

《文山州城乡居民基本医疗保险实施细则》

政策解读

政策解读

为保障参保城乡居民基本医疗权益，确保参保城乡居民公平享有基本医疗待遇，根据《文山州城乡居民基本医疗保险实施办法》的规定，2019年12月31日，州医疗保障局制定下发了《文山州城乡居民基本医疗保险实施细则》，为便于社会各界和广大参保群众进一步了解城乡居民基本医疗保险政策，现将《文山州城乡居民基本医疗保险实施细则》政策解读如下：

《文山州城乡居民基本医疗保险实施细则》出台的背景和依据

■ 政策出台的背景：

- 我州原城乡居民基本医疗保险部分政策与目前国家和省对医疗保障工作的要求有差距。
- 随着社会经济的发展，人民群众收入水平不断提高，对医疗保障待遇需求不断增加，部分政策待遇满足不了群众的需求。
- 制定新的城乡居民基本医疗保险政策，进一步完善各项政策标准和落实相关政策要求，有利于加强城乡居民基本医疗保险的规范运行。

■ 政策制定的依据

- 《文山州城乡居民基本医疗保险实施细则》主要依据《文山州城乡居民基本医疗保险实施办法》和省级关于城乡居民基本医疗保险相关政策的规定。

目标和任务：

- 落实全民参保计划，确保参保全覆盖。
- 稳固待遇标准，保障参保居民待遇水平。
- 加强协议医药机构管理，提高医疗服务水平。
- 加强基金监管，打击欺诈骗保，确保基金运行安全。
- 推进支付方式改革，合理使用医保资金。
- 优化经办服务，提高群众对医保工作的满意度。

主要内容：

- 《文山州城乡居民基本医疗保险实施细则》共分为七章十九条。
- 明确城乡居民办理参保缴费和参保登记的方式方法，
- 明确参保资助对象和资助标准。
- 明确城乡居民门诊特慢病病种名称，审定标准和医保支付范围、起付线、支付标准及限额标准；重大疾病病种名称和支付标准；
- 明确先行支付的条件和办理程序。
- 明确协议医疗机构结算等级和收费执行标准，城乡居民医疗费用结算方式。
- 明确不予支付的各种情形。

■ 政策涉及范围：

（一）文山州行政区域内参保人、协议医药机构及服务人员、医保经办服务机构及人员

（二）文山州行政区域外的协议医疗机构及服务人员

待遇标准：

普通门诊待遇标准

- ▶ 州内纳入协议管理的村卫生室（含社区卫生服务站）、一级医疗机构（含社区卫生服务中心）、二级医疗机构享受普通门诊就诊待遇。
- ▶ 住院期间普通门诊费用不予报销。
- ▶ 统筹区外的普通门诊（含急诊）费用不予报销。
- ▶ 在村卫生室（卫生服务站）报销比例70%，平均处方值不超过35元；在一级医疗机构（含社区卫生服务中心）报销比例60%，平均处方值不超过50元。在二级医疗机构报销比例25%，平均处方值不超过200元。
- ▶ 未纳入慢性病管理的高血压、糖尿病患者药品费用报销不低于50%。
- ▶ 基层医疗卫生服务机构实行一般诊疗费制度。
- ▶ 被疑似携带狂犬病毒动物咬伤而接种狂犬疫苗医保报销70%。
- ▶ 年度内普通门诊医保统筹基金累计最高报销限额为400元

特殊病、慢性病门诊待遇

- ◆ 特慢病门诊：特殊病门诊起付线1200元、超过起付线部分的合规费用报销70%（尿毒症、精神分裂症和双向情感障碍症报销90%）。符合多种特殊病病种准入条件的患者，在一个自然年度内医保基金支付的起付标准单独计算，年度内支付限额按基本医疗保险和大病保险最高支付限额标准执行。
- ◆ 慢性病门诊限额内报销60%。符合多种慢性病病种准入条件的患者，医疗保险基金以费用限额最高的病种为基数，按所增加病种限额的30%增加总费用限额，合并总额不超过4000元，慢性病费用限额不列入年封顶线计算。

住院待遇：

- 参保城乡居民住院第一诊断符合重大疾病范围的病种，不受转诊转院限制，在限价费用标准内，不设起付线，不受药品目录、诊疗项目目录限制，限价费用标准内住院费用按70%报销（尿毒症和重性精神病报销90%），且不计入患者当年最高支付限额计算基数，省、州重大疾病定点救治医疗机构按照《文山州城乡居民重大疾病年度限价费用标准（试行）》执行，超出限价标准的费用由定点救治医院承担。
- 参保城乡儿童按照《云南省文山州城乡儿童先心病救治服务协议》，在广州军区总医院心脏外科手术住院产生的费用，在限额标准内按实际发生医疗费用的60%给予报销补偿，超出限额标准的费用由医院承担。
- 医疗费用依法应当由第三人负担，但第三人不支付的或医疗费用依法应当由第三人负担，但无法确定第三人的，纳入基本医疗保险先行支付。
- 州内城乡居民医保协议医疗机构住院结算等级按照医疗机构级别确定；医保经办机构与协议医疗机构结算的诊疗项目及床位费收费标准按照省级确定的相应收费类别标准执行。

