

# 十堰市城乡居民医保参保和待遇指南（2023年）

## 一、城乡居民医保参保范围

城乡居民医保覆盖除职工医保应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。具体包括脱贫人口以及城乡特困人员、孤儿（一类医疗救助对象）；城乡最低生活保障对象、返贫致贫人口（二类医疗救助对象）；城乡低保边缘家庭成员、脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口和突发严重困难人口（三类医疗救助对象）；因病致贫重病患者和县级以上地方人民政府规定的其他特殊困难人员（四类医疗救助对象）等。

灵活就业人员和新就业形态从业人员可自愿选择参加就业地、户籍所在地、居住地的居民医保。

## 二、城乡居民医保参保缴费

**1.参保时间。**城乡居民按年度一次性缴纳基本医疗保险费，当年的9月1日至12月31日为下一年度城乡居民医保集中参保缴费期，外出务工及其他特殊人员缴费可适当延长至次年2月28日（农村低收入人口参保时间不受此限制）。未在规定缴费期内参保缴费的，不得中途参保、享受医保待遇。享受医保待遇的起止时间为次年1月1日至12月31日。

**2.缴费方式。**城乡居民按照属地参保原则，不受户籍限制，以个人身份到户籍所在地或居住地办理参保登记；在校学生、在园幼儿应以学校或幼儿园为单位参保。城镇居民（含常住人口）没有参加职工医保的，在居住地社区（村、居委会）参加城乡居民医保。

城乡居民医保参保缴费可通过湖北省电子税务局（[wsswj.hb-n-tax.gov.cn](http://wsswj.hb-n-tax.gov.cn)）或其手机APP客户端（支持支付宝缴费）、自助办税机等方式进行缴费，也可前往税务各办税服务大厅或委托代征银行（中国建设银行或其手机APP、农村商业银行）进行缴费。

各县（市、区）居民、新生儿、学校（幼儿园）学生参保核定、信息维护可在辖区内医疗保险经办机构办理。

市、县（市、区）在集中缴费期内组织乡镇（街道）和村（居委会）集中开展参保缴费宣传动员及缴费组织工作，按时完成参保缴费任务。

**3.缴费标准。**居民医保由个人缴费和政府补助相结合。2023年普通城乡居民缴费标准为350元/人，政府补助为640元/人。

## 三、城乡居民医保门诊统筹待遇

门诊统筹不设起付标准。参保居民在门诊统筹定点机构就诊发生的普通门诊（含急诊），一个保险年度内发生的政策范围内门诊医疗费用累计金额在700元以内的，医保门诊统筹基金报销50%，限额为350元/人。超过报销限额部分的费用由个人自理。

## 四、城乡居民医保门诊慢特病待遇

门诊慢特病共37种，分为门诊特殊疾病和门诊慢性病。

**门诊特殊疾病待遇标准。**包括恶性肿瘤门诊治疗、慢性肾功能衰竭透析、器官移植抗排异治疗、重性精神病、血友病、苯丙酮尿症、地中海贫血、结核病、孤独症、生长激素缺乏症、肝豆状核变性。门诊特殊疾病不设起付标准，城乡居民医保统筹基金支付比例为70%，年度最高支付限额为10万元。

**门诊慢性病待遇标准。**包括慢性肾功能衰竭、系统性红斑狼疮、糖尿病、再生障碍性贫血、高血压、病毒性肝炎、肝硬化、帕金森病、帕金森综合症、类风湿性关节炎、冠心病、重症肌无力、强直性脊柱炎、脑血管病后遗症、肺源性心脏病、系统性硬化病、慢性骨髓炎、风湿性心脏病、支气管哮喘、癫痫、脑瘫、慢性阻塞性肺疾病、特发性肺间质纤维化、阿尔兹海默病、甲状

腺功能异常、慢性心力衰竭，以及心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架植入术后等疾病。门诊慢性病不设起付标准，城乡居民医保统筹基金支付比例不低于 70%；按病种设置年度最高支付限额。

**所有门诊慢性病病种均可省内异地就医定点机构直接结算。**5 个门诊慢性病病种（恶性肿瘤、高血压、糖尿病、慢性肾功能衰竭门诊透析、器官移植术后门诊抗排异治疗）可跨省异地就医定点机构直接结算，其他病种备案后可在异地现金垫付费用，12 月份将发票、处方交至医保窗口手工核销。

## 五、高血压、糖尿病“两病”待遇

医保部门及时将卫健部门规范化管理的高血压、糖尿病人群纳入保障范围，不再进行“两病”门诊用药保障资格申请和审核。对未纳入医保门诊特殊慢性病保障范围的高血压、糖尿病“两病”患者，经定点医疗机构按诊疗规范确诊并备案后，即可享受“两病”门诊用药保障，执行以下政策：一个保险年度内，“两病”患者在二级以下定点医疗机构发生的门诊药品费用，不设起付线，政策范围内按 50%比例支付，医保基金最高支付限额分别为高血压 400 元/年，糖尿病 450 元/年（均含门诊统筹）。

