关于印发《成都市大病医疗互助补充保险办法》的

通知

各区（市）县政府，市政府各部门：

《成都市大病医疗互助补充保险办法》已经市政府同意，现印发你们，请遵照执行。

二〇〇九年十一月十三日

成都市大病医疗互助补充保险办法

第一条 （目的依据）

为减轻参保人员的医疗负担，根据国务院《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）和医疗保险政策的有关规定，结合成都市实际，制定本办法。

第二条 （参保范围）

本市行政区域内的下列单位和人员（含退休人员）应当参加大病医疗互助补充保险：

（一）以统账结合方式参加成都市城镇职工基本医疗保险的单位及其职工；

（二）有雇工的个体工商户及其雇工；

（三）以统账结合方式参加成都市城镇职工基本医疗保险的个体参保人员。

本市行政区域内的下列人员可自愿参加大病医疗互助补充保险：

（一）以住院统筹方式参加成都市城镇职工基本医疗保险的人员；

（二）参加成都市城乡居民基本医疗保险的人员；

（三）未参加成都市基本医疗保险，但在本办法实施前按规定参加《成都市住院补充医疗保险办法三》（成办发〔2005〕123号）且连续不间断缴费的人员。

第三条 （基本原则）

大病医疗互助补充保险资金实行“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则。

第四条 （部门职责）

市劳动保障部门负责全市大病医疗互助补充保险管理工作；区（市）县劳动保障部门负责本辖区内的大病医疗互助补充保险管理工作。

市和区（市）县社会保险经办机构、医疗保险经办机构依照各自职责负责办理大病医疗互助补充保险业务。

第五条 （统筹模式）

大病医疗互助补充保险资金实行市级统筹，统一参保范围、统一待遇水平、统一管理办法。

第六条 （缴费标准）

参加大病医疗互助补充保险按下列标准和方式缴纳保险费：

（一）以统账结合方式参加成都市城镇职工基本医疗保险的单位，按基本医疗保险缴费基数的1%缴纳保险费，由单位在缴纳基本医疗保险费时一并缴纳。

（二）有雇工的个体工商户，按基本医疗保险缴费基数的1%缴纳保险费，由雇主在缴纳基本医疗保险费时一并缴纳。

（三）以统账结合方式参加成都市城镇职工基本医疗保险的个体参保人员按照基本医疗保险缴费基数的1%缴纳保险费，由个人在缴纳基本医疗保险费时一并缴纳。

（四）以住院统筹方式参加成都市城镇职工基本医疗保险的人员，以上一年度成都市职工平均工资的80%为缴费基数，缴费费率为1%，由个人按年度缴纳。

（五）参加成都市城乡居民基本医疗保险的人员，以上一年度成都市职工平均工资的80%为缴费基数，缴费费率为1%，由个人按年度缴纳。

（六）未参加成都市基本医疗保险，但在本办法实施前已参加《成都市住院补充医疗保险办法三》（成办发〔2005〕123号）的人员，以上一年度成都市职工平均工资的100%为缴费基数，缴费费率为1%，由个人按年度缴纳。

（七）已达到法定退休年龄办理退休手续后，不缴纳基本医疗保险费且继续享受统帐结合基本医疗保险待遇的退休人员，不再缴纳大病医疗互助补充保险费。

符合《成都市城乡居民基本医疗保险暂行办法》（市政府令第155号）规定资助条件参加城乡居民基本医疗保险的低保人员、残疾人分别由民政部门和残联资助参保。

第七条 （支付范围）

大病医疗互助补充保险资金为参保人员支付住院医疗费用、门诊特殊疾病费用、门诊抢救无效死亡发生的医疗费用、家庭病床费用中的下列费用：

（一）符合基本医疗保险报销范围的个人自付费用；

（二）基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上且符合基本医疗保险报销范围的费用。

肝脏移植术、心脏移植术等疾病的住院医疗费用纳入大病医疗互助补充保险资金支付范围，具体报销项目及标准由市劳动保障部门另行制定。

第八条 （支付标准）

参加大病医疗互助补充保险人员发生的符合本办法第七条第一款规定的医疗费用，按下列标准支付：

城镇职工参保人员的支付标准为：〔一次性住院费用总额（除单价在10000元及以上的特殊医用材料的个人首先自付费用）**－**全自费**－**基本医疗保险统筹基金支付额〕×75%；

