

情暖百姓谱新篇 大病保险解民忧

——我市率先探索建立健全城镇职工(居民)大病保险制度纪实

核心提示

大病“二次报销”、费用同步结算、委托经办等做法,有效地解除了大病患者的后顾之忧。这是城镇职工(居民)大病保险洛阳率先探索交出的精彩答卷。2012年国家发改委、卫生部等六部委出台《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》指出:城乡居民大病保险,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,是基本医疗保障制度的拓展和延伸,是对基本医疗

保障的有益补充。开展这项工作,是减轻人民群众大病医疗费用负担,解决因病致贫、因病返贫问题的迫切需要;是建立健全多层次医疗保障体系、推进全民医保制度建设的内在要求。2013年,我市被河南省政府列为全省城镇居民大病保险试点城市。实际上早在此意见出台前,洛阳市就已经开始积极探索城镇职工(居民)大病保险办法,这些探索受到国家人社部和省人社厅领导的高度肯定和广大参保居民的好评。

2000年12月,洛阳市城镇职工基本医疗保险制度启动实施,次年2月,建立了城镇职工大病救助保险制度。

2007年9月,洛阳市作为全国首批79个城镇居民基本医疗保险试点城市之一,建立了城镇居民基本医疗保险制度,并同步建立了城镇居民大病保险制度。

截至目前,全市城镇基本医疗保险参保人数202万,比国家要求的时间提前3年实现医保制度全覆盖,构筑了一张坚实的医疗保障网,实现了“人人享有医疗保障”的目标,解决了城镇职工(居民)的基本医疗保障需求。

近年来,我市在认真做好城镇职工(居民)医疗保险扩面征缴和待遇支付工作的同时,根据医保基金收支情况,调整提高了各项医疗保险待遇,大胆创新,积极探索,建立了多层次的医疗保障机制,采取了委托商业保险公司经办、社会保险经办机构与商业保险公司协议运作的模式,逐步探索建立了大病保险赔付运作机制,实现了“保基本”与“保重点”的有机统一,切实减轻了参保人员的医疗费用负担,努力化解了重特大疾病风险。

在这些事关群众切身利益的实惠里,城镇职工(居民)感受到的是党和政府的温暖,是实实在在的保障。一步一个坚实的脚步!更是城镇职工(居民)大病保险快速推进的“洛阳模式”。

先行先试 构建大病保险运行机制

早在2000年年底,我市就启动实施城镇职工基本医疗保险制度,为解决参保人员因患重特大疾病,医疗费用超出基本医疗保险最高支付限额以上,个人经济负担过重问题,市政府于2001年2月印发了《洛阳市城镇职工大病救助实施意见》(洛政办〔2001〕8号),首先在城区采取由政府组织,统一筹资标准,统一赔付比例,统一赔付限额,市社会保险经办机构与商业保险公司协议运作的模式,建立了大病补充医疗保险赔付运作机制。2001年城镇职工大病补充医疗保险筹资标准为每人每年45元,最高支付限额为15万元;2002年4月,我市实行了市属各县(市)大病医疗保险市级统筹。2005年调整为每人每年72元,最高支付限额为18万元。2011年调整为每人每年96元,最高支付限额为20万元。大病赔付范围与城镇职工基本医疗保险一致,具体内容是:在一个医疗保险年度内,参保人员住院发生的医疗费用,基本医疗和大病补充医疗保险按规定报销以后,个人自付3万元以上7万元以下部分,由大病保险再补助50%;7万元以上11万元以下部分,由大病保险补充医疗保险再补助60%;11万元以上15万元以下部分,再补助70%;15万元以上部分补助80%。对患20类重特大疾病住院的参保人员,在享受基本医疗和大病补充医疗保险政策规定报销及赔付后,个人自付3万元以下部分(符合基本医疗保险政策规定应由个人承担的医疗费用)累计超过上年度在岗职工社会平均工资10%以上部分,由大病保险再补助50%。综合现行的城镇职工大病保险政策,参保职工年度医保最多可报销46万元。

