

咸阳市医疗保障局文件

咸医保发〔2021〕57号

咸阳市医疗保障局 关于调整完善城镇职工和城乡居民 医疗保险有关政策的通知

各县市区医疗保障局，局属单位：

为不断提高参保人员医疗保障待遇水平，持续释放医保政策红利，切实推进医保支付方式改革，根据《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）、《中共陕西省委陕西省人民政府印发〈关于深化医疗保障制度改革的若干措施〉的通知》（陕发〔2021〕16号）、《咸阳市人民政府办公室〈关于印发咸阳市深化医

药卫生体制改革 2021 年重点工作任务》的通知》（咸政办函〔2021〕145 号）和《中共咸阳市委办公室咸阳市人民政府办公室〈关于印发各市区县和市级部门 2021 年度目标责任考核指标〉的通知》（咸办字〔2021〕53 号），结合全市城镇职工和城乡居民医保基金运行情况，现对城镇职工、城乡居民基本医保、生育保险和大病保险等有关政策规定作以下调整：

一、调整城镇职工医疗保险缴费政策

1. 城镇职工基本医疗保险费原则上按月缴纳，也可选择一次性缴数月或全年。灵活就业人员基本医疗保险费按年缴纳（当年达到法定退休年龄且满足最低缴费年限的退休人员一次缴纳至退休月份），大额医疗补助和大病保险费按年缴纳。

2. 单位参保后，个别人员因故未能同时参保的，可按单位正常缴费比例补缴未参保期间的所有医疗保险费，自缴费之日起享受医疗保险待遇。不补缴医疗保险费的，设 6 个月医疗待遇等待期。

补缴未参保期间医疗保险费人员，不予补划个人账户，不享受医疗保险统筹待遇，补缴期间作为实际缴费年限计算。

参保人员中途退（停）保又重新要求参保的，按本条规定执行。

二、调整城镇职工、城乡居民医保住院政策

3. 下调城镇职工、城乡居民医保住院起付标准金。

| 人员类别 | 医疗机构级别 | | 起付标准金(元) |
|------|-----------------------------|---------------|----------|
| 城镇职工 | 市级统筹地区 | 三级医疗机构 | 1200 |
| | 转院及异地备案人员 | 三级医疗机构 | 1500 |
| | 未办理转院及异地备案人员 | 三级医疗机构 | 2500 |
| 城乡居民 | 市级统筹地区 | 三级医疗机构 | 1200 |
| | | 二级医疗机构 | 650 |
| | | 一级医疗机构 | 220 |
| | | 镇卫生院、社区卫生服务中心 | 160 |
| | 转院及异地备案人员 | 三级医疗机构 | 1500 |
| | 未办理转院及异地备案人员、统筹地区内未办理分级诊疗人员 | 三级医疗机构 | 2500 |

4. 降低城镇职工、城乡居民住院期间乙类药品、耗材和检查费个人先自付比例。

| 人员类别 | 项目 | 费用 | 个人先自付比例(%) |
|------|------|----------|------------|
| 城镇职工 | 乙类药品 | 5000 元以上 | 25 |

| | | | |
|-------------------------|----------|--------------------------------|--------------------|
| | | 0—10000 元（含 10000 元） | 10 |
| | 耗材 | 10000 元—50000 元 （含 50000 元） | 20 |
| | | 50000 元以上 | 40 |
| 城乡居民 | | 乙类药品 | 0—5000 元（含 5000 元） |
| | 5000 元以上 | | 25 |
| | 耗材 | 0—10000 元（含 10000 元） | 10 |
| | | 10000 元—50000 元 （含 50000 元） | 20 |
| | | 50000 元以上 | 40 |
| | 检查 | 1000 元—3000 元（含 3000 元） | 20 |
| 3000 元—8000 元（含 8000 元） | | 30 | |
| 8000 元以上 | | 40 | |

5. 提高中医药项目保障水平。城乡居民政策范围内住院中草药汤剂和针灸治疗项目费用在原支付比例基础上提高 10%（病种支付疾病除外，起付标准金不在中草药汤剂和针灸治疗项目费用中扣除），但基本医疗保险基金支付金额不高于可纳入医疗保险支付范围费用总额。

