



医保扶贫核心政策解读

宁强县医疗保障局

2020年6月

医保扶贫是“两不愁三保障”的重要内容，是省市检查、考核的一项重要指标。按照省、市、县医保扶贫有关政策规定，医保扶贫主要涵盖“三重保障”体系，即：基本医疗报销、大病保险报销、医疗救助。通过落实医保扶贫综合保障政策措施，按基本医保、大病保险、医疗救助三重保障做到建档立卡贫困人口政策范围内报销比例达到80%-85%。

一、2020年城乡居民参保

（一）根据省市文件规定，按照“政府补贴+个人缴费”相结合的建档立卡贫困人口参保缴费机制，对贫困人口个人缴费部分由省、市、县财政按照每人每年150元定额补助，补助后剩余部分由贫困人口自己缴纳，2020年建档立卡贫困人口个人缴费100元/人/年。

（二）医疗救助资金对城市“三无”、农村“五保”参加城乡居民基本医疗保险个人部分给予全额资助；对农村最低生活保障对象A档和城市低保中“三无”人员按个人缴费的50%资助。

（三）计划生育特殊困难家庭（失独、伤残家庭）的参保个人，由县财政全额资助参保。

（四）孤儿、麻风病两类人员全额资助参保。

（五）新生儿出生当年以自然人身份随母在户籍地进行参保登记，当年不缴费，享受出生当年的城乡居民医保待遇。次年起以自然人参保缴费。

（六）2020年度全县保费征缴工作时间为2019年11月1日至2020年2月底，受新冠肺炎疫情影响，全省2020年度城乡居民医疗保险参保缴费时限延长至2020年3月31日。

（七）中断参保的城乡居民再次参保时，必须按相应年份的标准补交中断期间所有年份的个人缴费。未在政府规定期间内缴纳本年度个人缴费的，补交费用到账30天后，方可享受医保待遇。

（八）参保人员按规定缴纳医疗保险费，在待遇享受期前因死亡或参加职工医疗保险等身份变化且未享受缴费年度医疗保险待遇的，可持相关材料到医保经办机构办理次年个人缴费退费手续。待遇享受期内，已缴纳的城乡居民医保个人缴费部分不予退还。

2020年我县建档立卡贫困人口及特殊人群缴费采用“据实缴费”的方式开展保费征缴工作。
（即征即补）

参保群众可享受的城乡居民医保报销政策

- (一) 普通门诊报销;
- (二) 门诊慢性特殊疾病报销;
- (三) 28种门诊手术(二级、三级医院);
- (四) 住院报销;
- (五) 大病保险报销。

普通门诊报销

（一）普通门诊就诊范围：统筹区二级以下定点医疗机构、乡镇卫生院、社区卫生服务中心和符合条件的村卫生室、社区卫生服务站，由门诊病人选择就近就医。

（二）门诊基金标准：按照每人每年80元标准从城乡居民医保基金中提取，纳入城乡居民基本医保门诊统筹账户管理。

(三) 门诊费用报销标准: 不设起付线, 实行年度定额报销管理, 参保人年度基金支付限额80元(户内不通用)。当年累计报销未达限额的, 跨年不结转。

城乡居民基本医保门诊统筹基金报销标准

定点医疗机构别	门诊统筹基金支付比例 (%)	个人承担比例 (%)
二级定点医疗机构 (含参照)	30	70
乡镇卫生院 (社区卫生服务中心) (含参照一级)	50	50
村卫生室 (社区卫生服务站)	60	40

新农合门诊家庭账户结余资金报销结算清零

（一）起止时间：2020年4月1日至2020年9月30日零时止。

（二）结算对象和标准：2019年参加城乡居民（原新农合部分）的参合居民家庭账户中有结余资金的参合家庭。2020年4月1日起自镇、村门诊报销定点医疗机构就诊时凭2019年参合发票和户口簿进行现场报销，实行家庭账户结余资金整户封顶，户内通用，不设报销比例，门诊家庭账户结余资金报完为止，到2020年9月30日零时门诊家庭账户统一清零。

（三）结算方式和经办流程：镇、村门诊报销定点医疗机构在原新农合系统统一实行网上结算。由接诊门诊定点医疗机构现场报销，再由镇卫生院负责汇总后每月与县新农合经办中心结算。

（四）工作要求：采取多种形式广泛宣传，做好政策过渡的宣传解释工作，定点医疗机构在参保患者就诊时首先要告知使用门诊家庭账户结余资金，在使用完家庭账户结余资金后再进入2020年门诊报销，最大限度的维护参保群众的切身利益。

