

“大病医保”北京提前实现全覆盖

——北京大病保险解居民看病之困

□本报记者 闵丹 黄葵

本月初，国务院办公厅下发了《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》，明确指出要继续建立完善大病保险制度，并在今年年底前实现大病保险覆盖所有城乡居民基本医保参保人群，大病保险支付比例应达到50%以上。那么，北京的情况如何？报销的额度又是多少？本报记者走访了市人社局和卫计委，了解目前城镇居民大病保险和新型农村合作医疗中的大病保障情况。



大病保险运行两年

按照国家要求，本市自2013年建立了城镇居民大病保险制度，至今已经运行2年。截至目前，全市170余万参保城镇居民享受此项政策，4000余人享受城

居民大病保险不封顶

市人社局相关负责人介绍，在城镇居民大病保险制度建立之初，考虑到城镇居民参保者多是老人、孩子，残疾人等特殊群体，避免高额医疗费用导致因病致困，本市城镇居民大病保险

报销不需个人申报

为方便参保者，本市明确城镇居民大病医保患者再次报销医药费时，不用自己申报，符合条件的医疗费用由全市医保经办机构通过医保信息系统，自动审核办理，符合大病保险报销条件的参保者只需要等经办机

4000余名大病患者受益

据了解，2013年、2014年两年共有4026名参保城镇居民享受大病保险待遇，报销金额4482万元。参保的社会救助对象在城镇居民基本医疗保险、大

6项医疗自付可二次报销

2014年，北京城镇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，大病保险报销一年度结算一次。

目前本市大病保险的保障对象是参加本市城镇居民基本医疗保险的人员，主要是四大类人员，包括学生儿童、城镇老年人、无业居民、残疾人等。

参保人员享受当年城镇居民基本医疗保险待遇后，个人自付

镇居民大病保险“二次报销”，大大减轻大病患者的医疗负担。本市城镇居民大病保险的保障对象是参加本市城镇居民基本医疗保险的人员，实行全市统筹，个

以发生高额医疗费用作为“大病”的界定标准，同时报销按照上不封顶的原则设计，城镇居民大病保险实行“分段计算、累加支付”，门诊和住院费用在城镇居民基本医疗保险报销后，个人

构的通知即可。各区县医保经办机构于每年初通过医保信息系统自动筛查上一年度发生大额医疗费用人员，对其发生的医疗费用进行审核后，将大病保险基金报销的费用直接打入参保人员参保缴费银行存折，不需个人

病保险报销及医疗救助后，个人负担仍然较重的，还可通过申请慈善医疗救助、疾病应急救助等方式进一步减轻医疗费用负担。相关负责人透露，

医疗费用（已享受民政部门医疗救助金额做相应扣减）超过上一年度本市城镇居民人均可支配收入（以下简称起付线）的部分，纳入大病保险支付范围。纳入大病保险报销范围的个人自付医疗费用包括：城镇居民基本医疗保险基金起付标准以下的医疗费用；城镇居民基本医疗保险基金起付标准以上至最高支付限额以下按照比例应当由个人承担的医疗费用；检查、治疗项目中使用大型医用设备及单项费用在200

元无需缴费，由城镇居民基本医疗保险基金按照当年筹资标准5%的额度划拨，建立大病保险基金，纳入社会保障基金财政专户，单独核算，专款专用。

自付超过上一年度城镇居民人均可支配收入部分，纳入大病医保的报销范围，5万元以内的，由大病保险基金再报销50%；超过5万元以上的，由大病保险基金再报销60%，不设封顶线。

申报和奔波。

对于部分没有缴费存折的参保人，社保经办机构将把报销费用打到参保人户籍所在地社保所，并由社保所通知参保人及时领取。领取时要携带居民身份证或户口簿、社会保障卡。

目前本市已在平谷区、门头沟区、密云县等5个区县开展商业保险机构经办城乡居民大病保险试点工作，积累成功经验后，适时推广。

元（含）以上应当由个人先行负担的医疗费用；基本医疗保险诊疗项目目录、医疗服务设施范围内的乙类应当由个人先行负担的医疗费用；《北京市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中的乙类药品应当由个人先行负担的医疗费用；城镇居民基本医疗保险基金最高支付限额以上参照城镇居民基本医疗保险基金支付规定可纳入报销范围的医疗费用以及符合（三）、（四）、（五）的医疗费用。

参保居民需社区首诊持卡就医

市人社局特别提示参保居民，大病医保依据医保信息系统数据进行报销，就医时请参保居民一定要持卡就医，以确保就医报销数据完整，报销费用准确。同时，参保居民要坚持社区首诊制度，合理就医。

在社保卡丢失补换期间，参保居民需留好就医单据，手工报销时，医疗费用也将通过信息系统上传。如参保居民需查询就医报销明细，可到户籍所在地的社保所查询个人医疗费用报销情况。

北京新农合覆盖242万余人

记者从北京市卫计委基层卫生处了解到，2014年北京市参加新农合人数为242万余人，农业人口参保率为99.57%，与2013年相比，上涨了1.55个百分点。去年本市新农合补偿总金额达24余万元，较2013年增加增幅为5.5%。2014年本市新农合共补偿582万余人次，其中住院补偿23万余人次；门诊补偿共554万余人次；其它补偿4万余人次。

本市自2003年建立新型农村合作医疗制度，简称新农合。新农合制度建立以来，经历了调研和试点、推广与实施、调整与完善、发展与转型四个阶段，建立了新农合制度的基本框架，在一定程度上缓解了农民因病致贫的现象，受到农民的热烈欢迎。新农合制度的基本框架是政府组织、引导、支持，农民自愿参加，个人、集体和政府多方筹资，面向所有农民的医疗互助共济制度。从2008年开放门诊报销后，北京市新农合逐步转变为一种门诊与住院兼顾，覆盖农村居民的基本医疗保障制度。

新农合参保对象是所有本市农业户口的农村居民。除此之外还包括：中学毕业后由农业户口转为城镇户口尚未参加工作的居民；父母为农业户口而本人为城镇户口的新生儿童；政策性整体转非但没有改变农村建置，仍从事农业生产劳动或者仍由村委会

管理的居民，主要为小城镇户口，在没有参加城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险等由人力社保部门管理的各种医疗保险的，可自愿加入合作医疗。

各区县新农合待遇水平有所不同，从2012年开始，本市逐步统一各区县的补偿政策，2013年规定：在一个参合年度内的门、急诊：一级及以下医疗机构（含社区卫生服务中心、站）起付线100元；二级及以下医疗机构起付线550元；门诊封顶线3000元。在一个参合年度内的住院：一级医疗机构起付线300元；二级医疗机构起付线1000元；三级医疗机构起付线1300元。住院封顶线18万元。我市新农合住院、门诊政策范围内综合平均报销比例分别达到60%和40%。

住院报销比例达到75%的17类重大疾病都包括白血病，先天性心脏病，恶性肿瘤，终末期肾病，重症精神病，I型糖尿病，血友病，再生障碍性贫血，重大器官移植，耐多药肺结核，艾滋病机会性感染，急性心肌梗塞，脑梗死，甲亢，唇腭裂，儿童尿道下裂、苯丙酮尿症。

据市卫计委基层卫生处相关负责人介绍，本市新农合信息系统正在升级当中，到2016年6月30日以前，本市涉农的13个区县将可以实现新农合门诊、出院费用的实时结算。