6. 规范分级转诊政策。对市域内符合分级转诊规范要求的参保城乡居民，基本医疗保险采取鼓励性政策。对符合转诊规范要求的上转患者，上级医疗机构执行两级医疗机构起付线差额部分；符合下转条件的参保患者转至下级定点医疗机构住院，且继续按照医疗技术规范实施与本次在上级

医疗机构诊疗疾病相关医学康复治疗，取消下级医疗机构起付线。

市级统筹区内，参保职工因病情需要，需转往上级医疗机构的，可先转院，住院期间补办转诊手续（节假日顺延），转诊手续一次有效。

7. 简化城镇职工住院结算办法。城镇职工基本医疗保险除“病种支付疾病、单病种支付疾病（仅限市级统筹地区）”外均按普通病管理。

8. 调整城镇职工住院单病种范围。城镇职工单病种支付疾病为：恶性肿瘤、肝硬化晚期、白血病、慢性肾功能衰竭、脑出血、骨髓异常增生综合症、急性出血坏死性胰腺炎、先天性心脏病合并肺动脉高压。

9. 增加住院患者院外费用报销项目。城镇职工、城乡居民在统筹区内住院期间，因本院不具备条件，经本院审批同意在其他定点医疗机构产生的检查、化验、药品等费用纳入本次住院费用支付范围。

10. 调整城镇职工基本医疗保险基金和大额医疗补助年最高支付限额。基本医疗保险年最高支付限额为 10 万元，大额医疗补助年最高支付限额为 30 万元。

三、调整城镇职工、城乡居民门诊政策

11. 提高城乡居民普通门诊统筹待遇。城乡居民门诊统筹年支付限额为 120 元。

12. 提高城镇职工、城乡居民门诊特殊病待遇。

①城镇职工、城乡居民门诊特殊病月起付标准金为 30 元。

②延长门诊特殊病有效期。肝硬化失代偿期、恶性肿瘤晚期、慢性肺源性心脏病、慢性阻塞性肺病、强直性脊柱炎、肝豆状核变性、间质性肺炎、阿尔茨海默病等八个病种实行一次鉴定，长期有效。除多耐药肺结核、慢性活动性肝炎、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、癫痫等五个病种有效期为 2 年外，其余门诊特殊病病种有效期为 5 年。有效期满后需要再次享受者应重新申请鉴定。

13. 落实门诊慢性病长期处方规定。处方原则不超过 1 个月使用量，根据慢性病特点，病情稳定的患者可适当延长，最长不超过 3 个月。超过 1 个月的长期处方，应当经过医师严格评估，并在病历中记录且有患者签字。门诊特殊病患者长期处方起付标准金、医疗费用限额按照购买月数进行累计。

14. 提高“两病”门诊用药保障待遇。一个年度内，“两病”患者发生的门诊药品费用，医保基金最高支付限额高血压为 400 元、糖尿病为 500 元。

四、扩大城镇职工、城乡居民大病保险政策保障范围

15. 对未办理转院、异地备案和统筹地区内分级转诊手续的参保职工、居民，医保报销后的政策范围内住院医疗费用（不包括基本医保提高起付金个人承担部分）纳入大病保险保障范围。

16. 继续落实城乡居民大病保险倾斜支付政策，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%，支付比例各段均提高 5 个百分点，取消年度最高支付限额。

五、调整城镇职工生育保险待遇政策

17. 提高女职工生育保险医疗费待遇。统筹区内发生的可纳入医疗保险基金支付范围的医疗费用（个人先自付比例、基金年最高支付限额按基本医疗保险相关规定执行），按下表规定支付（基本医疗保险和大额医疗补助均按此标准执行）。

