

沈阳市医疗保障局文件 沈阳市财政局文件

沈医保发〔2019〕150号

关于印发沈阳市城乡居民大病保险 管理办法的通知

各区、县(市)医疗保障(分)局、财政局,各有关单位:

现将《沈阳市城乡居民大病保险管理办法》印发给你们,请遵照执行。



沈阳市医疗保障局



沈阳市财政局

2019年12月31日

沈阳市城乡居民大病保险管理办法

建立与城乡居民基本医疗保险相衔接的大病保险制度,在全市范围内统一覆盖范围、筹资标准、保障待遇、经办规程、资金管理。

一、保障对象

凡是参加城乡居民医保的参保居民均属于我市城乡居民大病保险(以下简称居民大病保险)保障人群范围。

二、筹资标准

居民大病保险筹资标准由市医疗保障局会同市财政局按照国家 and 省有关规定,结合本地实际合理确定,并根据居民大病保险基金的运行情况实行动态调整,报市政府批准后公布、实施。

三、资金来源

居民大病保险资金来源于城乡居民基本医疗保险基金。结余不足或没有结余时,将通过提高城乡居民医保年度筹资标准来统筹解决。

四、起付标准

居民大病保险起付标准,根据市统计部门公布的上年度城乡居民年人均可支配收入的50%确定,即对基本医疗保险报销后,个人负担的合规医疗费用累计超过起付标准以上部分,由居民大病保险按比例予以报销。2020年度,居民大病保险起付标准为

15000 元。

五、保障范围

参保人员在参保年度内,单次或多次门(急)诊抢救、住院,累计发生的符合基本医疗保险政策规定范围内个人自付且超过居民大病保险起付标准线的医疗费用,均属于居民大病保险待遇保障范围。具体包括:

(一)基本医疗保险统筹基金最高支付限额内个人自付部分(不含乙类超限价部分、规定不计入大病保险起付线累计的乙类药品个人自付部分)。

(二)超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上部分的符合基本医疗保险政策规定支付的医疗费用。

下列费用不纳入居民大病保险统筹基金支付范围:

(一)应当由工伤保险基金中支付的;

(二)应当由第三人负担的;

(三)应当由公共卫生负担的;

(四)在境外就医的。

六、支付比例

(一)在参保年度内,在本市因急危重症抢救、住院发生的符合大病保障范围的医疗费用,年累计达到我市居民大病保险起付标准以上部分,均按照个人自付医疗费用累计档及相应递增比例进行支付,不设封顶线。超过起付标准以上 5 万元(含 5 万元)以下的支付比例为 60%,5 - 10 万元(含 10 万元)的支付比例为

65% ,10 万元以上的支付比例为 70%。

其他超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额后发生的基本医疗保险门诊规定病种、中医优势病种等医疗费用,由大病保险基金支付,按照基本医疗保险相关政策执行。

(二)在校学生及非在校未成年人因患白血病(含放化疗及干细胞移植)、先天性心脏病(含手术治疗)、再生障碍性贫血、血友病(包含各种常规治疗)、脑瘫(仅限于手术治疗)、先天性耳聋(仅限于人造耳窝植入术)六种疾病就医时,符合基本医疗保险政策规定范围内个人自付的医疗费用,不设立居民大病保险起付标准,居民大病保险支付比例为 90%。因患其它疾病的居民大病保险支付比例与本项第(一)条规定的支付比例相同,设立居民大病保险起付标准。

1. 关于“白血病含放化疗及干细胞移植、先天性心脏病含手术、再生障碍性贫血及血友病包含各种常规治疗”是指就医第一诊断为白血病、先天性心脏病、再生障碍性贫血、血友病的参保人员。

2. 关于“脑瘫仅限于手术治疗”,是指患有先天性脑瘫实施手术治疗的参保人员。

3. 关于“先天性耳聋仅限于人造耳窝植入术”,是指患有先天性耳聋的参保人员,实施人造耳窝植入术所产生的医疗费用(人造耳窝费用除外)纳入基本医疗保险统筹基金支付范围,个人自付费用列入大病保险补偿范围。其中被市残疾人联合会列入救助

