

新疆维吾尔自治区 喀什地区行政公署办公室文件

喀署办发〔2021〕83号

关于调整规范喀什地区城乡居民医疗保险政策的 通 知

各县、市人民政府，地直各有关单位：

为规范全地区城乡居民医疗保险政策，不断提高医保部门依法行政水平，对照国家、自治区医疗保障待遇清单，地区医保局对现行的城乡居民医疗保险政策进行了系统梳理，现将喀什地区城乡居民医疗保险政策调整规范如下：

一、城乡居民基本医疗保险

（一）参保范围

除职工医保已参保人员或按规定享有其他保障的人员以

外的全体城乡居民均应参加城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）。包括具有喀什地区户籍或者居住证且未参加职工医保的人员，喀什地区大中专高等院校、中等职业学校、中小学、特殊教育学校以及托幼机构在园幼儿，新生儿。

（二）缴费标准

居民医保由个人缴费和政府补助相结合。

个人缴费：按照不低于自治区最低标准的要求确定本地区标准。普通城乡居民全额缴纳个人缴费部分；对特困人员、孤儿实行全额资助；对低保对象、边缘易致贫户、突发严重困难户、脱贫不稳定户、纳入防贫监测的脱贫人口等困难群体实行定额资助。

政府补助：政府补贴资金分为中央财政补贴资金、自治区财政补贴资金，按照国家、自治区的标准给予补助，直接拨付到居民医保基金账户。

（三）缴费方式

1. 新参保人员在办理参保手续时，需携带本人身份证（或户口本）复印件，到乡镇（街道）劳动保障所办理参保登记。

2. 已办理参保登记的城乡居民，可以通过银行POS机、微信小程序“新疆税务社保缴费”等方式完成缴费。

3. 参保人已连续2年（含2年）以上参加居民基本医疗保险的，因就业等个人状态发生变化由居民医保切换为职工医保（主要指灵活就业人员、失业保险金代缴基本医疗保险费人员）参保关系的，且中断缴费时间不超过3个月的，缴费后即

可正常享受待遇，确保参保人待遇无缝衔接。职工医保中断缴费时间超过3个月以上的（不含3个月），有6个月待遇享受等待期，待遇享受等待期内产生的政策范围内医疗费用，由城乡居民医疗保险予以报销。待遇享受等待期满后暂停原城乡居民基本医疗保险参保关系。

4. 新生儿参保登记应使用本人真实姓名、居民身份证或户口簿。原则上新生儿出生后90天内由监护人按相关规定办理参保登记。自出生之日起至90天内未及时参保的，产生的医疗费用（含死亡）跟随母亲身份给予报销；90天后仍未参保的，产生的费用不予报销。新生儿不受转诊下浮比例的限制。当年10月1日以前出生的新生儿，需缴纳出生年度、预缴下年度的基本医疗保险费。

（四）待遇

1. 住院

目录范围：基本医疗保险按照医保目录药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围支付，乙类药品及医疗服务项目取消先行自付部分，乙类材料先由个人自付10%（国产）、20%（特殊材料）、30%（进口）。丙类药品、医疗服务项目、医用耗材全自费。

起付线：一级医疗机构：起付线100元。

二级医疗机构：起付线300元。

三级医疗机构：起付线800元。

年度内当住院起付线累积至1000元时，不再扣减起付线。

支付比例：

一级医疗机构：起付线以上政策范围内费用按 90% 比例支付。

二级医疗机构：起付线以上政策范围内费用按 80% 比例支付。

三级医疗机构：起付线以上政策范围内费用按 60% 比例支付。

65 岁以上（含 65 岁）参保居民在一、二、三级定点医疗机构政策范围内报销比例的基础上，统一提高 5%。

年度限额：居民医保的统筹年度按自然年度计算，在一个自然年度内（以出院时间为准），居民医保最高支付限额为 8 万元。

参保居民急诊、抢救医疗费用报销不受定点医疗机构管理、异地就医备案等限制。因急诊、抢救在非定点医疗机构就医发生的费用，由医疗机构出具相关证明，对政策范围内医疗费用按就诊医疗机构级别住院标准报销。除此之外，在非定点医疗机构产生的费用不予报销。参保居民在定点医疗机构急诊产生的政策范围内费用，按就诊医疗机构级别住院标准报销。

参保患者按照出院时间、出院时人员身份获取待遇参数，业务核算年度同自然年度保持一致。

2. 普通门诊

参保居民在门诊就医的，发生符合规定的医疗费用，由居民医保基金按 90% 比例支付。村、站级定点医疗机构单次门诊

最高支付限额为 60 元；乡镇（社区服务中心）级定点医疗机构单次门诊最高支付限额为 70 元；县市级公立定点医疗机构单次门诊最高支付限额为 90 元，年度内门诊统筹基金最高支付限额为 300 元。

