

十堰市医疗保障局文件 十堰市财政局

十医保发〔2022〕14号

十堰市医疗保障局 十堰市财政局 关于印发《十堰市落实医疗保障待遇清单制度实施细则》的 通 知

各县（市、区）医疗保障局、财政局：

现将《十堰市落实医疗保障待遇清单制度实施细则》印发给你们，请认真组织实施。



十堰市



2022年4月1日

十堰市落实医疗保障待遇清单制度实施细则

为贯彻落实《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》(医保发〔2021〕5号)和《湖北省医疗保障局 湖北省财政厅关于印发湖北省落实医疗保障待遇清单制度实施方案的通知》(鄂医保发〔2021〕63号)，结合我市实际，制定本实施细则。

一、工作目标

按照“确定基本保障内涵、厘清待遇支付边界、明确政策调整权限、规范决策制定流程”的总要求，全面建成权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，逐步建立健全医疗保障待遇清单制度。2022年底前，全市完成医疗保障待遇清单外政策清理，统一政策框架；2023年底前，全市基本实现符合国家、省医疗保障待遇清单要求的医疗保障制度设置、政策待遇标准、基金支付范围规范统一。

二、重点任务

(一) 严格市县决策权限

市、县(市、区)医疗保障行政部门严格按照医疗保障待遇清单明确的决策权限，依法履职、依法行政，严禁越权行事。市级按照省级医疗保障部门制定的具体筹资及待遇等政策，制订实施细则并组织落实。逐步消化存量，坚决杜绝增量，不得再出台

超出清单范围的制度政策。重大事项严格按照决策权限逐级上报。

（二）统一医疗保障制度

按照“谁出台谁清理”的原则，2022 年底前，市级全面梳理以往出台的与清单不相符的政策制度，明确整改时间表、路线图。各项补充医疗保险制度名称、制度设置全部统一至清单要求，将清单外的其他地方性医疗保障制度安排归并入三重保障制度框架。对超出清单的政策措施，分门别类归入补充医疗保险或医疗救助制度体系，确保待遇平稳衔接。实现医疗救助制度框架规范统一，全市健康扶贫补充医疗保险统一并入医疗救助制度，资金统一并入医疗救助基金。2023 年，促进医疗救助统筹层次与基本医疗保险统筹层次相协调，统一医疗救助基金预决算制度，提高医疗救助基金管理使用效率。

（三）统一基本保障政策

对照《国家医疗保障待遇清单（2020 年版）》《湖北省医疗保障待遇清单（2021 年版）》，逐步统一政策项目设置和名称，规范政策标准。2022 年底前，全面做实基本医疗保险市级统筹。统一职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险（以下分别简称职工医保、居民医保）参保范围及医疗救助资助参保政策。进一步落实参保不受户籍、其他社会保险关系等条件限制的政策，逐步取消影响人员流动的地方性政策门槛。

2022 年底前完成三重保障制度中各项政策项目设置和名称的统一。逐步规范门诊保障等政策，2022 年 9 月底前出台建立健

全全市职工医保门诊共济保障机制实施细则，2022 年底前正式启动实施，2023 年底前完成。

2022 年底前逐步统一全市基本医疗保险、补充疗保险筹资及待遇政策，实现筹资和待遇基本均衡。执行省级每年统一制定公布当年的缴费基数标准。按照国家、省制定的缴费年限、缴费率等筹资政策标准以及起付标准、基金支付比例、最高支付限额等待遇政策标准，及时调整我市政策。

暂不纳入清单管理的企业事业单位自行筹资建立的补充医疗保险等，由市级根据国家和省政策规定，结合我市实际做好政策衔接工作。

（四）统一基金支付范围

严格执行待遇保障清单确定的基金支付的范围和其他不予支付的范围。根据省医疗保障局要求全部完成医保目录内省级增补药品消化工作。对基本医保、大病保险支付支付政策范围外费用的特殊政策，2022 年底前完成清理规范。

