

杨凌示范区社会事业局 杨凌示范区人力资源和社会保障局 文件

杨管社发〔2018〕115号

杨凌示范区社会事业局 杨凌示范区人力资源和社会保障局 关于调整城乡居民基本医疗保险政策的 通知

杨陵区卫计局、人社局、示范区医院：

为进一步规范和完善示范区城乡居民基本医疗保险管理，根据《陕西省卫生计生委陕西省财政厅关于进一步做好全省城乡居民基本医疗保险工作的通知》（陕卫体改发〔2018〕70号）、《陕西省卫生计生委关于2017年全省城乡

居民医疗保障（城乡居民）制度建设工作的通知》（陕卫体改发〔2017〕40号）等相关文件精神，结合示范区实际，经研究决定，对示范区城乡居民基本医疗保险有关政策进行调整，请各相关部门做好贯彻落实。

一、统一使用“示范区农科城卡”和“社会保障卡”

从2019年起，逐步取消合疗证（居民医保证）制度，启动使用“农科城卡（居民健康卡、陕西省社会公共服务卡）”和“社会保障卡”工作，提高信息化程度，方便群众就医。

二、提高筹资标准

按照省要求，2019年城乡居民个人筹资标准暂定为每人每年220元。

三、城乡居民基本医疗保险住院报销每人每年最高为13万元

参保群众在一个参保年度内住院累计最高支付限额为13万元。超过住院最高支付限额的参保群众年内发生的其他住院医药费用，由各经办机构负责将患者住院信息录入城乡居民医疗保险系统，确保大病保险报销不受影响。

四、门诊统筹年度报销限额为160元

其中每人每年70元门诊统筹基金，在定点医疗机构按照“单人定标、整户封顶、现场直补、年底归零”办法，由参保群众在区内一级及以下定点医疗机构自主择医就诊。在村级定点医疗机构（定点药店）就诊，医药费按照75%予以

现场直补；在一级定点医疗机构就医按照 65%予以现场直补，用完为止。其余 90 元实行“单人定标、年底归零”，参保群众只能在区内一级定点医疗机构就诊报销。

五、设定区内三级医院起付线及报销比例

区内三级医疗机构住院起付线 1500 元，报销比例为 70%。

六、提高住院分娩定额补助标准

各级各类城乡居民定点医院所有住院分娩实行定额补助（住院分娩补助的对象必须符合计划生育政策），生理产科（阴式分娩）每例补助 800 元，病理产科（剖宫产）每例补助提高到 1950 元。

七、急诊费用纳入住院报销

急诊急救病人由急诊科转入同一所医院住院，住院前 72 小时在本院发生的医疗费用纳入住院报销。

参保患者在辖区内协议医疗机构急诊（观察、抢救室）诊治尚未住院，或由急诊转本院住院治疗后住院合规费用达不到起付标准并发生死亡的病例，城乡居民医保报销不设起付线，诊治期间发生的合规费用全部纳入城乡居民医保报销范围，按就诊医院城乡居民医保报销比例进行报销。

省级协议医院死亡病例，参保患者在省级协议医疗机构住院诊治（含急诊）并发生的死亡病例，按正常住院报销办法执行。

八、住院前的门诊检查费

同一定点医院住院前 72 小时内门诊检查费纳入本次住院补偿范围。属单病种管理的病例，门诊检查费用按 55% 予以补偿。乡镇卫生院（社区卫生服务中心）的住院前门诊检查费纳入门诊统筹补助。住院期间外院的检查费不纳入本次住院补偿。

九、肿瘤化疗、放疗患者住院报销

参保患者在各级协议医疗机构住院实施肿瘤化疗、放疗的治疗费用，按同一年度同一医院连续放（化）疗累计计算医疗费用，累计的医疗费用只扣减一次起付线，按协议医疗机构住院报销比例执行。其他疾病不再执行“本人一个参保年度内因为同一种疾病在同一家医疗机构多次住院，只扣除一次起付线”政策。

十、城市公立医院医疗服务价格改革后报销政策

辖区内执行城市公立医院医疗服务价格改革后的定点医疗机构，城乡居民床位费按床·日最高限额纳入统筹报销。限额为：三级医院 25 元，二级医院 20 元。收费低于限额的，据实纳入统筹报销。