2007年9月,我市作为全国首批79个城镇居民基本医疗保险试点城市之一,启动了城镇居民基本医疗保险制度,并同步建立了城镇居民大病保险制度。我市城镇居民大病保险的发展过程走过以下三个阶段:

一是2007年9月至2011年12月,政策规定大病保险的缴费标准为:18周岁以上成年人每人每年缴

费30元、60元、90元,年度最高支付限额分别为3万元、5万元、7万元;学生、未成年人以及被征地农民每人每年缴费10元,年度最高支付限额为3万元。报销范围和比例:超过城镇居民基本医疗保险基金最高支付限额以上部分,支付比例、目录范围与城镇居民基本医疗保险一致,在三级、二级、一级医院的报销比例分别为60%、70%、80%。

二是按照“新医改”要求,城镇居民基本医疗保险基金年度最高支付限额要提高到当地上年城镇居民人均可支配收入6倍以上,从2012年1月1日起,我市城镇居民基本医疗保险基金年度最高支付限额由6万元提高至12万元,政策规定:参保居民自愿参加城镇居民大病保险,18周岁以上成年人每人每年缴费30元,学生、未成年人以及被征地农民每人每年缴费10元。在参保居民单次住院发生的医疗费用中,属统筹基金支付范围内的部分,在统筹基金按比例支付后,其个人负担部分超过6000元的,由大病保险对超过部分按50%给予“二次报销”,年度最高支付限额16万元。

三是探索建立单次住院的“二次报销”政策与年度累计住院的“二次报销”政策相结合,进一步提高对重特大疾病患者的医疗保障水平。根据《河南省人民政府办公厅转发关于开展城乡居民大病保险工作实施意见(试行)的通知》精神,我市被确定为2013年城镇居民大病保险工作全省试点城市之一,经广泛征求各方面意见,市政府常务会议研究通过,将2014年城镇居民大病保险政策调整为:从城镇居民医保年度筹集基金中提取6%的额度作为大病保险资金。

2014年城镇居民基本医疗保险个人缴费标准为一般居民每人每年150元,各类在校学生、18周岁以下未成年人及被征地农民每人每年40元,优抚对象和低收入家庭60周岁以上的老年人每人每年90元,低保和重残人员个人不缴费,由财政补助缴费。全体参保人员可同时享受基本医疗保险和大病保险的各项待遇,基本医疗保险年度最高支付限额为12万元,大病保险年度最高支付限额为16万元。大病保险待遇为在参保居民单次住院发生的医疗费用中,属城镇居民基本医疗保险统筹基金支付范围内的部分,在基本医疗保险统筹基金按比例支付后,其个人负担部分超过8000元以上的部分,由大病保险资金对超过部分按50%的比例给予“二次报销”;参保居民个人年度多次住院发生的医疗费用,在基本医保及“二次报销”支付后,含年度累计负担的住院医疗费(含合规、合理的自费部分)超过2.5万元以上的部分,由大病保险资金对超过部分按50%的比例给予“再次报销”,大病保险资金年度最高支付限额为16万元。合规、合理的自费部分是指:1.临床对症治疗,直接用于患者基本治疗的必需的药品费用和诊疗项目费用;2.急救、抢救期间必需的药品费用和诊疗项目费用。

创新模式 减轻大病患者负担

建立城镇职工(居民)大病保险制度以来,为了解决参保人员报销环节多、垫付资金数额大、报销医疗费用时间长等问题,我市采取了费用同步结算、委托经办、大病“二次报销”等做法,有效地解除了大病患者的后顾之忧。

——优化结算办法,实现大病保险与基本医保同步结算、即时报销。2012年,市社保局针对以往大病保险赔付手续繁琐、赔付周期长、患者垫资多、负担重的问题,进一步优化了结算办法,对原有的医疗保

