《城乡居民大病保险管理办法》

起草说明

一、起草背景

因城乡居民基本医保政策已统一，而原新农合大病保险和城镇居民大病保险政策存在，须同步统一城乡居民大病保险政策，确保从2018年1月1日起，城乡居民享受同样的基本医保、大病保险政策待遇。

二、起草依据

（一）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）；

（二）省人社厅等六部门《关于全面实施城乡居民大病保险有关问题》（川人社发〔2015〕47号）。

三、起草过程

根据国务院和省关于城乡居民大病保险有关政策文件精神，参考原城镇居民大病保险、新农合大病保险政策待遇，借鉴其他市州的城乡居民大病保险情况，市人社局拟订了《绵阳市城乡居民大病保险管理办法（征求意见稿）》，分别书面征求了县市区、园区、市医保局，以及市卫计委、市财政局、市民政局、市审计局和市保险行业协会意见建议，根据反馈的建议意见进行了研判，对相关建议意见进行吸收采纳。随后按要求开展公众参与、风险评估等工作，形成了此稿。

四、主要内容

《办法》分总则、筹资机制、保障内容、经办管理与费用结算、监督管理和附则共7章，从大病保险遵循原则、专项筹集、资金安排、保障对象、保障标准、保障范围、承办方式、合同管理、承办要求、报销方式、保费划拨、职能职责、监管控费、责任追究、争议处理等共22条，对相关内容进行阐述和明确。

五、本办法与原新农合大病保险、城镇居民大病保险起付线和报销内容的变化对比说明

**（一）提高了起付线。**原来新农合大病保险和城镇居民大病保险的起付线均为8000元，本办法设置为1万元。主要考虑：**一是**8000元的起付线已经执行了3年，且新农合大病保险和城镇居民大病保险赔付增幅较快，大病保险筹资标准增幅也较快。根据三年来城镇居民、农村居民大病保险开展情况，尤其是对医保扶贫的补偿情况，大病保险基金支付压力大幅增加，部分县区农村居民大病基金甚至出现收不抵支的情况，需要通过提高起付线，来缓解筹资压力，降低大病保险基金支付风险。**二是**根据国家和省对起付线设置的规定“参照当地统计部门公布的上一年度城镇居民、农村居民年人均可支配收入确定大病保险的起付标准，并根据城乡居民收入变化情况，建立起付标准动态调整机制”。如果采用国家和省文件用上年全市城镇居民或者农村人均可支配收入为起付线（2016年绵阳市城镇居民人均可支配收入为29407、农村居民人均可支配收入为13504元），则调整太大，也将导致参保居民待遇报销实际获得感降低，恐引发参保居民不满和信访。**三是**其他市州的大病保险起付线7000-1.2万元之间。综合研判，将大病保险起付线设置为1万元，既符合国家省政策、也符合社会经济发展实际，和其他市州相比居中，不会引起参保居民的太大反应。

**（二）调整了分段报销比例**

**1.政策对比。**原来城镇居民大病保险普通住院报销部分政策为：起付线以上至2.8万元报销50%、2.8万-4.8万报销60%、4.8-6.8万报销70%、6.8万元以上报销80%，普通住院大病保险每年限额5万元；超过基本医保最高支付限额的合规医疗费用，按照50%报销，不设封顶线；患尿毒症、肺癌、食道癌、胃癌等20种重大疾病的由基本医保报销后的合规医疗费用，由大病保险报销50%，不设封顶线。新农合大病保险的政策是：起付线至2万元报销55%、2-5万报销65%、5-10万报销75%、10万以上报销85%，不设封顶线。

**2.调整结果。**本办法中，沿用了新农合大病保险的报销政策，同时也参考了其他市州的报销政策。即只设置分段报销政策，取消超过基本医保封顶线后的报销政策、重大疾病报销政策。具体设置为起付线以上至3万报销50%、3-6万报销60%、6-10万报销70%、10万以上报销80%。不设封顶线。