门诊慢性特殊疾病报销

门诊慢特病是指病情相对稳定，需长期在门诊治疗或长期服药治疗的慢性疾病、特殊疾病，并纳入我市城乡居民基本医疗保险统筹基金支付范围的疾病。

（一）纳入门诊特慢病管理的病种：Ⅰ类5种；Ⅱ类22种；Ⅲ类5种；共计32种。

城乡居民基本医保门诊慢性特殊疾病病种限额表

病种分类	序号	病种	报销限额	贫困人口提高20%
Ⅰ类病种	1	恶性肿瘤放化疗	20000	24000
	2	肾功能不全血液透析	20000	24000
	3	器官移植手术后服用抗排斥药	20000	24000
	4	白血病	20000	24000
	5	血友病	20000	24000

城乡居民基本医保门诊慢性特殊疾病病种限额表

病种分类	序号	病种	报销限额	贫困人口提高20%
Ⅱ 类 病 种	1	糖尿病伴有并发症	4000	4800
	2	重症精神病	2500	3000
	3	慢性活动性肝炎（病毒携带者除外）	4000	4800
	4	肺结核	2100	2520
	5	心血管疾病	4000	4800
	6	脑血管病恢复期	2500	3000
	7	系统性红斑狼疮	6000	7200
	8	高血压病合并有心脑肾等并发症之一者	2500	3000
	9	风湿类风湿关节炎（活动期）	2500	3000
	10	慢性阻塞性肺疾病	4000	4800

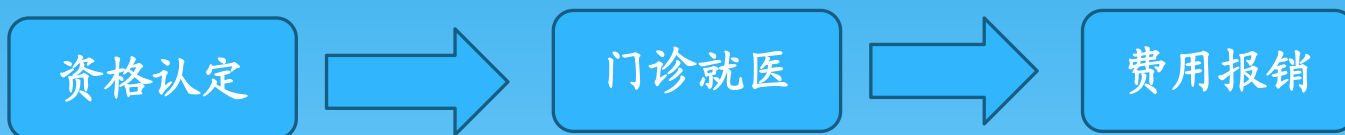
城乡居民基本医保门诊慢性特殊疾病病种限额表

病种分类	序号	病 种	报销限额	贫困人口提高 20%
II 类 病 种	11	帕金森病	2500	3000
	12	肾功能不全非血液透析治疗	4000	4800
	13	癌症患者保守治疗者	4000	4800
	14	强直性脊柱炎	2500	3000
	15	脑性瘫痪	4000	4800
	16	过敏性紫癜	4000	4800
	17	颈椎腰椎骨质增生伴椎管狭窄	2500	3000
	18	股性关节炎（限膝关节炎）	1500	1800
	19	阿尔茨海默病	2500	3000
	20	甲亢	2500	3000

城乡居民基本医保门诊慢性特殊疾病病种限额

病种分类	序号	病 种	报销限额	贫困人口提高 20%
II 类	21	慢性支气管炎（65岁以上老年人）	2500	3000
	22	儿童哮喘	2500	3000
III 类 病 种	1	四氢生物蝶呤缺乏症（BH4D）	0-3岁16000 4-14岁18000 15-18岁20000	0-3岁19200 4-14岁21600 15-18岁24000
	2	苯丙酮尿症（PKU）	0-3岁15000 4-14岁17000 15-18岁20000	0-3岁18000 4-14岁20400 15-18岁24000
	3	大骨节病	470	564
	4	中重度氟骨症	630	756
	5	慢性克山病	1500	1800

(二) 门诊特殊慢性病限额报销流程



门诊慢特病鉴定机构：

宁强县天津医院、宁强县中医医院，其中重症精神病由汉中精神病医院和宁强县精神病医院鉴定，传染病由县天津医院鉴定。

门诊慢特病办理和审批流程：

① 门诊慢特病参保患者持社保卡或者身份证，近三年在二级及以上医疗机构的住院病历和当年度诊断证明及辅助检查单到确定的鉴定医疗机构，由鉴定医疗机构填写《汉中市城乡居民基本医疗保险门诊慢特病认定的申请表》报医共体总院审核录入，医共体总院于每年的6月10日、12月10日前报县新农合经办中心，组织专家对鉴定结果审核确定。

②2019年已鉴定的门诊慢特病全部纳入2020年门诊慢特病管理，享受《汉中市城乡居民基本医疗保险门诊慢性特殊疾病管理办法（试行）》文件规定政策。由医共体总院负责，辖区镇办卫生院通知患者填报《汉中市城乡居民基本医疗保险门诊慢特病认定申请表》，医共体总院录入陕西省社会保险管理信息系统，2020年12月10前需重新申报下年度门诊慢特病。

2020年1月1日起门诊慢特病病种认定核准结果，有效期为一年。

（三）门诊慢特病就医管理：

①通过门诊慢特病认定的参保人员，原则上可以在本市治疗机构范围内选择一所具备相应诊治条件的治疗机构就医，也可选择两所治疗机构，但起付线和报销比例执行就高标准。就医时需提供本人身份证、社保卡等资料。