| 序号 | 待遇类别 | | 医疗保险基金支付限额（元） | 产假天数（天） | 医疗保险基金支付范围 |
|----|---------------------|-----------------|---------------|---------|--|
| 1 | 产前检查费 | | 1000 | / | 不含流产（引产）人员 |
| 2 | 流产（引产） | 未满 4 个月流产 | 500 | 15 | 除因涉及婴儿存活质量（如死胎、畸形胎、胚胎停止发育等）或女工生命安全问题，基金按规定支付外，其他人为性流产（引产）不在支付范围。 |
| | | 满 4 个月未满 7 个月流产 | 1500 | 42 | |
| | | 7 个月以上终止妊娠 | 2000 | 98 | |
| 3 | 正常分娩（含怀孕 7 个月以上早产的） | | 3500 | 98 | 多胞胎生育的，每多生一个婴儿，增加生育医疗费 500 元、产假 15 天。 |
| 4 | 剖宫产 | | 6000 | 98+15 | |

18. 参保女职工统筹区内生育就诊时出现并发症的按普通病结算。

19. 参保女职工因生育在统筹区外定点医疗机构就诊时需办理转院或异地备案手续，产生的医疗费用在出院时直接结算。

20. 参保女职工生育津贴按照分娩时所在参保单位上年度实际缴纳的医疗保险费用月平均工资为基数计发。

21. 参保女职工在统筹区外定点医疗机构未直接结算的

生育医疗费用，待产假期满后，单位经办人携带以下资料，每月 1-20 日在参保地医保经办机构一次性审核办理生育医疗费和生育津贴。

- ① 《参保职工生育待遇申报汇总表》；
- ② 社会保障卡；
- ③ 女职工本人身份证复印件；
- ④ 正常分娩、剖宫产提供住院病案首页、出院记录、诊断证明（加盖医院骑缝公章），流产、引产提供门诊病历原件和 B 超检查单；
- ⑤ 费用明细汇总单（加盖医院公章）及医疗费用有效票据。

参保女职工在市级统筹地区定点医疗机构持卡结算生育医疗费用的，申领生育津贴时需提供以上 1-3 项资料到参保地医保经办机构办理；统筹区外持卡结算、统筹区内未持卡结算及因并发症按普通病结算的申领生育津贴时需携带 1-4 项规定资料，按普通病结算的还需提供医院医保结算单。

六、规范有关报销结算规定

22. 扩大城镇职工异地安置人员范围。将异地居住的在职人员纳入异地安置人员范围，办理所需资料参照异地安置退休人员。

23. 规范城镇职工、城乡居民现金报销政策。统筹区外未持卡结算、未办理异地或转院备案手续人员所产生的医疗费用回参保地医保经办机构审核报销，执行参保地现行基本医

疗保险药品目录、诊疗项目范围、医疗服务设施（床位费）、耗材政策，起付标准金及报销比例按照我市相关异地政策执行。

24. 简化城镇职工、城乡居民谈判药品报销流程。

①统筹区外住院费用已结算人员持住院费用结算单、自费购买药品处方、正式有效发票及长期临时医嘱（医嘱须有外购药品自备标注），到参保地医保经办机构审核报销。

②我市符合条件的省内异地备案人员使用特殊药品的，持两年内（含两年）病史资料、处方、有效票据、就医地特药定点机构名单等资料及社会保障卡或身份证到参保地医保经办机构审核报销，执行参保地报销政策，由他人代办的需提供代办人身份证及复印件。非门诊大额慢性病使用的药品按照门诊大额慢性政策执行。

七、其他

25. 取消咸阳市医保局 财政局 税务局《关于调整我市城镇职工医疗保险有关政策的通知》（咸医保发〔2019〕83号）文件中第六条“基本医疗保险基金支付范围外及个人承担部分可由本人或其亲属职工基本医疗保险个人账户支付（个人承担部分不纳入大病保险支付范围）”之规定。

26. 规范医保基金总额控制范围。门诊大额慢性病费用不列入总额控制管理范围，实行单独核算。

以上调整政策从2022年1月1日起执行。市医疗保障基金监测中心对接市医疗保障经办机构做好系统平台政策维护

工作，市、县两级医疗保障经办机构负责做好政策培训和待遇审核工作。同时，在政策执行过程中加强运行监测，掌控运行态势，防范基金风险，促进医保制度持续健康发展。



咸阳市医疗保障局
2021年12月2日

咸阳市医疗保障局

2021年12月2日印发