对象的人员的人造耳窝费用,由市残疾人联合会承担,未被市残疾人联合会列入救助对象的人员的人造耳窝费用,由大病保险最高补偿单侧耳朵5万元、双侧耳朵为10万元,余额由个人承担。

(三)按照《转发关于开展儿童血液病、恶性肿瘤医疗救治及保障管理工作的通知》(沈卫联发[2019]41号),再生障碍性贫血等10种儿童血液病、恶性肿瘤的患儿大病保险起付线降低50%,支付比例提高到70%,不设封顶线。其中与本项第(二)条中重复的疾病仍按照第(二)条规定标准执行。已享受医疗救助的人员不重复享受此待遇。

(四)外地就医居民大病保险补偿比例按照异地就医相关规定执行,其余政策按照本文件执行。

(五)本项第(一)条参保人员在医院持卡就医直接结算实现待遇,第(二)、(三)条参保人员每次就医时,先按分段累计递进比例补偿后,再由参保人员或家属持身份证原件及复印件、医保卡及就医手册原件及复印件、病历复印件、医疗费用明细、医疗收据等凭证到承办大病保险的商业保险机构进行二次手工结算、差额补偿待遇。

七、承办及运行管理

(一)坚持公开、公平、公正和诚实信用的原则,通过政府招标选定商业保险机构承办大病保险业务,合作期限原则上为3年。市医疗保障局与中标的商业保险机构签署保险合同,保险合同每年一签。合同中应明确双方的责任、权利和义务、风险机制等具体

内容。因违反合同约定或发生严重损害参保人员权益情况的,合同双方可以终止或解除合作,并依法追究法律责任。

(二)遵循收支平衡、保本微利的原则,合理控制商业保险机构运营成本及盈利率。商业保险机构的运营成本为当年居民大病保险筹资额的3%,盈利率控制在当年居民大病保险筹资额的1.5%以内,具体比例根据招投标结果在合同中载明。

建立大病保险业务收支结余和政策性亏损的动态调整机制。对当年大病保险基金收支结余,由商业保险机构返还城乡居民基本医保基金;因城乡居民基本医保政策调整等政策性原因造成当年大病保险基金收支缺口,由城乡居民基本医保基金和商业保险机构分摊,具体分摊比例根据招投标结果在合同中载明;非政策性原因造成当年大病保险基金收支缺口,由商业保险机构承担。

(三)居民大病保险资金由市医疗保障事务服务中心每年一季度按当年1月末参保人数计算的当年总保费85%进行划拨,未划拨的保费在次年一季度清算后,进行一次性划拨。

八、监督管理

(一)商业保险机构应加强管理,控制风险,降低管理成本,提高偿付能力,提升服务质量,维护参保居民的合法权益。承办居民大病保险业务的保费实行单独核算、专帐管理,确保资金安全和偿付能力;严格规范资金管理,每月5日前应向市医保经办机构报告上月的居民大病保险补偿情况,每年一季度应向市医保经办机构呈报上一年度的居民大病保险资金盈余情况;做好居民大病保险

的统计分析和资金支出预测,定期向市医疗保障局、市财政局报送有关财务报告及居民大病保险数据,配合开展运行监测分析,并接受市医疗保障局、市财政局、市审计局的监督检查;加强参保人员个人信息安全保障,防止信息外泄和滥用。

(二)定点医疗机构应按照我市医疗保险有关规定,向参保人员提供合理的医疗服务,并配合市医疗保障局和商业保险机构做好居民大病保险的宣传解释工作。

九、本办法自 2020 年 1 月 1 日起施行。此前已发布实施的涉及我市城乡居民大病保险待遇标准等相关文件,与本办法规定不符的,以本办法为准。