3. 门诊慢性病、重特大疾病

(1) 病种 (33 种)：有限额的门诊慢性病 20 种，分别为高血压 II 期以上（含 II 期）、冠状动脉粥样硬化性心脏病、脑血管意外后并发症和后遗症、糖尿病、肺源性心脏病、癫痫、慢性肾炎、类风湿关节炎、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、帕金森氏综合症、阿尔茨海默病（老年性痴呆）、风湿性心脏病、慢性阻塞性肺疾病（含慢性支气管炎）、糖尿病并发症、前列腺炎、重症肌无力、包虫病、布鲁氏杆菌症、克汀病。

无限额的门诊慢性病 13 种，分别为耐多药结核病 (MDR-TB)、器官移植抗排异治疗、恶性肿瘤、门诊放化疗、肝硬化、慢性活动性肝炎、精神病、重型系统性红斑狼疮、血友病、再生性障碍贫血、白血病、肾病综合症（含慢性肾功能衰竭、血液透析）、苯丙酮尿症。

重特大疾病 37 种，分别为艾滋病机会感染（艾滋病合并肺结核）、艾滋病机会感染（艾滋病合并细菌性肺炎）、胃癌、肺癌、肝癌、宫颈癌、骨肉瘤、结肠癌、乳腺癌、食道癌、直肠癌、神经母细胞瘤、儿童淋巴瘤、儿童肿瘤、儿童先天性心脏病、儿童白血病、血友病、地中海贫血、儿童苯丙酮尿症 (PKU)、终末期肾病、急性心肌梗死、脑梗死、脑卒中、结

核病（含耐多药结核病）、慢性阻塞性肺气肿、尘肺病、重症哮喘、尿道下裂、唇腭裂、高血压（三期或中期合并并发症）、白内障、包虫病、膀胱癌、卵巢癌、风湿性心脏病、肾癌、重症精神疾病。

（2）保障标准：参保居民患门诊慢性病发生的政策范围内门诊用药、治疗、检查、检验费用，有限额的门诊慢性病在支付限额内由基本医疗保险支付 50%，年度最高支付限额为 2000 元。无限额的门诊慢性病、37 种重特大疾病按照同级定点医疗机构住院支付比例执行。

有限额、无限额门诊慢性病年度内门诊用药、住院限额累计计算。

4. 特殊药品

按照《关于规范喀什地区特殊药品使用管理的通知》（喀地医保发〔2021〕28 号）相关规定执行。

5. 城乡居民“两病”门诊用药保障机制

（1）保障范围：将规范化管理的和按诊疗规范确诊的“两病”人群全部纳入“两病”门诊用药保障机制。

（2）保障标准：在二级及以下定点医疗机构按 70% 报销。

（3）年度支付限额：高血压年度最高支付限额为 200 元，糖尿病年度最高支付限额为 400 元。高血压和糖尿病的最高支付限额可合并累计计算。

6. 异地就医

（1）转诊转院：参保居民异地转诊就医按照规定实行逐

级转诊制度，对符合转诊条件的病人，须逐级转诊，由定点医疗机构办理转诊转院手续。为方便参保居民住院就医，地区范围内取消一级定点医疗机构向二级定点医疗机构办理转诊转院手续。

(2) 非转诊转院：未按规定办理转诊转院手续的，居民医保、医疗救助（含二次救助）参照同级定点医疗机构住院费用报销比例下降20%报销（城乡居民中的孕产妇除外），大病保险不下降报销比例。在新疆范围内定点医疗机构就医的可直接结算。

(3) 异地就医备案：外出务工、异地居住、就学等参保居民，需通过参保地医疗保险经办机构柜台、网厅、“国家医保服务平台”APP办理异地就医备案手续，居住地城市的定点医疗机构均可就医，按参保地政策、就医地目录支付医疗费用。异地就医备案登记后返回参保地或变更就医地城市时间间隔不得少于6个月。

二、城乡居民大病保险

1. 参保范围：参加居民医保的所有参保人员。

2. 筹资来源：参保城乡居民个人不缴费，所需资金从居民医保统筹基金累计结余中筹集，结余不足或没有结余时，从当年筹资缴费中解决。

3. 待遇标准：参保居民经居民医保报销后，政策范围内个人自付费用在6700元以上的部分按60%报销，不设年度最高支付限额。特困人员、孤儿、低保对象、边缘易致贫户、突发

严重困难户、脱贫不稳定户、纳入防贫监测的脱贫人口等困难群体经居民医保报销后，政策范围内个人自付费用在 3350 元以上的部分按 65% 报销。

三、医疗救助

1. 医疗救助对象：特困人员、孤儿、低保对象、建档立卡已脱贫人口、低收入对象、高额医疗费用支出的大病患者（即因病致贫人员，由乡村振兴部门评定是否存在返贫致贫风险）。

2. 医疗救助政策：对符合条件的医疗救助对象按规定给予救助。对规范转诊且在疆内就医的救助对象，经三重制度保障后政策范围内个人负担仍然较重的，给予倾斜救助。

3. 医疗救助住院待遇

（1）特困人员、孤儿发生的政策范围内费用，经居民医保、大病保险依次报销后，对政策范围内的个人自付医疗费用，不设起付线，由医疗救助资金按照 100% 给予救助，年度最高支付限额 6 万元。