城乡居民参保人员的支付标准为：〔一次性住院费用总额（除单价在10000元及以上的特殊医用材料的个人首先自付费用）**－**全自费**－**按城乡居民第三档缴费计算的基本医疗保险统筹基金支付额〕×75%；

未参加成都市基本医疗保险参保人员的支付标准为：〔一次性住院费用总额（除单价在10000元及以上的特殊医用材料的个人首先自付费用）**－**全自费**－**按本市城镇职工基本医疗保险计算的统筹基金支付额〕×75%。

使用植入人体材料和人体器官等特殊医用材料单价在10000元及以上的，个人首先自付部分按50%纳入支付。

第九条 （最高支付限额）

一个自然年度内大病医疗互助补充保险资金为个人支付的医疗费累计不超过40万元。

第十条 （待遇起始时间）

按本办法第二条第一款参保的人员其大病医疗互助补充保险待遇与基本医疗保险住院待遇享受时间一致，其中第二条第一款中的个体参保人员连续缴费满6个月不满12个月突发重大疾病，经本人申报、医疗保险经办机构核实，其大病医疗互助补充保险待遇按本办法规定支付。

按本办法第二条第二款第（一）、（二）项参保的人员，初次参保并足额缴费起6个月以后，所发生的住院医疗费用予以享受大病医疗互助补充保险待遇，中断4个月以后再缴费视为初次参保。

按本办法第二条第二款第（三）项参保的人员在《成都市住院补充医疗保险办法三》（成办发〔2005〕123号）到期后的3个月以内参保，初次享受大病医疗互助补充保险待遇无等待期限。

第十一条 （结算管理）

参保人员的大病医疗互助补充保险费用与基本医疗保险费用由定点医疗机构同时结算，定点医疗机构垫付的大病医疗互助补充保险费用与医疗保险经办机构办理结算；未能在定点医疗机构结算的，由住院人员先垫支，出院后凭相关资料到医疗保险经办机构办理结算。

医疗保险经办机构可以委托具有资质的商业保险公司办理结算业务。受委托办理结算业务的商业保险公司应与医疗保险经办机构签订服务协议，确定双方的权利和义务。服务协议的内容包括：服务对象、服务范围、服务内容、服务规范，有关费用结算办法及违约责任等。

第十二条 （资金管理）

大病医疗互助补充保险资金由医疗保险经办部门负责管理。劳动保障部门、财政部门、审计部门对大病医疗互助补充保险资金实行监督管理。

第十三条 （政策调整）

本办法实施过程中大病医疗互助补充保险资金的缴费标准、支付范围和待遇标准，由市劳动保障部门根据经济社会发展水平，资金收支结余情况，医疗费用增长幅度以及基本医疗保险结算支付办法发生变化等因素适时调整。

第十四条 （新老政策衔接）

本办法实施之日起原《成都市住院补充医疗保险办法一》（成办发〔2005〕121号）、《成都市住院补充医疗保险办法二》（成办发〔2005〕122号）、《成都市住院补充医疗保险办法三》（成办发〔2005〕123号）停止征收。本办法实施前已购买原补充医疗保险的人员，在保险有效期内可继续按原办法规定的标准享受，报销次序为：基本医疗保险、大病医疗互助补充保险、原补充医疗保险，报销之和不能超过一次性住院费用总额。原补充医疗保险结余资金全部并入大病医疗互助补充保险资金。

第十五条 （实施细则）

市劳动保障局应根据本办法的规定制定实施细则，报市政府备案。

第十六条 （术语解释）

本办法中下列用语的含义：

（一）本办法所称“统账结合”，是指单位和职工（雇主和雇工）分别按照6.5%和2%的费率，个体参保人员按照8.5%的费率缴纳基本医疗保险费并建立个人账户。

（二）本办法所称“住院统筹”，是指个体参保人员选择按上一年度成都市职工平均工资的100%为缴费基数，按照4%的费率缴纳基本医疗保险费，不建立个人账户。

（三）本办法所称“符合基本医疗保险报销范围”，是指参保人员发生的医疗费用中符合基本医疗保险药品目录、医疗诊疗项目及医疗服务设施范围标准。

（四）本办法所称“个人自付”，是指参保人员符合基本医疗保险报销范围，在基本医疗统筹基金按规定的比例支付后个人负担部分和按比例首先由个人支付的部分。

（五）本办法所称“全自费”，是指参保人员发生的医疗费用中，不符合基本医疗保险药品目录、医疗诊疗项目及医疗服务设施范围标准的个人需全部负担部分。

第十七条（施行日期）

 本办法自2010年4月1日起施行。