

宿迁市医疗保障局 宿迁市财政局

宿医保发〔2019〕2号

关于调整城乡居民基本医疗保险政策和 大病保险政策的通知

各县（区）医疗保障局、财政局：

为进一步保障参保人员基本医疗需求，经市医保联席会议研究通过，决定自2019年3月1日起，对我市城乡居民基本医疗保险政策和大病保险政策作如下调整：

一、调整城乡居民基本医疗保险政策

（一）提高门诊待遇。门诊统筹年度报销限额调整到300元/人.年，其中建档立卡低收入人口提高到400元/人.年。在市外医疗机构发生的门诊慢性病合规费用报销比例提高到55%，门诊特殊病合规费用报销比例提高到65%，年度报销限额不变。

（二）提高住院待遇。住院起付线本地一级、二级、三级医疗机构分别调整为300元、800元、1000元，转外住院调整为1200元。合规费用减起付线后，余下部分的报销比例本地一级医疗机

构调整为 85%；本地二级医疗机构调整为 75%；本地三级医疗机构 2 万元以下部分调整为 65%，2 万元以上部分调整为 70%；合规转外住院 2 万元以下部分调整为 60%，2 万元以上部分调整为 65%；未按规定办理转外就医手续的，其报销比例 2 万元以下部分调整为 40%，2 万元以上部分调整为 45%。建档立卡低收入人口住院起付线在前述基础上减少 10%，报销比例在前述基础上增加 5 个百分点。

（三）提高生育待遇。经市、县危急重症孕产妇救治中心转诊市外就医，或纳入红色管理孕产妇自行市外就医的，执行市内就医同等待遇。

二、调整大病保险政策

大病保险起付线 1.4 万元，起付线之上至 5 万元部分，报销 50%；5 万元之上至 8 万元部分，报销 55%；8 万元之上部分，报销 80%。建档立卡低收入人口大病保险起付线 7000 元，报销比例在前述基础上各提高 5 个百分点。

符合儿童白血病、乳腺癌、宫颈癌、肺癌、食道癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、慢性粒细胞性白血病、血友病等实行按病种付费的病种，在基本医保报销 70%的基础上，剩余合规费用由大病保险基金报销 80%。

三、调整医疗保险结算政策

对于实行按项目付费的协议机构，次均住院费用增长原则上控制在上一年度次均住院费用的 5%以内，超出部分作为下一年度医保控制额调减的参考指标。

特此通知。



2019年2月27日