将执行城市公立医院医疗服务价格改革后的定点医疗机构的门诊诊查费列入门诊统筹基金预算管理。参保患者到城市公立医院就诊，患者门诊挂号需出示身份证和“农科城卡（居民健康卡、陕西省社会公共服务卡）”或“社会保障卡”，即可享受门诊诊查费用中新增部分的补助政策。各

协议医疗机构门诊诊查费按门诊报销程序与经办中心按月结算，并提供汇总结算表（见附件）及明细清单，同时将门诊诊查费发票联（或收据联）留存备查。

十一、扩大农村参保贫困残疾人城乡居民基本报销范围

在已有运动疗法等 9 项残疾人康复项目基础上，将康复综合评定、吞咽功能障碍检查、手功能评定、平衡试验、平衡训练、表面肌电图检查、轮椅技能训练、耐力训练、大关节松动训练、徒手手功能训练、截肢肢体综合训练、小儿行为听力测试、孤独症诊断访谈量表(ADI)测评、日常生活活动训练、职业功能训练、精神障碍作业疗法训练、减重支持系统训练、电动起立床训练、儿童听力障碍语言训练、言语能力筛查等 20 项康复项目纳入农村参保建档立卡贫困残疾人城乡居民基本医保报销范围。

放宽农村健康扶贫对象中的残疾儿童(14 周岁以下)住院转诊条件，首次住院转诊需按照分级诊疗要求和规范执行，后续治疗和康复治疗只需要在参保地经办中心备案即可。

以治疗性康复为目的的运动疗法等 29 项医疗康复项目费用，必须在取得城乡居民康复定点资质的医疗机构（或相关科室）就诊，产生的费用方能纳入城乡居民医保报销范围。

十二、全面实施分级诊疗制度

对符合分级诊疗要求，规范转诊的上转、下转患者，按照异地就医结算方案和有关文件要求执行，未执行规范转诊

者在原报销比例上降低 10%。急性重大传染病、危重、急症、65 岁以上老人、5 岁以下儿童、孕产妇到上级协议医院就诊，可免开转诊单。白血病、恶性肿瘤、术后复诊（限 1 月内）到上级协议医院就诊，患者只需开具首次住院转诊单，后续就诊免开转诊单，使用复印件即可。异地长期居住或外地工作者，在区城乡居民医保经办机构持居住证明或就业证明进行异地就医登记备案后，本年度可就近选择登记备案的医疗机构直接就诊，报销比例按原标准执行。

十三、整合和规范城乡居民医疗保险目录

（一）建立医疗保险药品目录库

药品目录执行《陕西省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2018 年版）》。中药饮片及药材费用除《药品目录》规定不予支付的品种外，剩余部分按基本医疗保险政策规定支付。

（二）建立诊疗服务项目库

协议医疗机构中的城市公立医院诊疗项目执行《陕西省城市公立医院医疗服务项目价格（2017 版）》，其他的医疗机构诊疗项目执行《陕西省医疗服务项目价格（2011 版）》。

大型医疗仪器设备检查检验费用先由患者自付 30%（三级医院 150 元以上、二级和一级医院 100 元以上），余额纳入报销范围进行核算。

（三）建立医疗保险医用材料目录库

协议医疗机构中的城市公立医院医用材料按《陕西省城市公立医院医疗服务项目价格（2017版）》的目录执行，其他的仍按《陕西省医疗服务项目价格（2011版）》的目录执行。

医用材料（不含城乡居民不予支付费用的项目）按下列规定执行：单价低于2000元（含2000元）的，全部纳入报销范围，按规定予以报销；单价在2000元-10000元（含10000元），超出2000元部分的按50%纳入报销范围，按规定予以报销；单价10000元-30000元（含30000元），超出2000元部分的按40%纳入报销范围，按规定报销；单价30000元以上（不含30000元），超出2000元部分的按30%纳入报销范围，按规定予以报销。