险计算机管理系统进行技术改造和升级,实行基本医疗保险和大病保险在定点医疗机构同步即时结算,参保住院患者出院时只需支付个人应负担费用部分,其余应由基本医疗保险统筹基金和大病保险赔付的部分,分别由社会保险经办机构和商业保险公司通过计算机网络与定点医疗机构直接结算,解决了大病患者垫资的困扰,实现了基本医疗保险与大病保险在定点医疗机构的同步结算、即时报销。

——实行委托经办,提高工作效率。为了方便参保职工、居民就医直接结算,市政府将在人社、卫生、民政部门分别管理的职工(居民)医保、新农合、城乡困难群众医疗救助待遇初审业务统一委托中国人寿保险洛阳分公司经办,在政府体制以外搭建了为民服务综合平台,实现一站式服务,减少了患者看病就医报销环节,受到群众欢迎。同时加强监管,确保委托经办质量。我市先后制定了社会医疗保险委托管理一系列制度和管理办法,形成了居民医保结算医院审核直补、商业保险初审、社保部门复审、审计部门审计、政府年度考核、广大群众监督等监管措施,保证了委托经办工作的健康发展,确保了患者大病医保报销经办质量。

——建立大病自付补助和“二次报销”制度。为解决职工大病报销问题,我市出台了职工医保大病保险补助政策,对包括患20类重特大疾病住院的参保人员的一个医疗保险年度内,参保人员住院发生的医疗费用,基本医保和大病医保报销后,采取按比例分段报销的办法,对医疗费用自付部分进行补助。城镇居民按照原有的大病保险政策,当基本医疗保险报销比例为60%时,参保患者合规的住院医疗费用额度在20万元以上的部分,才能得到大病保险的报销,而这样的患者不多且报销费用很少。从2012年1月1日起,我市及时调整了城镇居民大病保险的有关政策,对城镇居民基本医疗保险报销后个人负担的合规费用在6000元以上的部分给予“二次报销”,提高了大病保险报销额度。

——实行患者异地就医委托结算。我市在全省率先探索异地就医委托结算办法,与上海医疗保险中心签订了异地居住就医委托报销协议,从此避免了两地退休人员往来报销医疗费用的奔波之苦。此举开创了河南省异地居住就医结算的先例。在总结经验的基础上,我市与商业保险公司联手,利用其全国网络优势,先后在北京、天津、重庆、广州、沈阳、武汉、南京、哈尔滨、西安、深圳、福州、成都、长沙、长治等15个城市实现了异地就医基本医保和大病保险费用报销的同步结算,基本满足洛阳市参保人员异地居住和外转就医需求。

——提高学生、儿童重大疾病保障水平,确保不因病返贫。从2012年1月1日起,我市提高学生、儿童重大疾病保障水平,政策规定“18周岁(含18周岁)以下的参保城镇居民和各类在校学生患白血病或先天性心脏病的,住院时所发生的起付线以上进入统筹基金支付范围内的医疗费用,由城镇居民医保基金按90%的比例支付,个人负担10%”,真正起到了大病保险作用。

——积极探索建立单次住院的“二次报销”政策与年度累计住院的“再次报销”政策相结合,进一步提高对重特大疾病患者的医疗保障水平。我市在确定城镇居民大病保险“二次报销”的“大额起付线”时,是以参保患者单次住院发生的医疗费用为依据,在基本医保报销后,个人负担符合政策报销范围的合规医疗

费用超过8000元以上的部分,可以享受“二次报销”待遇。洛阳市2013年城镇居民人均可支配收入预计为25000元,农村居民年人均纯收入预计为8000元,因此,确定8000元的“大额起付线”相对来说还是比较低的。对于那些一年之内只住了一次院的参保患者而言,医疗费负担的减轻是实实在在的。可是,对于那些一年之内多次住院且每次住院个人负担不重,但年度累计负担比较重的参保患者,特别是重特大疾病患者,对其年度累计负担的医疗费(含自费部分)超过25000元以上的部分,再由大病保险资金按50%的比例给予“再次报销”,将会极大地减轻患者的经济负担。如果说“二次报销”政策是对全体大病患者的一种“普惠式”保障,那么对个人年度累计负担的医疗费总费用的“再次报销”,则体现了对重特大疾病患者的“照顾式”保障。