严格执行全省统一的医保药品、医用耗材、医疗服务项目支付范围。除国家有明确规定外，不得自行制定目录或用变通的方法增加目录内药品。

支持商业保险机构、医疗互助、慈善捐赠等社会力量，多渠道减轻人民群众政策范围外费用负担。

三、保障措施

（一）提高政治站位。各县（市、区）要深刻认识建立医疗

保障待遇清单制度的重要意义，健全工作机制，抓好贯彻落实，确保基金运行安全和医疗保障制度可持续发展。

（二）压实工作责任。各县（市、区）应严格按照实施细则认真落实，明确目标任务、时间进度、责任分工，细化措施，倒排工期，压茬推进，确保医疗保障待遇清单制度落地生根。

（三）加强宣传引导。各县（市、区）要加强政策解读，做好风险研判，引导预期，稳妥做好政策衔接过渡，维护社会和谐稳定。

（四）强化督导落实。各县（市、区）擅自出台新制度政策，以及清理规范、执行不到位的，市医疗保障部门将“发现一起，通报一起”，严肃追究相关单位和个人责任。

四、本细则由十堰市医疗保障局负责解释。

附件：

十堰市医疗保障待遇清单（2021年版）

一、基本制度

（一）基本医疗保险制度。

1.职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）：为职工提供基本医疗保障的制度安排。

2.城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）：为未参加职工医保或其他医疗保障制度的全体城乡居民提供基本医疗保障的制度安排。

（二）补充医疗保险制度。

1.城乡居民大病保险（以下简称“大病保险”）：对居民医保参保患者发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障。

2.职工大额医疗费用补助：对参保职工发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障。

3.公务员医疗补助：参照清单管理。

4.企业事业单位自行筹资建立的补充医疗保险等暂不纳入清单管理。

（三）医疗救助制度。

1.对救助对象参加居民医保的个人缴费部分给予资助。

2.对救助对象经基本医疗保险、补充医疗保险支付后，个人

及其家庭难以承受的符合规定的自付医疗费用给予救助。

二、基本政策框架

（一）基本参保政策。

1. 参保范围

1.1 职工医保：覆盖所有用人单位职工，无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员和新就业形态从业人员可以参加职工医保。

1.2 居民医保：覆盖除职工医保应参保人员或按规定享有其他保障的人员以外的全体城乡居民。

灵活就业人员和新就业形态从业人员可自愿选择参加就业地、户籍所在地、居住地的职工医保或居民医保。

2. 医疗救助资助参保人员范围

2.1 全额补贴人员范围：特困人员。

2.2 定额补贴人员范围：低保对象每人每年给予 320 元资助，过渡期内逐步转为按个人缴费标准 90%定额资助；返贫致贫人口过渡期内按照个人缴费标准的 50%定额资助。

2.3 纳入乡村振兴部门监测范围的脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口、突发严重困难等困难人口，在过渡期内按照个人缴费标准的 50%定额资助。

（二）基本筹资政策。

1. 筹资渠道

1.1 职工医保：由用人单位和职工按照国家、省、市规定共同

缴纳基本医疗保险费。无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员和新就业形态从业人员由个人按照国家、省、市规定缴纳基本医疗保险费。

1.2 居民医保：个人缴费和政府补助相结合。

1.3 医疗救助：通过各级财政补助、彩票公益金、社会捐助等多渠道。

2.缴费基数。职工医保用人单位缴费基数为职工工资总额，单位职工工资总额标准按照参保职工缴费工资之和确定；个人缴费基数为本人工资收入。

全市执行省级每年统一制定公布当年的社保缴费基数标准。

3.筹资基本标准。

3.1 职工医保（含生育保险）的单位缴费率：职工工资总额的 8.5%（含生育保险缴费率 0.5%）。

3.2 职工缴费率：本人工资收入的 2%。

3.3 职工大额医疗费用补助缴费：职工工资总额的 0.6%左右，2021 年为 100 元/人，根据我市经济社会发展水平动态确定。

3.4 公务员医疗补助缴费：行政事业单位按基本医疗保险缴费基数的 3.5%缴纳。

3.5 灵活就业人员缴费：灵活就业人员参加职工医疗保险，按自然年度缴费，根据省级每年统一制定公布的社保缴费基数，可选择按统账结合（10%）或单建统筹（8%）的费率缴纳基本医疗保险费。