## 六、基本医疗保险住院待遇

一个结算年度内，参保城乡居民在一级、二级、三级定点医疗机构住院就医，起付标准分别为 200 元、500 元、1000 元，政策范围内支付比例分别为 85%、75%、65%，城乡居民基本医疗保险每人每年最高支付限额为 10 万元。

## 七、城乡居民大病保险待遇

参保居民患病住院和特殊慢性病门诊治疗所发生的高额医疗费用，经城乡居民基本医保按规定支付后，政策范围内个人年度累计的医疗费用超过大病保险起付标准以上的部分，由大病保险给予补偿。

**1、起付标准：**大病保险起付标准为 1.2 万元。

**2、赔付比例及封顶线：**一个保险年度内，符合大病保险保障范围的个人自付金额累计计算、分段报销、按次结算。累计金额在大病起付线 1.2 万元以上 3 万元（含）以下部分赔付 60%；3 万元以上 10 万元（含）以下部分赔付 65%；10 万元以上部分赔付 75%，年度最高支付限额为 30 万元。一个保险年度内，每名参保患者只扣除一次大病保险起付标准金额。在计算大病保险个人累计负担额度时，不扣除贫困患者当年享受的医疗救助额度。

特困人员（含孤儿）、低保对象、返贫致贫人口年度累计自付金额在 6000 元以上 3 万元(含)以下部分赔付 65%；3 万元以上 10 万元(含)以下部分赔付 70%；10 万元以上部分赔付 80%，不设封顶线。

## 八、生育医疗待遇

参加城乡居民基本医疗保险的参保人员，符合国家生育政策的产前检查、住院分娩费用实行定额报销，顺产报销 400 元，剖宫产和多胞胎生育报销 500 元。

当参保居民在定点医疗机构因生育出现妊高（子痫）、产后大出血、产褥感染、前置胎盘、子宫破裂、羊水栓塞、胎盘粘连这 7 种并发症（其他并发症除外）时，其住院期间的医疗费用按照医保报销待遇政策执行。

## 九、城乡居民医保异地就医备案和待遇享受

### （一）异地就医备案类型

- 1.长期备案类型：异地长期居住人员备案（有效期：长期）
- 2.短期备案类型：异地转诊人员备案、其他临时外出就医人员备案（有效期：六个月）

### 3.视同备案类型：异地急诊抢救免备案（有效期：六个月）

有效期内参保人员可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。参保人员在不同的就医地仅可办理一个长期类备案和一个临时类备案。

#### （二）异地就医备案手续

参保人员可通过线上、线下等渠道按规定办理备案，符合条件并通过审核的备案身份信息即时生效。

1.线上渠道：国家医保服务平台 APP、国家异地就医备案微信小程序、湖北政务服务网、鄂汇办 APP、湖北医疗保障微信程序、“鄂医保”支付宝小程序等。

2.线下渠道：十堰市辖区范围内各级医保经办服务窗口，市政务服务中心、各县（市、区）政务服务大厅、乡镇（街道）服务站、村（社区）服务室、十五分钟医保服务圈网点等。

#### （三）异地就医结算服务

1.参保人员在异地就医定点联网结算医药机构普通门诊就医时无需办理备案，可持社会保障卡（医保电子凭证）直接结算。

2.异地就医备案有效期内的参保人员，在异地就医定点联网结算医药机构发生的普通住院、门诊慢特病（省外仅限恶性肿瘤、高血压、糖尿病、慢性肾功能衰竭门诊透析、器官移植术后门诊抗排异治疗病种）待遇可持社会保障卡（医保电子凭证）直接结算。

3.异地就医人员在备案有效期内确需回参保地就医的，可以在参保地享受医保结算服务，医保待遇按参保地待遇享受。

4.未备案参保人员在异地就医出院结算前向医保经办机构申请补办异地就医备案的，医保经办机构应予以支持。异地就医参保人员出院自费结算后按规定补办备案手续的，医保经办机构按规定手工报销。原则上允许补办6个月内的备案。

#### （四）异地就医待遇设置

异地就医发生的普通住院、普通门诊、门诊慢特病等医疗费用的支付范围按就医地有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围等）执行，支付比例、医保基金起付标准、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等按参保地执行。

1.住院待遇。长期备案类型的参保人员在就医地发生的政策范围内住院费用按参保地同级医院住院待遇标准享受。短期备案类型（含视同备案类型）的参保人员在就医地发生的政策范围内住院费用先行自付10%后再按参保地同级医院住院待遇标准享受。