（2）低保对象、建档立卡已脱贫人口发生的政策范围内费用，经居民医保、大病保险依次报销后，对政策范围内的个人自付医疗费用，不设起付线，由医疗救助资金按照 80% 给予救助，年度最高支付限额 6 万元。对规范转诊且在疆内就医的低保对象、建档立卡已脱贫人口，经三重制度保障后个人自付费用超过 1000 元以上的部分，给予二次救助，政策范围内救助比例为 80%。

（3）低收入对象（由民政部门认定）发生的政策范围内

费用，经居民医保、大病保险依次报销后，经个人申请并按照相关程序审批后，对符合条件的，给予医疗救助。对低收入对象实行1000元起付线，起付线以上的按75%给予救助，最高支付限额6万元。初次救助后再给予二次救助，政策范围内救助比例为80%。

(4) 高额医疗费用支出的大病患者（即因病致贫人员，由乡村振兴部门评定是否存在返贫致贫风险）发生的政策范围内费用；经居民医保、大病保险依次报销后，经个人申请并按照相关程序审批后，对符合条件的，给予医疗救助。对高额医疗费用支出的大病患者实行3000元起付线，起付线以上按70%给予救助，最高限额6万元。初次救助后再给予二次救助，政策范围内救助比例为80%。

(5) 对于特殊情形的，由县市人民政府召开专题会议研究，纳入县级以上人民政府规定的其他特殊困难人员进行救助。

4. 医疗救助门诊待遇

(1) 救助对象患有限额的门诊慢性病发生的政策范围内费用，由基本医保按50%报销，年度内统筹基金最高支付限额为2000元。救助对象经居民医保报销后自付费用超过2000元以上的部分，对政策范围内费用由医疗救助资金按照80%给予门诊救助。

(2) 救助对象患无限额的门诊慢性病、37种重特大疾病发生的政策范围内医疗费用，按照人员类别，参照同级定点医

疗机构住院支付比例支付。

(3) 非转诊转院、疆外在定点医疗机构就医并符合救助条件的，也享受医疗救助（含二次救助）。非转诊转院居民医保、医疗救助（含二次救助）政策范围内费用在正常报销比例的基础上下降 20% 报销。

(4) 参保患者起付标准、个人自付费用年度内累加计算。门诊救助年度限额与住院救助年度限额累计计算，医疗救助（不含二次救助）年度最高支付限额为 6 万元。

四、其他

(一) 生育

对符合国家、自治区计划生育规定，住院分娩、实行计划生育手术的参保居民，住院生育医疗费用、计划生育手术费，参照相应等级定点医疗机构住院报销比例报销。属于救助对象的，同等享受医疗救助待遇。

(二) 人身意外伤害保险

1. 参保范围：具有新疆户籍的居民、参加自治区城乡居民基本医疗保险的非新疆户籍居民。

2. 筹资标准：人身意外伤害保险筹资标准为每人每年 10 元，个人不缴费，由自治区各级财政安排，财政困难地区由自治区给予补助。

3. 待遇标准：

(1) 人身意外伤害保险对被保险人在新疆境内发生意外导致身故、残疾和住院医疗等给予补偿。因意外伤害导致身故

一次性赔付5万元，因意外伤害导致伤残按评残等级赔付（赔付不超过5万元）。

(2) 人身意外伤害保险对因意外伤害发生的医疗费用，在经基本医疗保险、大病保险报销的基础上再进行赔付，支付范围与基本医疗保险一致，最高赔付1.5万元（免赔额900元/次，赔付比例50%）。未参加基本医疗保险的人员因意外伤害发生医疗费用，对其合规的医疗费用按一定的比例予以赔付，赔付比例按照基本医疗保险参保人员发生意外后人身意外伤害保险对其医疗费用的赔付情况确定。

(3) 因意外伤害住院的，每日赔付住院津贴20元（每次住院最高赔付15日，累计的最高赔付额度不超过90日），赔付额度不超过1800元。

(三) 家庭签约医生服务费

1. 家庭签约医生服务费标准：家庭签约医生服务费现行标准为每人每年12元，每人每次3元，每人每年4次。

2. 筹资渠道：从城乡居民医保基金中支付。

五、基金报销范围

基本医疗保险按照医保目录药品、医用耗材和医疗服务项目报销范围报销。补充医疗保险、医疗救助参照政策范围内费用范围执行。

六、其他不予报销的范围

1. 应当从工伤保险基金中报销的。
2. 应当由第三人负担的。

3. 应当由公共卫生负担的。
4. 在境外就医的。
5. 体育健身、养生保健消费、健康体检。
6. 国家规定的基本医保不予报销的其他费用。遇对经济社会发展有重大影响的，经法定程序，可做临时调整。

本政策自下发且系统上线之日起执行，以前政策中与该政策不符的，以该政策为准。国家、自治区出台新政策后，以国家、自治区新政策为准。



抄送：地委办公室、地区人大工委办公室、政协工委办公室。

喀什地区行署办公室

2021年10月1日印发