3.6 居民医保筹资标准：按照国家、省每年公布的标准执行。

4、缴费年限。

统一缴费年限，职工医保参保人员（单位参保人员、灵活就业人员等）达到国家法定退休年龄时，累计缴费年限（包括视同缴费年限和实际缴费年限）达到男满 30 年（360 个月）、女满 25 年（300 个月），且在本市实际连续参保缴费年限不低于 12 年（144 个月）的，退休后不再缴纳基本医疗保险费，按照规定享受基本医疗保险待遇。

职工医保参保人员未达到最低缴费年限的（包括累计缴费年限和实际缴费年限），可选择以下三种方式解决：

（1）选择一次性清算。参保人员退休时，累计缴费年限或者本地实际缴费年限未达到规定年限的，以此两种年限中较长的不足年限补缴基本医疗保险费和大病保险费。缴费到账后，参保人员按规定享受医保待遇。

不足累计缴费年限计算：30/25-参保人员累计缴费年限

不足实际缴费年限计算：12-参保人员实际缴费年限

不足年限一次性补缴医疗保险费金额=[本地社平工资的 60%
×本地用人单位缴费费率（8%）]×本人不足缴费年限的总月数+
当前大病医疗保险费标准×本人不足缴费年限

（2）按照在职职工身份缴纳职工医保费。职工医保参保人员参照在职人员单位缴费标准继续缴费至最低年限后，才能享受退休人员基本医疗保险待遇。未一次性补足的，可继续按在职人

员政策缴费并享受待遇至规定年限。补缴到账后从办理一次性清算的次月起按退休人员规定逐月划入个人账户，不追溯补划补缴前的个人账户。

选择前两种方式补齐不足最低缴费年限的同时，再一次性缴纳 10 年的职工大额医疗费用补助后，按政策享受医保待遇。

（3）参加城乡居民医保。参保人员不愿意补缴或无力继续缴纳职工医保的，由本人提出书面申请后，可选择参加城乡居民基本医疗保险。

（三）基本待遇支付政策。

市级在国家、省规定范围内制定住院和门诊起付标准、支付比例和最高支付限额。

1.基本医保住院待遇支付政策。

1.1 起付标准：参保职工在一级、二级、三级定点医疗机构住院就医，起付标准分别为 200 元、500 元、1000 元，在同一年度内住院 2 次及以上的，起付标准分别为 200 元、300 元、800 元。

参保城乡居民在一级、二级、三级定点医疗机构住院就医，起付标准分别为 200 元、500 元、1000 元；根据运行情况适时调整。

1.2 支付比例：对于起付标准以上、年度最高支付限额以下的政策范围内的费用，基本医疗保险按险种、费用类别、人员类别和医疗机构等级分别设置支付比例。

一个结算年度内，参保在职职工在一级、二级、三级定点医疗机构住院就医，政策范围内的报销比例分别为 90%、88%、85%，

退休职工支付比例分别为 92%、90%、87%。

参保城乡居民在一级、二级、三级定点医疗机构就医，政策范围内支付比例分别为 85%、75%、65%。

1.3 基金最高支付限额：

一个结算年度内，参保人员住院和门诊慢性病、特殊药品等医疗费用，职工基本医疗保险每人每年最高支付限额为 12 万元，城乡居民基本医疗保险每人每年最高支付限额为 10 万元。

职工医保叠加职工大额医疗费用补助、居民医保叠加大病保险的最高支付限额原则上达到全市职工年平均工资和居民人均可支配收入的 6 倍左右。基本医疗保险、补充医疗保险的年度最高支付限额，根据我市经济社会发展、人民健康需求、基金支撑能力合理确定，适时调整并公布。

2.基本医保门诊待遇支付政策。

2.1 个人账户：在职职工和退休职工的职工医保个人账户使用范围和计入标准按现行政策执行，2023 年按职工医疗保险门诊共济保障政策规定执行。

居民医保不设个人账户。

2.2 普通门诊统筹：城乡居民医保门诊统筹不设起付标准。参保居民在门诊统筹定点医疗机构就诊发生的普通门诊（含急诊），一个保险年度内发生的政策范围内门诊医疗费用累计金额在 400 元以下的，医保门诊统筹基金支付比例为 50%，限额为 200 元，超过报销限额部分的费用由个人自理。

2.3 门诊慢特病：把高血压、糖尿病等门诊用药按“两病”保障机制纳入门诊统筹报销。恶性肿瘤门诊放化疗治疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、重性精神病人药物维持治疗、糖尿病胰岛素治疗、肺结核、血友病等，可参照住院管理和支付。