**3.调整原因。**一是原城镇居民大病保险设置了报销的小封顶，且报销后重新计算起付线，虽一定程度上结余大病基金，但未完全起到减轻居民罹患大病负担的作用。二是新农合大病保险和其他市州的大病保险政策，均只有分段设置报销比例报销内容，未设封顶线。三是根据医保系统2015-2016年的城镇居民医保数据（附后），测算得出的有关数据，设置本办法的分段报销，计算得出的大病保险筹资标准与省内市州相比差别较小，基金也可承受。

六、意见采纳情况

共收到15条建议意见，其中卫计委1条、财政局4条、审计局7条、医保局1条、县市区2条，采纳和部分采纳14条，1条未采纳，具体附后。

市级相关部门及局系统对《**绵阳市城乡居民大病保险管理办法**（征求意见稿）》的意见建议汇总表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 部门 | 建议意见 | 采纳情况 |
| 市卫计委 | 建议对建档立卡贫困人口的大病保险予以一定政策支持。 | 部分采纳（单独出台建档立卡贫困人员医保倾斜政策） |
| 市民政局 | 无意见 |  |
| 市财政局 | 1.建议第二章第六条明确“合作期限内上调幅度不能超过40%”  2. 第八条，建议将第三章第八条中“不设最高支付限额”修改为“原则上不设最高支付限额”。  3.第十条，建议在“通过公开招标选定。。。。。”前增加市人力资源社会保障部门。  4.第十七条监管控费部分，“通过商业保险机构审核的违规医疗费用，由医保经办机构所在地财政按10-20%的比例安排奖励经费”建议修改为“通过商业保险机构审核的违规医疗费用，由医保经办机构所在地财政按10%的比例安排奖励经费” | 1.采纳  2.不采纳，单独请示过省人社厅医保处，要求城乡居民大病保险不设置最高支付限额，且其他市州均未设置。  3.采纳  4.采纳 |
|  |  |  |
| 市审计局 | 1.建议将第六条“。。。年上调幅度不超过20%”调整为“。。。年度上调幅度不超过20%”；  2.建议将第八条“。。。由大病保险资金按表中比例进行分段进行支付”调整为“。。。由大病保险资金按本办法规定比例进行分段支付（见下表）”；  3.建议将第九条“。。。具体包括”修改为“。。。是指”；  4.建议将第十条“承办方式。原则上通过公开招标选择。。。。。”修改为“承办方式。通过公开招标选择。。。。”  5.建议将第十二条中增加约束中标承办大病保险的商业保险公司清算行为的内容，避免保险公司履行合同过程中不及时向医保经办机构提供理赔资料，医保经办机构无法掌握大病保险报销的详细情况，散失管理监督基础条件。  6.建议将第十六条“审计部门负责对基金管理和使用实行全程审计监督”修改为“审计部门依法对基金管理和使用情况进行审计监督”；  7.建议将十八条“违法处理”修改为“责任追究”。 | 全部采纳 |
| 市保险行业协会 | 无意见 |  |
| 县市区、园区人社部门 | 1.建议对建档立卡贫困人员进行政策倾斜  2.建议增加“商业保险机构每月向县市区医保经办机构报送大病保险赔付报表” | 1.部分采纳（单独出台建档立卡贫困人员医保倾斜政策）  2.采纳 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.2015年-2016年数据测算表**  **（按8千元和1万元分别作为起付线测算）** | | | | | | | | |
| 统计范围：全市城镇居民基本医保 | | |  | |  | | 单位：万元、人 | |
| 年度 | 起付线、自付费用（比例自付+特种自付）费用当年单次或累计超0.8万元/1万元部分 | | | | | | | |
| 分段  （万元） | 该段发生费用  （万元） | | 发生人次  （人） | | 补充医保 报销比例政策 | | 全年累计报销金额  （万元） |
| 2015年  （超**8000**元部分）  **参保人数76.5万** | 0.8-3（含） | 51670295.41 | | 3600 | | 50% | | 11435147.71 |
| 3-5（含） | 13574039.78 | | 359 | | 60% | | 7785423.86 |
| 5-10（含 | 8240292.91 | | 127 | | 70% | | 4244205.03 |
| 10以上 | 4238198.43 | | 24 | | 80% | | 2862558.74 |
| 人均筹资标准 | **34.41**元（按100%净赔付） | | | | 合计 | | **2633.03万元** |
| 34.42015年  （超**10000**元部分）  **参保人数76.5万** | 0.8-3（含） | 42720912.45 | | 2596 | | 50% | | 8380456.23 |
| 3-5（含） | 13574039.78 | | 359 | | 60% | | 7426423.87 |
| 5-10（含） | 8240292.91 | | 127 | | 70% | | 4117205.03 |
| 10以上 | 4238198.43 | | 24 | | 80% | | 2838558.74 |
| 人均筹资标准 | **29.75**元（按100%净赔付） | | | | 合计 | | **2276.26万元** |
| 2016年  （超8000元部分）  **参保人数83.04万** | 1-3（含） | 65333118.71 | | 4514 | | 50% | | 14610559.36 |
| 3-5（含） | 21856810.7 | | 586 | | 60% | | 12528086.42 |
| 5-10（含） | 11072123.49 | | 175 | | 70% | | 5650494.14 |
| 10以上 | 4906177.94 | | 33 | | 80% | | 3198942.35 |
| 人均筹资标准 | **41.8**3元（按100%净赔付） | | | | 合计 | | **3598.87万元** |
| 2016年  （超10000元部分）  **参保人数83.04万** | 1-3（含） | 54226750.48 | | 3271 | | 50% | | 10758375.24 |
| 3-5（含） | 21856810.7 | | 586 | | 60% | | 11942086.24 |
| 5-10（含） | 11072134.49 | | 175 | | 70% | | 5475494.14 |
| 10以上 | 4906177.94 | | 33 | | 80% | | 3165942.35 |
| 人均筹资标准 | **36.43**元（按100%净赔付） | | | | 合计 | | **3134.19万元** |