②参保人员在享受门诊慢特病待遇期限内需住院治疗的，住院期间不得产生门诊慢特病医疗费用。

（四）门诊慢性特殊疾病待遇：

①第I、II类门诊慢特病起付线和报销比例参照同级别定点医疗机构住院标准执行，在病种限额内报销。

②第III类病种不设起付线，报销比例为70%。

③第I类病种中恶性肿瘤放化疗、肾功能不全血液透析和器官移植术后服用抗排斥药物治疗且符合住院条件的，可以申请设立家庭病床，参照住院标准承担起付标准和个人负担费用，每季度在参保地医保经办机构报销一次。家庭病床费用计入本人当年住院医疗费用，不突破年度最高支付限额，不重复享受门诊慢特病报销待遇。

④2020年6月开展门诊慢特病认定前，已产生的2020年门诊慢特病费用纳入2020年度报销范围。

⑤市境外产生的门诊慢特病费用，由医共体总院负责即时审核录入和报结。

⑥参保人员同时患有两种以上门诊慢特病时，合并去掉门诊相同用药重复费用后，在病种限额内报销。建档立卡贫困人口封顶线提高20%

⑦城乡居民基本医疗保险统筹基金不予支付门诊慢特病医疗费用以汉市医保发〔2020〕24号文件为准。

（五）门诊慢特病的费用结算

参保人员在治疗机构发生的符合规定的门诊慢特病医疗费用，属于参保人员个人负担的部分，由参保人员个人与治疗机构结算；应由基本医疗保险统筹基金支付的部分，由医保经办机构与治疗机构结算。

28种门诊手术的报销

以汉中市医疗保障局《关于推进汉中市城乡居民基本医疗保险门诊手术相关工作的通知》（汉市医保发〔2020〕37号）为准。

2020年3月23日试行。

城乡居民医保住院待遇

- ①参保人员一个待遇年度内发生的医疗费用，基本医保基金累计最高支付限额为15万元。（含门诊慢性特殊疾病统筹基金补助支付限额）
- ②贫困人口在定点医疗机构住院实行先诊疗后付费，免交住院押金，住院结算做到“一窗口办理、一单式结算、一站式服务”。
- ③农村建档立卡贫困人口在一般人群保障标准基础上享受的倾斜政策，按照省市相关文件执行。

城乡居民医保住院起付标准及报销比例

医院属地	医院级别	起付标准（元）	一般人群报销比例（%）	贫困人口报销比例（%）
市内定点	一级医院及参照管理	200	90	95
	二级综合医院	800	75	85
	二级专科医院	700	80	90
	三级医院（含三级特等）	2000	55	65
本市境外定点	二级医院	2000	65	75
	三级医院（含三级特等）	3000	50	60

2020年城乡居民基本医保部分政策变化:

用药目录:

2020年1月1日起, 我市定点医疗机构统一执行《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》(医保发[2019]46号)。

医疗服务设施(床位费)可纳入医疗保险报销范围最高保准: 三级医院32元/床.日, 二级医院25元/床.日, 一级医院(含社区卫生服务中心、乡镇卫生院)18元/床.日。

特殊卫生耗材: 执行《陕西省医疗服务项目价格特殊卫生材料库》规定目录, 材料费用报销比例执行分段计算, 2019年12月31日24时起我市公立医院取消耗材加成。(汉市医保发[2019]88号)

建档立卡贫困人口大病保险报销政策

建档立卡的贫困人口参加了城乡居民基本医疗保险，就自动获得了享受大病保险资格。其大病保险起付线统一降至5000元，各分段报销比例统一提高5个百分点（29种大病再提高5个百分点），不设报销封顶线。

建档立卡贫困人口医疗救助政策

格执行现行医疗救助报销政策。

（一）门诊医疗救助

门诊救助的重点是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医疗救助对象。特困供养人员政策范围内个人自付费用全额救助。低保对象政策范围内个人自付费用在年度限额内按50%比例救助，日常门诊每人每年不超过1000元，重特大疾病不超过4000元。

（二）住院医疗救助

- 1、农村特困供养人员（即农村五保户）住院医疗费用经新农合、大病保险报销后，剩余医疗费用全额救助。
- 2、农村低保对象住院医疗费用经新农合报销却达不到大病保险报销的，剩余自付的合规费用按照 70%给予救助，封顶线为 2 万元；农村低保对象住院医疗费用经新农合和大病保险报销后，剩余自付的合规费用按照 70%给予救助，封顶线为 4 万元。
- 3、建档立卡农村贫困人口住院医疗费用经新农合报销却达不到大病保险报销的，剩余自付的合规费用按照 50%给予救助，封顶线为 1.5 万元；建档立卡农村贫困人口住院医疗费用经新农合和大病保险报销后，剩余自付的合规费用按照 50%给予救助，封顶线为 2.5 万元。