

十堰市医疗保障局文件

十医保发〔2019〕53号

关于进一步贯彻落实城乡居民医疗保障待遇 相关政策的通知

各县（市、区）医疗保障局、市医疗保险管理局，各定点医疗机构：

为深入贯彻《关于做好2019年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2019〕30号）、《关于进一步完善保障农村贫困人口基本医疗的若干措施》（鄂办发〔2019〕18号）、《关于落实〈关于进一步完善保障农村贫困人口基本医疗的若干措施〉的指导意见》（鄂医保发〔2019〕35号）、《关于进一步完善保障农村贫困人口基本医疗的若干措施》（十办发〔2019〕12号）等文件精神，进一步做好我市城乡居民医保工作，全面落实建档立卡贫困人口倾斜政策，现将我市城乡居民（含建档立卡农村贫

困人口) 医保待遇相关政策进一步明确如下:

一、参保缴费资助

农村贫困人口实行差异化补贴政策。分别分类确定贫困人口参加城乡居民医保所需个人缴费部分的差异化补贴标准, 根据《省人民政府关于城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》(鄂政发〔2017〕9号)精神, 对农村贫困人口中有关特殊群体给予全额补贴, 其他农村贫困人口实行定额补贴, 具体补贴政策由各地自行确定。即:

对特困供养人员、孤儿、最低生活保障家庭成员、丧失劳动能力的残疾人、严重精神障碍患者和计划生育特殊困难家庭中经核定的特困家庭夫妻及其伤残子女, 其参保缴费由民政、卫健、残联、扶贫等部门提供名册, 并经医保经办机构确认后, 将资助参保缴费资金直接划转到财政专户。

建档立卡贫困人口的资助缴费政策按《中共湖北省委 湖北省人民政府关于贯彻实施〈中共中央国务院关于打赢脱贫攻坚战的决定〉的意见》(鄂发〔2016〕6号)执行。

二、医疗保障待遇标准

城乡居民医保参保人员可享受门诊统筹、门诊特殊慢性病、基本医疗保险、城乡居民大病保险、生育保险待遇, 建档立卡农村贫困人口等特殊人群还可享受医疗救助和补充医疗保险待遇。具体如下:

(一) 门诊统筹待遇

门诊统筹不设起付标准。参保居民在门诊统筹定点机构就

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（建档立卡贫困人口为 800 元）以下的，医保门诊统筹基金报销 50%，限额为 200 元（建档立卡贫困人口限额为 400 元），超过报销限额部分的费用由个人自理。

（二）门诊慢性病待遇

参保居民（普通城乡居民和贫困人口）经申请、鉴定、公示后，可享受所申报病种的门诊特殊慢性病待遇。我市城乡居民基本医疗保险门诊特殊慢性病病种有 25 种，其待遇标准为：恶性肿瘤（含白血病）、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、系统性硬化症限额为 300 元/月，报销比例为 70%；糖尿病、高血压（极高危）、重性精神病、慢性重性肝炎、肝硬化、帕金森病、帕金森综合症、类风湿关节炎、结核病、脑血管意外后遗症、冠心病、重症肌无力、地中海贫血、强直性脊柱炎、慢性骨髓炎、风湿性心脏病、慢性肺源性心脏病为 200 元/月，报销比例为 70%；慢性肾功能衰竭透析 500 元/次，月限额 12 次，报销比例为 80%；器官移植术后门诊抗排异治疗、腹膜透析视病情确定，报销比例为 80%；血友病、苯丙酮尿症按住院政策报销，不设住院起付线。

（三）基本医疗保险住院待遇

1. 起付线：城乡居民在一级、二级、三级定点医疗机构住院，起付线分别为 200 元、500 元、1000 元。农村贫困人口县域内一级定点医院 100 元，二级定点医院为 300 元，三级定点

医院 800 元；按规定转诊到县域外市域内定点医疗机构，按县域内同级别医院标准执行；转诊到十堰市外定点医院按普通城乡居民执行。低保、特困供养、孤儿减免起付线，不受分级诊疗转诊限制。住院起付标准不纳入健康扶贫政策保障范围。

2. 报销比例：城乡居民在市域内一级、二级、三级定点医疗机构住院，医保政策范围内住院费用分别报销 85%、75%、65%；经备案市域外住院先行自付 10%，未按规定办理备案的先行自付 30%，其它政策不变。

建档立卡农村贫困人口县域内一、二、三级医院住院政策范围内医疗费报销比例分别为 90%、80%、70%；按规定转诊到县域外市域内定点医疗机构，按县域内同级别医院标准执行；转诊到十堰市外的定点医院的，按普通城乡居民执行。