数据测算表

因新农合基药目录与医保目录差别较大，新农合数据参考性不大。故选取居民医保数据进行测算。

从上表数据，可以得出，起付线不能再按8千元确定，考虑到原来居民和新农合大病保险起付线均未8千元，已经执行了3年，按照国家和省大病保险文件精神，起付标准可以动态调整，且可参照上年度全市城镇居民或农村居民人均年收入作为标准，但考虑到我市城镇居民和农村居民年人均收入较高（其中农村居民2016年即达到13504元），与原来8千元比，显得过高。考虑到医疗费用的自然增幅以及基金筹资标准，建议城乡大病保险办法中暂按1万元确定，以后再跟进基金收支情况进行调整。从第四组数据可以得出，参保人员报销的集中在6万以内，靠到年均费用增幅，拟在表四的基础上，分段略作调整，即将3-5万、5-10万调整为3-6万、6-10万，可一定程度上减轻大病保险基金的压力。如下表：

**2.以2016年数据为例，按照1万元起付线，1-3万、3-6万、6-10万、10万以上又进行数据测算，得出如下表格：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2016年  （超10000元部分）  **参保人数83.04万** | 1-3（含） | 54226750.48 | 3271 | 50% | 10758375.24 |
| 3-6（含） | 26932498.33 | 679 | 60% | 10727499 |
| 6-10（含） | 5996446.86 | 82 | 70% | 3049512.802 |
| 10以上 | 4906177.94 | 33 | 80% | 3132942.352 |
| 人均筹资标准 | 32.16元（按100%净赔付） | | 合计 | **2766.82万元** |

考虑到2017年版医保目录报销药品数量达2500多种，且国家医保谈判的36种药品要纳入医保支付，基本医保基金和大病保险基金的支付将有较大增幅，但无法准确预测。从稳慎角度，建议按表2的分段和起付线执行，大病保险筹资标准不至于增长过快，对基本医保基金支付带来影响。