患者受益 解除就医后顾之忧

我市建立城镇职工(居民)大病保险制度,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。大病保险与基本医疗保险相得益彰,充分凸显城镇(职工)居民医疗保障制度的优越性,与《指导意见》中提出的“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”的精神高度一致。实行基本医疗保险和大病保险在定点医疗机构同步即时结算,参保住院患者出院时只需支付个人应

保障的有益补充。开展这项工作,是减轻人民群众大病医疗费用负担,解决因病致贫、因病返贫问题的迫切需要;是建立健全多层次医疗保障体系、推进全民医保制度建设的内在要求。2013年,我市被河南省政府列为全省城镇居民大病保险试点城市。实际上早在此意见出台前,洛阳市就已经开始积极探索城镇职工(居民)大病保险办法,这些探索受到国家人社部和省人社厅领导的高度肯定和广大参保居民的好评。

部分,由大额补充医疗保险按比例支付。参保儿童张某患先天性心脏病,2011年单次住院医疗费总额为11.5万元,其个人负担的自费药1万元、住院起付线300元(14岁以下儿童减半执行),符合医保政策范围的医疗费为10.47万元,按照三级医院住院医保60%的报销比例,医保统筹基金应报销6.28万元。但由于2011年基本医保封顶线为6万元,统筹基金实际报销6万元;大病保险对超过基本医保基金最高支付限额以上的部分,即0.47万元[(10.47万元-6万元)÷60%],按同比例给予报销,再次报销医疗费约0.28万元。两项合计报销医疗费6.28万元,报销比例为60%。个人实际负担5.22万元(自费药1万元、住院起付线300元、政策范围内个人负担4.19万元)。

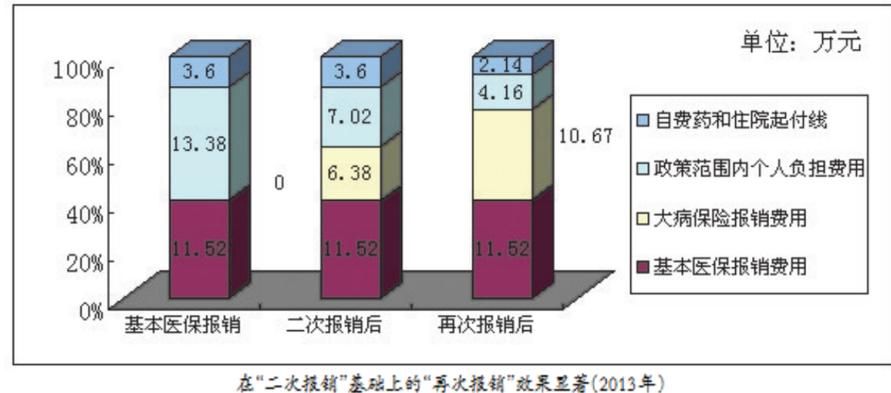
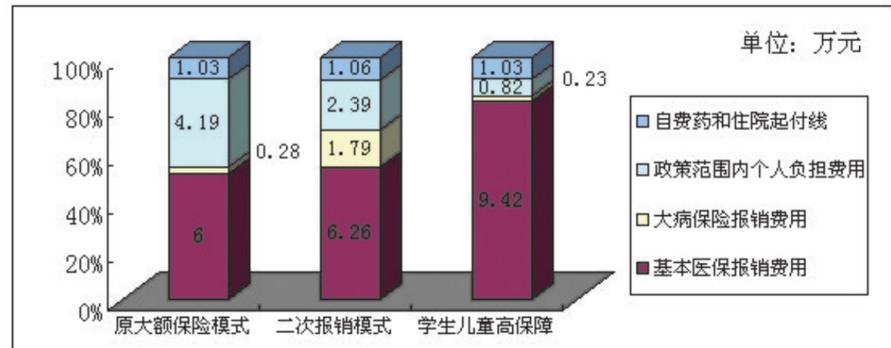
第二阶段:对个人负担医疗费超过6000元以上部分,大病保险按50%给予“二次报销”。参保居民赵某患先天性心脏病,2012年单次住院医疗费总额为11.5万元,个人负担的自费药1万元和住院起付线600元,符合医保政策范围的医疗费为10.44万元。按照三级医院住院医保60%的报销比例,统筹基金应报销6.26万元。由于2012年基本医保封顶线提高为12万元,统筹基金实际报销6.26万元;个人负担医疗费4.18万元,享受大病保险43434元(10.44万元-6.26万元-0.6万元)按50%给予二次报销,再次报销1.79万元(3.58万元×50%)。两项合计报销医疗费8.05万元,报销比例为