3. 封顶线：城乡居民参保人员基本医疗住院年度封顶线为 10 万元，其中建档立卡农村贫困人口年度封顶线为 12 万元。

（四）城乡居民大病保险待遇

参保居民患病住院和特殊慢性病门诊治疗所发生的高额医疗费用，经城乡居民基本医保按规定支付后，政策范围内个人年度累计的医疗费用超过大病保险起付标准以上的部分，由大病保险给予补偿。

1. 起付标准：大病保险起付标准为 1.2 万元，建档立卡农村贫困人口大病保险起付线为 5000 元。

2. 支付比例：一个保险年度内，符合大病保险保障范围的个人自付金额累计计算、分段报销、按次结算。累计金额在大

病起付线 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。一个保险年度内，每名参保患者只扣除一次大病保险起付标准金额。在计算大病保险个人累计负担额度时，不扣除贫困患者当年享受的医疗救助额度。

农村贫困人口分段报销比例提高 5%，即：累计金额在 5000 元以上 3 万元（含）以下部分赔付 65%；3 万元以上 10 万元（含）以下部分赔付 70%；10 万元以上部分赔付 80%，不设大病保险封顶线。

（五）生育医疗待遇

参加城乡居民基本医疗保险的非就业妇女，符合国家生育政策的住院分娩费用实行定额报销，顺产报销 400 元，剖宫产和多胞胎生育报销 500 元。

产前检查费用。实行城乡居民医保门诊统筹以后，可将参保居民符合规定的产前检查费用纳入城镇居民基本医疗保险基金支付范围。

生育并发症。当参保居民在协议医疗机构因生育出现妊高（子痫）、产后大出血、产褥感染、前置胎盘、子宫破裂、羊水栓塞、胎盘粘连这 7 种并发症（其他并发症除外）时，其住院期间的医疗费用按照所在医院普通住院报销标准、报销比例，由城乡居民基本医疗保险基金支付。

（六）医疗救助待遇

1. 基本医疗救助。经城乡居民基本医疗保险报销后，城市、

农村居民最低生活保障对象和建档立卡农村贫困人口政策范围内自付费用 5000 元以下的按 70%的比例给予救助。特困供养人员、孤儿大病起付标准以内个人自付政策范围内住院医疗费用 100%报销。

2. 重特大疾病救助。城市、农村居民最低生活保障对象和建档立卡农村贫困人口住院，政策范围内医疗费用经基本医疗保险、大病保险报销后，个人年度自付 5000 元以上的费用按 75%的比例给予重特大疾病救助。特困供养人员、孤儿个人自付政策范围内住院医疗费用 100%报销，超最高封顶线的个案，原则上报县级政府、财政部门备案核准后，再继续后续治疗。其他符合政策救助对象，政策范围内医疗费用经基本医疗保险、大病保险报销后，个人年度自付 5000 元以上的费用按 50%的比例给予重特大疾病救助。

3. 年度限额。基本医疗救助和重特大疾病救助年度内合计支付限额为 5 万元。

三、政策口径

1. 大病起付线 5000 元，不受分级诊疗制度限制，累计计算。农村贫困人口大病保险分段报销比例不分市内市外。

2. 医疗救助。县域内到市里就医，可在市城区九家医院享受医疗救助一站式结算（十堰市太和医院、十堰市人民医院、十堰市西苑医院、国药东风公司总医院、十堰市中西医结合医院、十堰市中医院、十堰市妇幼保健院、国药东风花果医院、国药东风茅箭医院），市外医院不限制均可报销医疗救助。张湾

区、茅箭区、十堰市直、十堰市经济技术开发区默认为市城区医院。

农村贫困人口省内或跨省就医联网结算时，医疗救助费用先由个人垫付，回到本统筹区后，由经办人员通过异地医疗救助结算查询查出病人支付金额后通知病人领取。

3. 政策范围内费用。基本医疗保险“三个目录”内可报销，并按政策规定按比例进行支付的费用。

4. 政策范围外费用。政策范围外费用是“三个目录”以外自费费用，超限价费用，特殊药品、乙类药品耗材、域外转诊等先行自付费用。目录外费用、超限价费用，纳入“3810”医疗机构超控费分担。特殊药品、乙类药品耗材、域外转诊等先行自付费用不计入超控费分担，并纳入扶贫补充险兜底保障范围。

5. 统计口径

个人自费费用=政策范围外费用+超限价费用+个人先行自付10%（转诊、乙类先行自付部分）

基本医疗合规费用=总费用 - 个人自费费用 - 个人自付10%费用 - 起付线

医保统筹基金支付费用=基本医保合规费用 × 报销比例

基本医疗合规自付=基本医疗合规费用 - 统筹基金支付费用

大病合规费用=基本医保合规自付

大病赔付费用=大病合规费用 × 报销比例

大病合规自付=大病合规费用 - 大病报销费用

四、本文件由市医疗保障局负责解释

五、本文件自下发之日起执行

执行过程中省、市有新规定的，从其规定。