2.门诊待遇。所有备案类型的参保人员在就医地发生的政策范围内普通门诊、门诊慢特病费用按参保地门诊待遇标准享受。

### 十、医疗救助待遇

被民政部门或乡村振兴部门认定为一类、二类、三类、四类医疗救助对象的，可以享受医疗救助资助参保和门诊慢特病医疗救助、住院救助、倾斜救助、依申请救助待遇。

1.参保缴费资助：全面落实城乡居民基本医保参保财政补助政策，按规定给予分类资助。一类医疗救助对象，按城乡居民基本医保年度个人缴费标准给予全额资助；二类医疗救助对象，按不低于城乡居民基本医保年度个人缴费标准90%给予定额资助；纳入监测范围的农村易返贫致贫人口，在过渡期内按城乡居民基本医保年度个人缴费标准50%给予定额资助。

未纳入农村低收入人口监测范围的稳定脱贫人口执行资助参保渐退政策，2023年由同级财政分别按不低于当地2021年个人缴费资助标准的50%给予定额资助。

困难群众具有多重特殊身份属性的按就高不就低的原则享受参保资助，不得重复资助。

**2.门诊慢特病医疗救助。**对医疗救助对象因慢性病需长期服药或因患重特大疾病需长期门诊治疗，在定点医药机构发生的，符合当地基本医保门诊慢特病病种范围的政策范围内个人自付医疗费用，给予门诊慢特病医疗救助，报销比例为 50%。

**3.住院医疗救助。**救助对象规范就医发生的政策范围内医疗费用，经基本医保、大病保险支付后，政策范围内个人自付费用（含住院起付线）给予医疗救助，医疗救助起付标准和救助比例为：

一类医疗救助对象，不设起付标准，按 100%比例救助；

二类医疗救助对象，不设起付标准，按 70%比例救助；

三类医疗救助对象，年度内起付标准为 3000 元（过渡期内纳入监测范围的脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口和突发严重困难人口医疗救助年度内起付标准按 1500 元执行），按 65%比例救助；

四类医疗救助对象，年度内起付标准为 7000 元，按 50%比例救助。

门诊慢特病医疗救助和住院医疗救助共用年度救助限额，年度救助限额 5 万元。

**4.托底保障措施(倾斜救助)。**对规范转诊且在省域内就医的医疗救助对象，经基本医保、大病保险、医疗救助三重制度综合保障后，政策范围内个人自付医疗费用超过 5000 元，且有返贫致贫风险的人员，经规范的应用、审核程序，按照 50%的比例给予倾斜救助，年度倾斜救助限额为 10 万元。

农村低收入人口过渡期内托底保障措施，按巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略有关政策执行，即：经过基本医保、大病保险、医疗救助三重保障后，救助对象年度累计政策范围内个人自付费用超过 5000 元以上部分，按 95%的比例给予倾斜救助，不设限额。

医疗救助对象在市域内规范就医发生的医疗费用，实行基本医疗保险、大病保险、医疗救助（含倾斜救助）一站式结算，规范转诊至省外就医的，或办理异地安置、异地转诊备案等手续在省外定点医疗机构就医的，享受户籍地其他医疗救助待遇，不享受倾斜救助待遇。

### 5.依申请救助

建立健全依申请医疗救助帮扶机制，规范申请程序，畅通申请渠道，增强救助时效性。已认定为医疗救助对象的，一类、二类医疗救助对象直接获得医疗救助，三类、四类医疗救助对象依本人申请获得医疗救助。因疾病导致家庭基本生活没有保障的困难群众，经相关部门确定为医疗救助对象后，依本人申请其身份确定前 12 个月内发生的住院、门诊慢特病和参照门诊慢特病管理的政策范围内医疗费用，由县级医疗保障经办机构按规定给予一次性医疗救助，救助标准为政策范围内个人自付医疗费用累计在 1 万元以上的部分按 65%的比例救助，救助限额为 5 万元。

## 十一、医保经办服务

统一实施医保公共服务清单和业务指南，全面推行“综合柜员制”改革和经办业务网上办、掌上办、就近办，大力推进“一网通办、一事联办、一窗通办”服务体系建设，按照有场所、有人员、有制度、有网络、有经费、有保障、能办事“六有一能”的要求，重点加强乡镇（街道）、村（社区）医保经办服务网点建设，基本实现市、县、乡镇（街道）、村（社区）医保服务网络全覆盖，所有乡镇（街道）均有专人提供医保公共服务。将参保登记、慢病受理等 12 项高频政务服务事项下放至全市 118 个乡镇（街办）、1964 个行政村（社区）办理，通过专人专管、下放权限、升级系统、组织培训等方式，提升基层政务服务事项办理能力。进一步推进医保服务下沉，就近办理，基本实现经办服务事项“市域内通办”，95%以上经办服务事项可“网上办、掌上办”。深入开展“美好生活共同缔造”，发挥医疗保障职能作用，整合市人民医院、国药东风总医院等优势资源，积极推进“医保 15 分钟便民服务圈”试点，为基层社区（村组）群众提供慢病受理、线上评审、送药上门、免费义诊等服务，打造便民高效的服务体系，使医保服务更加规范化、标准化、便民化。