注意事项：

• 城乡居民统筹基金不予支付范围：

（一）医疗服务类

1. 门诊及住院病历工本费。
2. 各种医疗风险费、滞纳金。
3. 各种特需医疗服务项目（如点名手术、点时手术、点名会诊、点名检查、点名护理、自请护士、家庭医疗保健等）。

（二）生活服务设施类

1. 就（转）诊交通费、急救车费、担架员随急救车出诊费等。
2. 陪护费、陪客床椅费、陪客水电费、护工费、营养费、药膳费等杂费。
3. 空调使用费、电话、电视、电炉、煤气、电冰箱、食品保温箱等费用。
4. 特需服务的项目和服务设施费。
5. 尸体料理费、尸体冷藏费。
6. 各种与诊疗无直接关系的费用（如脸盆、口盅、餐具、牙具、一次性鞋套、洁净袋、卫生纸费、尿垫费、尿布费、排尿排便器具费、押瓶费等）。

（三）非基本医疗费用

1. 各种美容、整形项目：如皮肤色素沉着、痤疮、疤痕美容、激光美容、脱痣、激光平疣、腋臭、除纹身、除皱、除眼袋、雀斑、老年斑、开双眼皮、洁牙、镶牙、治疗白发、秃发、脱发、植发、脱毛、隆鼻、隆胸、穿耳洞等费用。
2. 各种矫形及生理缺陷的手术、检查治疗康复项目：如口吃、平足、安装假肢、假眼、假发、假牙、验光配镜、鼻鼾等矫形、正畸产生的费用。但小儿麻痹、先天性唇腭裂、先天性髋关节脱位、先天性心脏病、儿童脑瘫、智障、脊髓损伤等手术和康复治疗项目以及其他严重影响肢体功能的矫形手术和康复治疗项目除外。
3. 各种健美治疗项目：如减肥、增胖、增高等项目费用。
4. 各种健康体检：如婚前检查、旅游体检、出境体检、疾病普查等项目费用。
5. 各种预防、保健性项目：如保健按摩、自动按摩床治疗、体疗健身、各种疫苗预防接种（狂犬疫苗除外）、预防服药、预防注射以及疾病的普查普治和预测、社会调查、跟踪随访等费用。
6. 各种医疗咨询、健康预测：如心理咨询、健康咨询、性咨询、婚育咨询等费用。
7. 各种医疗鉴定：医疗事故鉴定、精神病等法医学鉴定、医务劳动鉴定、伤残等级鉴定、职业病鉴定、各种验伤鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等费用。

（四）诊疗设备及医用材料类

1. 未纳入云南省城乡居民基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医用耗材目录、医疗服务设施范围和标准（急救除外）；200元以上的进口材料。
2. 各种治疗器械：如矫形鞋、助力器、助听器、健脑器、皮下给药装置、电话传输心电图监护系统（心脏BP机）等费用。
3. 各种自动按摩、保健、治疗用品：颈托、腰托、胃托、肾托、阴囊托、子宫托、平足托、疝气带、护膝带、护腰带、钢背心、钢腰围、钢头颈、热敷带、药枕、药垫、拐杖、轮椅、健身按摩器和各种磁疗用品及家用检测治疗仪器等费用。
4. 国家、省级及州（市）物价、卫生、财政部门规定不可单独收费的一次性医用材料费。

（五）治疗项目类

1. 各种器官或组织移植时，其购买器官源或组织源费用。
2. 近视眼矫形术费用、变性手术费用，气功疗法、音乐疗法、保健性营养疗法等辅助性治疗项目费用和戒毒治疗费用。

（六）其他

1. 各种不孕（育）症、试管婴儿（人工受精）、保胎、性功能障碍的诊疗项目费用。
2. 人流术（药流术）、引产术、放（取）环术、结扎术等计划生育手术产生的医疗费用。
3. 冒名住院、挂床住院、叠床住院、与病情无关的检查、治疗、药品费用以及超过规定出院带药费用；不符合入院标准等其他违反城乡居民医保管理规定所发生的医疗费用。
4. 住院病人应当出院而拒不出院，从医院确定出院之日起发生的医疗费用；住院期间发生的门诊费用不予报销。
5. 有第三者或其他赔付责任并能获得赔偿的医疗费用；酗酒、打架斗殴、吸毒、性病（艾滋病除外）、自伤自残（精神病患者除外）、违法犯罪行为所致伤害及被拘留、逮捕和服刑期间发生的医疗费用；因医疗事故所增加的医疗费用。
6. 有交通违法行为发生的事故导致的医疗费用
7. 在境外（含港澳台地区）发生的医疗费用。
8. 未经相关部门批准的医院自定项目、检查、治疗和自制药品的费用，以及擅自提高收费标准费用。
9. 在非协议医疗机构住院产生的费用。
10. 其他不属于基本医疗保险基金支付范围的费用。