2.4 日间手术。根据省级要求，将部分日间手术参照住院待遇予以保障。

3.补充医疗保险

3.1 大病保险。按省级统一标准执行，即：起付线为 1.2 万元，政策范围内自付累计金额在 1.2 万元以上 3 万元（含）以下部分赔付 60%；3 万元以上 10 万元（含）以下部分赔付 65%；10 万元以上部分赔付 75%。年度最高支付限额为 30 万元。

3.2 大病保险参保人员在一个结算年度内发生的住院和门诊慢性病、特殊药品等医疗费用中，符合基本医疗保险基金支付范围内的自付部分，以及符合国家、省级特殊药品目录（实行“双通道”管理）、医用耗材范围和医疗服务范围的自付费用，扣除个人承担的大病保险起付线后，纳入大病保险基金支付范围。

3.3 职工大额医疗费用补助。参保人员当年发生超过基本医疗保险统筹基金支付限额 12 万以上的政策范围内的医疗费用，按 80%支付，参保职工个人支付 20%，每人每年医保统筹基金最高支付限额为 30 万元。超过 30 万元以上部分，按参加职工大额医疗费用补助每满一年，增加 5 万元的支付限额，报销比例不变。职工大病医疗救助和职工医保二次补偿按现行政策执行。2023 年

将职工大病医疗救助并入职工大额医疗费用补助，取消职工医保二次补偿政策。

3.4 公务员医疗补助。对已缴纳公务员医疗补助的参保患者，住院费用按城镇职工基本医疗保险、职工大额医疗费用补助的规定进行报销后，剩余个人负担费用再按 **90%**的比例进行救助。公务员医疗补助个人账户的分配，按参保人员本人公务员医疗补助缴费额的 **60%**比例划入个人账户。

4.医疗救助

4.1 救助范围。救助对象在医保定点医疗机构发生的合规费用，扣除基本医保和（或）大病保险支付的自付部分纳入医疗救助范围。

4.2 门诊救助：对罹患慢性病需要长期服药或者患重特大疾病需要长期门诊治疗，导致自付费用较高的符合救助条件的对象给予门诊救助，全市统一门诊救助政策。

4.3 住院救助。对农村低收入人口在参保地定点医疗机构或按规定转诊异地就医（急诊、抢救除外）发生的合规医疗费用，经基本医保、大病保险、商业保险支付后，基本医疗保险起付线、个人自付部分按规定给予医疗救助。特困人员、低保对象医疗救助不设起付线，其他低收入人口医疗救助起付线 **1500** 元；特困人员救助比例为 **100%**，低保对象和返贫致贫人口救助比例为 **70%**，其他农村低收入人口救助比例为 **65%**。

门诊（门诊慢性病）救助和住院救助共用年度救助限额，年

度最高支付限额为 5 万元。

医疗救助年度最高限额根据全市经济社会发展、人民健康需求、基金支撑能力合理设定、动态调整。

4.4 依申请救助。对稳定脱贫人口等重点人群因发生高额医疗费用导致家庭生活出现严重困难的，经乡村振兴部门、民政部门认定为农村低收入人口的，推送至医保部门动态做好标识，医保部门对其高额医疗费用经基本医保、大病保险支付后，符合规定的个人自付医疗费用按规定予以救助，防止因病返贫致贫。

5.倾斜政策

5.1 城乡居民大病保险：对低保对象、特困人员和返贫致贫人口，大病保险起付标准降低 50%，支付比例提高 5 个百分点，并取消最高支付限额。

5.2 倾斜救助：对规范转诊且在省域内就医的救助对象，救助对象经基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重保障后，年度累计政策范围内个人自付费用超过 5000 元以上部分，按 95%的比例给予倾斜救助，不设限额。

三、基金支付的范围

基本医疗保险按照规定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围支付。补充医疗保险、医疗救助参照政策范围内费用范围执行。

四、其他不予支付的范围

1.应当从工伤保险基金中支付的。

- 2.应当由第三人负担的。
- 3.应当由公共卫生负担的。
- 4.在境外就医的。
- 5.体育健身、养生保健消费、健康体检。
- 6.国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。