附件

《关于调整完善城乡居民住院分娩医疗保障待遇的通知》政策解读

日前，为贯彻落实省委、省政府关于全民健康提升工程工作要求，调整完善城乡居民住院分娩医疗保障措施，提高全民健康水平，云南省医疗保障局、云南省卫生健康委员会联发了《关于调整完善城乡居民住院分娩医疗保障待遇的通知》(以下简称《通知》)。现对有关内容解读如下：

一、为什么要调整完善城乡居民住院分娩医疗保障待遇?

2016年，我省完成原新型农村合作医疗与城镇居民基本医疗保险整合，建立统一的城乡居民基本医疗保险制度（以下简称居民医保）时，与改革相配套的《关于统一城乡居民基本医疗保险待遇有关问题的通知》(云人社发〔2016〕310号)，针对我省城乡居民住院分娩医疗保障和城乡居民无生育保险的实际情况，采取按单病种定额包干和定额支付的方式，对城乡居民住院分娩医疗费用予以了保障，积极支持了妇女儿童健康行动计划，减轻了城乡居民孕产妇住院分娩医疗费用负担，对提高城乡居民孕产妇住院分娩率，降低孕产妇死亡率和婴儿死亡率发挥了积极作用。

但是，随着孕产妇住院分娩医疗服务和居民医保制度发展，城乡居民孕产妇住院分娩支付标准低于基本医疗服务需要、因治疗并发症等超出单病种范围外的医疗费用解决渠道未明确等问题逐步显现，影响了参保群众待遇兑现，需要与时俱进，在坚持保基本、可持续和尽力而为、量力而行的原则基础上，调整完善城乡居民住院分娩医疗保障待遇，切实解决人民群众关心的热点、堵点问题，织牢织密民生保障网，让参保群众有更多、更直接、更实在的获得感、幸福感和安全感。

二、城乡居民住院分娩医疗保障对象和范围是什么？

参加云南省城乡居民基本医疗保险的孕产妇，在定点医疗机构住院分娩产生的基本医疗费用纳入保障范围；除因急诊抢救外，在非定点医疗机构住院分娩的医疗费用不属于保障范围，医保基金不予支付。

三、城乡居民住院分娩医疗保障待遇标准是什么？

按照分级诊疗要求，从鼓励和引导城乡居民在基层医疗机构住院分娩，妥善解决并发症等特殊情况医疗保障出发，《通知》针对城乡居民住院分娩医院级别和住院分娩实际情况，制定了差异性医疗保障待遇标准。

第一类是在参保统筹区内县、乡定点医疗机构，主要是县级人民医院、中医院（民族医院）、妇保院（妇女儿童医院）和乡镇（中心）卫生院、社区卫生服务中心，及县级卫生健康行政部门批准设立的社会举办定点医疗机构住院分

娩，实行单病种包干支付，其中：顺产医疗费用包干支付标准县、乡两级同为1800元；剖宫产医疗费用包干支付标准县级为2700元、乡级为2100元。

第二类是州市级及以上定点医疗机构，主要是州（市）级及以上人民医院、中医院（民族医院）、妇保院（妇女儿童医院），及州（市）级及以上卫生健康行政部门批准设立的社会举办定点医疗机构住院分娩，实行单病种限额支付，其中顺产医疗费用限额支付2400元，剖宫产医疗费用限额支付3400元。

第三类是属于难产、危急孕产妇抢救、妊娠并发症、妊娠合并症或孕产妇伴随有其他疾病需要住院治疗等特殊情况，导致诊疗所需费用超出单病种包干支付范围，或在统筹区外县、乡级定点医疗机构住院分娩的，不再实行单病种包干支付，按普通住院医保待遇标准进行结算。

第四类是按照相关政策落实特殊贫困人群医疗保障待遇，其中：低保、特困等医疗救助重点救助对象住院分娩产生的个人自付医疗费用，按照《云南省医疗保障局关于进一步做好云南省城乡医疗救助工作的通知》（云医保〔2019〕128号）落实医疗救助政策；建档立卡贫困人口住院分娩费用按照《云南省健康扶贫30条措施》规定落实住院待遇。

四、住院分娩单病种包干支付和单病种限额支付是什么?

住院分娩单病种包干支付就是住院分娩按单病种结算

时，产生的医疗费用由医保基金按“结余留用、超支不补”（即医疗费用少于包干费用，结余部分由医疗机构留用；医疗费用多于包干费用，超出部分由医疗机构承担）的原则，对定点医疗机构包干支付，个人无自付费用，定点医疗机构不得变相分解将费用转嫁给个人承担，医保管理经办机构也不得以医疗总费用未达到包干标准扣减拨付费用。

住院分娩单病种限额支付是指医保基金对住院分娩产生的医疗费用设定支付限额，限额标准以内医疗费用由医保基金支付，超出限额标准以外的医疗费用，由个人自付。

《通知》还要求，各统筹区要充分认识调整完善城乡居民住院分娩医疗保障待遇的重要性和必要性，加强领导、统一部署、协调推进。要加强监督管理，防范利用城乡居民孕产妇住院分娩套骗医保基金。要加强经办服务，按照“放管服”要求，减少不必要的证明材料和盖章环节，落实“一站式”结算和异地就医即时结报工作，让“数据多跑路、让群众少跑腿”。要加强宣传引导，让城乡居民准确了解政策，共同营造有利于政策落实落地的良好氛围。