注意事项：

- 参保城乡居民就诊按照分级诊疗、逐级转诊的原则就诊和报销。在省级和省外协议医疗机构住院发生的医疗费，符合转诊转院的由医保统筹基金支付60%，不符合转诊转院的由医保统筹基金支付40%。在州内三级医疗机构住院发生的医疗费，符合转诊转院的由医保统筹基金支付60%，不符合转诊转院的由医保统筹基金支付50%。在州内二级医疗机构住院发生的医疗费，符合转诊转院的由医保统筹基金支付80%，不符合转诊转院的由医保统筹基金支付68%。
- 参保城乡居民因病情急、危、重或者外出等原因在州外协议医疗机构住院治疗未能及时结算费用，或者在尚未实现联网结算的协议医疗机构发生的住院医疗费用，先由个人垫付，再持协议医疗机构出具的出院证明、医疗费用发票和全部费用清单（特殊病、慢性病门诊处方和发票）等资料原件，在次年3月31日前到参保地经办机构办理报销补偿有关手续。
- 参保人因病情需要就近到非定点医疗机构实施急诊抢救的，应在3个工作日内到参保地医保经办机构备案，未经备案的不予报销。

关键词诠释：

■ 特殊病是指：

恶性肿瘤（包括各种癌症、肉瘤、淋巴瘤、多发性骨髓瘤、黑色素瘤、生殖细胞瘤、白血病、及其他需要放、化疗的颅内肿瘤）、慢性肾功能衰竭（尿毒症）（包括血透、腹透、CRRT 治疗）、器官移植（包括肾移植、肝移植、血液系统疾病的骨髓移植和干细胞移植、心肺移植）、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血（包括遗传性球形红细胞增多症、自身免疫性溶血性贫血、地中海贫血）、精神分裂症及双相情感障碍症、帕金森氏病、血友病、儿童生长发育障碍（生长激素缺乏症）、小儿脑瘫、重症肌无力（包括肌营养不良症、运动神经元疾病）、儿童免疫缺陷病、耐药肺结核等共13种（类）。

■ 慢性病是指：

慢性肾炎（肾病综合症）、冠心病、糖尿病、原发或继发性高血压II-III期、甲亢、甲减、癫痫、支气管扩张（支气管哮喘、婴幼儿哮喘、咳嗽变异性哮喘）、肺心病慢性阻塞性肺气肿、心力衰竭、脑血管意外（脑出血、脑血栓、脑梗塞或脑梗死、脑萎缩及后遗症）、活动性结核病、慢性活动性肝炎、类风湿性关节炎（幼年特发性关节炎、幼年性皮炎）等共14种（类）。

■ 重大疾病是指：

儿童血液病（含急性淋巴细胞白血病和急性早幼粒细胞白血病、再生障碍性贫血、免疫性血小板减少症、噬血细胞综合征）、儿童恶性肿瘤（淋巴瘤、神经母细胞瘤、骨及软组织肉瘤、肝母细胞瘤、肾母细胞瘤、视网膜母细胞瘤）、儿童先天性心脏病（含房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭、肺动脉瓣狭窄、法式四联征以及合并两种或以上的复杂性先心病）、1-6岁儿童苯丙酮尿症、耐多药肺结核、I型糖尿病、甲亢、艾滋病机会性感染、肺癌、肝癌、乳腺癌、宫颈癌、食道癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、慢性粒细胞白血病、急性心肌梗塞、脑梗（塞）死、血友病、唇腭裂、尿道下裂、终末期肾病、重性精神病，尘肺、地中海贫血、小儿脑瘫等27类（种）疾病。

惠民利民举措：

➤ 对特殊人群实施资助参保：

- 医保部门全额资助城乡特困人员；对城乡低保人员、一、二级重度残疾人、低收入家庭60周岁以上的贫困老年人及未成年人定额资助120元/人/年；对3个边境县的边境一线以行政村为单位的农村居民，定额资助70元/人/年，其余部分由个人承担；对纳入农村低保、农村特困供养范围内以及居住在边境一线行政村的农村重点优抚对象实行全额资助参保，其中，医保部门定额资助120元/人/年，不足部分由退役军人事务管理部门用优抚对象医疗补助资金资助。对符合条件的事实无人抚养儿童按标准给以参保资助。
- 卫生健康部门对农村独生子女户夫妻及其未满18周岁的子女、双女绝育户夫妻给予定额资助180元/人/年，特殊家庭给予全额资助。

- 特慢病患者在统筹区内自由选择协议医疗机构就诊，在统筹区外就诊经参保地医保经办机构备案。
- 外出到省外的参保人员因危、急、重症未能及时办理转诊转院手续的，在出院前报参保地经办机构备案，按照首诊住院报销医疗费用。
- 重大疾病患者和特殊病患者可直接在各级医疗机构就诊住院，按照相应标准报销住院医疗费用。
- 参保人发生危急重症，身体处于危险状态时，在定点医疗机构（或来不及到定点医疗机构，按照就近就地原则到非定点医疗机构）就诊发生门诊急诊抢救医疗费、救护车上发生的急诊抢救费用及药品医疗费纳入住院报销。