8.05%。两项合计报销医疗费9.65万元,报销比例为92.2%。个人实际负担医疗费1.85万元(自费药1万元、住院起付线300元、政策范围内个人负担0.82万元)。

第三阶段:在“二次报销”基础上的“再次报销”效果显著。按照2014年的城镇居民医保新政策,若参保居民宋某患白血病,其单次住院医疗费总额为28.5万元,除去应由患者本人负担的自费药和乙类药品个人多负担的10%部分后,按照三级医院住院医保60%的报销比例,基本医保统筹基金共报销医疗费11.52万元(自费药1万元、住院起付线300元、政策范围内个人负担4.19万元)。两项合计报销医疗费17.8万元,个人负担10.7万元(其中自费3.6万元),实际报销比例为62.5%。在此基础上,大病保险对个人负担超过2.5万元以上的部分,即8.2万元(10.7万元-2.5万元),按50%给予“再次报销”,又报销4.1万元(8.2万元×50%)。患者宋某三次共报销医疗费21.9万元,个人负担仅为6.6万元,实际报销比例高达76.8%。

据统计,2007年至2013年9月,全市城镇职工大病保险(市本级)累计征缴4.25亿元,累计支付3.77亿元,享受大病保险43434人(次),人均支付费用8680元。

5年城镇居民大病保险累计征缴3600万元,全市累计支付3428万元,享受大病保险2019人(次),人均支付费用16979元。



负担费用部分(含大病),其余应由基本医疗保险统筹基金和大病保险赔付的部分,分别由社会保险经办机构和商业保险公司通过计算机网络与定点医疗机构直接结算,使患者受益,极大地方便了参保患者,受到参保人员的普遍欢迎。

现从我市城镇职工(居民)大病保险报销的病例中摘录几例,可清晰看出大病保险报销比例不断提高,患者得到的实惠越来越多,改变了过去小病扛、大病拖的局面,如今得了大病,参保患者也敢看病,能看得起病了!

第一阶段:对超过城镇居民基本医疗保险基金最高支付限额以上

77.1%。个人实际负担3.45万元(自费药1万元、住院起付线600元、政策范围内个人负担2.39万元)。

学生、儿童重大疾病医保报销比例提高为90%。参保学生李某患先天性心脏病,2012年单次住院医疗费总额为11.5万元,个人负担的自费药1万元和住院起付线300元(14岁以下儿童减半执行),符合医保政策范围的医疗费为10.47万元。按照医保90%的报销比例,统筹基金应报销医疗费9.42万元。个人负担医疗费1.05万元,大病保险对个人负担超过6000元的部分,即0.45万元(10.47万元-9.42万元-0.6万元),按50%给予二次报

一分耕耘,一分收获。国家六部委联合发布的《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》,明确提出引入市场机制,通过采取向商业保险机构购买大病保险的方式,建立大病保险制度,减轻城乡居民的大病负担。如今洛阳已先行一步,经过10多年探索,城镇职工(居民)大病保险的“洛阳模式”日臻成熟,有效地减轻了城镇职工和城镇居民大病医疗费用负担,缓解了因病致贫、因病返贫的问题,提高了生活质量,提升了幸福指数,为构建和谐洛阳做出了应有的贡献。

(侯健 广卿 杨科 云翔)