（四）建立医疗保险病种目录库

病种目录执行《国际疾病分类（ICD-10）》、《国际疾病分类手术与操作（ICD-9）》（全国版）。

十四、门诊统筹一般诊疗费报销

区内建档立卡的贫困户在城乡居民定点的镇卫生院（社区卫生服务中心）及村卫生室就诊，门诊统筹实行一般诊疗费全额报销。

十五、门诊特殊慢性病报销

参保群众门诊特殊慢性病按照现行标准报销，在区外治疗产生的合规费用每年分两次报销，7月1日——7月31日

报销上半年费用,12月1日——12月31日报销下半年费用。

十六、城乡居民参保有关政策

城乡居民的参保对象为统筹区域内的所有城乡居民,坚持整户参保的原则,以家庭为单位自愿参加城乡居民基本医疗保险,按时足额缴纳个人缴费。中断参保者,重新参保要按照中断年度城乡居民个人筹资缴费额度补缴中断期间个人应缴纳的参保费用,且不得享受中断缴费期间城乡居民待遇。首次参保者不补缴以前年份参保个人缴费。参加国家其他基本医疗保险者,在其提供上述任何一种基本医疗保险的书面证明后,可在城乡居民医保整户基数中核减参保人数,家庭其他成员参保者视同整户参保。

符合计划生育的新生儿,本年度内可随参保母亲或父亲享受城乡居民住院报销。享受时间从出生之日起至当年12月31日止。下年度必须以家庭成员身份缴费参加城乡居民基本医疗保险,方可继续享受城乡居民医保各项报销。新生儿住院报销只包括住院、诊疗、检查、药品等基本医疗费用,保健、生活及其他类费用不能纳入城乡居民医保补偿范围。

新生儿随参保母亲或父亲享受城乡居民住院报销费用与参保母亲或父亲分别结算,并单独享受城乡居民医保住院报销最高支付限额。新生儿当年首次在各级协议医疗机构住院者,患者家属须在参保地卫生院(社区卫生服务中心)或社区完成新生儿网上信息确认登记即可申请报销。

十七、不能纳入城乡居民补偿范围的条款补充

在我区原有规定不能纳入城乡居民补偿范围的项目基础上，依据省级相关政策，对我区不能纳入城乡居民补偿的项目做如下补充：

（一）安置和使用义眼、义肢等康复性器具，埋藏式自动复律除颤器（ICD）的费用，各类单独收费的腔镜使用费；

（二）各类医疗鉴定费（含医疗事故鉴定费）、医疗咨询费、健康教育费、健康档案费、康复性医疗（如气功、按摩、推拿、理疗、磁疗等）和康复功能评定及功能训练费（农村参保贫困残疾人 29 项康复项目除外）、不孕不育症、产后恢复期体疗费、非疾病治疗需要的高压氧舱费；

（三）各类科研性、临床验证性的一次性医用材料、质检部门监测不合格的一次性医用材料及未在医保管理部门备案的一次性医用材料；

（四）新型昂贵的特殊检查；

（五）尸体整容费、尸体存放费、离体残肢处理（包括死婴处理）费；

（六）除特殊情况外同一病种住院间隔未达到两周的再次住院费用；

（七）出院带药超过 7 天的费用（精神分裂症、癫痫、术后排异用药等特殊病种除外，最长不超过一个月）。

十八、简化申报资料

参保患者申报城乡居民医疗保险补助时，普通患者只需提供身份证（户口本）和“农科城卡（居民健康卡、陕西省社会公共服务卡）”或“社会保障卡”原件并留存复印件即可，在全面使用“农科城卡（居民健康卡、陕西省社会公共服务卡）”或“社会保障卡”前，合疗证（居民医保证）同时有效（2019年3月底前），其他享受特殊政策的患者还需提供相应证件原件并留存复印件。

此前相关规定与本通知不一致的，按本通知执行。自2019年1月1日起执行。

附件：陕西省城乡居民新增门诊诊查费汇总表（样表）

杨凌示范区社会事业局



杨凌示范区人社局



2018年10月26日

附件：

陕西省城乡居民新增门诊诊查费汇总表（样表）

医院（盖章） 结算阶段： 年 月 日 一 年 月 日

患者所在 区县	序 号	姓名	身份证号码	城乡居民补助 费用（单位：
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
就诊人次 合计			费用合计	

填表人： 审核人： 填写日期： 年 月 日

抄送：各定点医院、定点药店

杨凌示范区社会事业局

2018年10月26日印发
