**关于调整城乡居民基本医疗保险筹资和待遇标准的通知**

各县（市）、铜山区、贾汪区医疗保障局、财政局、卫生健康委员会、税务局：

根据《国家医保局 财政部 国家税务总局关于做好2022年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2022〕20号）、《关于统一基本医疗保险门诊特殊病保障政策的通知》（苏医保发〔2022〕46号）、《徐州市城乡居民医疗保险办法》（徐政规〔2020〕2号）等文件精神，结合我市实际，经市政府研究同意，现将我市城乡居民基本医疗保险筹资和待遇标准调整的有关事项通知如下：

一、提高筹资标准

从2023年起，普通居民个人缴费标准为每人每年380元，大学生个人缴费标准为每人每年280元，财政补助执行国家和省规定的标准。医疗救助对象参加本市城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分，由医疗救助基金全额资助。

二、提高全市门诊特殊病待遇

（一）门诊特殊病（以下简称门特）范围包括恶性肿瘤（放疗、化疗、介入治疗、生物靶向药物治疗、内分泌治疗）；慢性肾功能衰竭（血液透析、腹膜透析、非透析治疗）；严重精神障碍（精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双向情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发情感障碍、其他严重精神障碍类疾病）、血友病、器官移植术后抗排异治疗、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、肺结核以及儿童Ⅰ型糖尿病、儿童孤独症、儿童生长激素缺乏症等11类23个病种（含治疗方式）。我市原有的难治性肾病综合症、重型β-地中海贫血、慢性活动性肝炎、肝硬化失代偿、肝豆状核变性、巩固期精神病等6个病种继续保留。

（二）一个统筹年度内，门特患者起付标准同三级医疗机构住院起付标准。报销比例按照就医医疗机构的级别所对应的住院报销比例进行支付，A级药店购药按照三级医疗机构住院报销比例执行。两种以上（含两种）门特病种患者的起付标准合并计算。门特和住院共用年度支付限额。

严重精神障碍和巩固期精神病实行按病种收付费，结算标准分别为每人每月300元、280元，由医保基金全额支付，个人无自付；不具备执行按病种收付费条件的，可按项目支付，不设起付标准。

慢性肾功能衰竭透析治疗按病种收付费政策继续保留，参保人员可选择使用。

参保人员门特医疗费用经基本医疗保险统筹基金支付后，其个人负担的合规医疗费用按规定分别纳入居民大病保险和医疗救助等范围。

（三）国家和省基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围内，直接治疗该种门特的费用全部纳入门特保障范围。与门特治疗无关的其他疾病的门诊医药费用，不得纳入门特保障范围，按照高血压、糖尿病门诊用药保障机制或者普通门诊统筹予以保障。

（四）门特各病种诊断标准、诊断医疗机构范围以及诊断、认定过程中的其他规定由市医疗保障局、市卫生健康委员会另行制定。

（五）为确保国谈药落地建立的抗肿瘤专项保障机制和门诊按病种付费机制继续保留。门特患者使用的国谈药待遇标准和“四定”等经办管理办法不变。

三、调整普通门诊统筹起付标准

对于实行药品零差率销售的基层医疗机构，普通门诊统筹不设起付标准，其他基层定点医疗机构每次起付标准为30元。

四、明确医疗救助定额资助参保对象救助起付标准。按照《省政府办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》关于“定额资助参保对象起付标准不高于统筹地区上年居民人均可支配收入的10%”的要求，我市定额资助参保对象（含过渡期内原建档立卡低收入人口）起付标准暂设定为0。国家和省有新规定的，从其规定。参加职工医保的医疗救助对象参照执行。

五、调整门诊和住院支付限额概念含义

按照国家和省待遇清单的要求，将我市门诊和住院支付限额概念的含义由“统筹基金支付限额”调整为“政策范围内医疗费用限额”。

一个统筹年度门诊政策范围内医疗费用最高支付限额为1200元，纳入家庭医生签约服务管理的参保人员提高至1800元。

高血压糖尿病“两病”患者一个统筹年度门诊政策范围内医疗费用最高支付限额为2000元，同时患有“两病”的参保患者门诊提高至2400元。

参保人员一个统筹年度政策范围内医疗费用最高支付限额（含门诊医疗待遇）为25万元。

                                                                                                                   徐州市医疗保障局          徐州市财政局

徐州市卫生健康委员会      国家税务总局徐州市税务局

2022年10月25日