不用再缴费用,资金从城乡居民医保年度筹资时新增的政府资金中提取,也可用城镇居民医保和新农合结余基金,或从城乡居民医保基金中划拨一定比例(或额度)。

我省要求,方案下发后,各地将抓紧制定本地区的具体实施方案,做好相关测算和各项准备工作,确保2015年底前全面推开。

只要是2015年度内的医疗费用,符合大病保险政策的,计算机系统都会自动追溯算出来,承办大病保险的商业保险机构会主动通知您办理报销手续。

## 制度连线

### 多种制度打“组合拳”

当然,大病保险还不能确保每位重病患者能彻底减负,极少数低收入或发生巨额医疗费用的人,还可能面临困境。对此,《方案》明确提出,要加强不同保障制度衔接。比如,做好基本医保、大病保险、医疗救助、疾病应急救助、商业健康保险及慈善救助等制度间的互补联动。对经大病保险支付后自付费用仍有困难的患者,民政等部门将及时落实相关救助政策。这种“组合拳”,将更有效地构建起一个全方位的、厚实的医疗保障网。

### 报销方式

- 一个自然年度(当年1月-12月内)费用累计都可报

### 到期重报?

省、市、县或城乡居民基本医保经办机构服务大厅的人病保险服务窗口,一站式报销

### 额外缴费吗?

- 个人不再缴任何费用

### 能报多少?

- 对合规的高额医疗费用的实际补偿比例不低于50%
- 个人自付的医疗费用越高,补偿比例越高

报销比例: 50% (3万), 60% (8万), 70% (15万), 80% (15万以上)

年度累计补偿金额不超过20万元

### 还有困难,怎么办?

民政等部门将及时落实相关救助政策

■制图/陈琼元