

医疗保障政策问答

沁源县医疗保障局

目录

Contents

01 城镇职工基本医疗保险政策

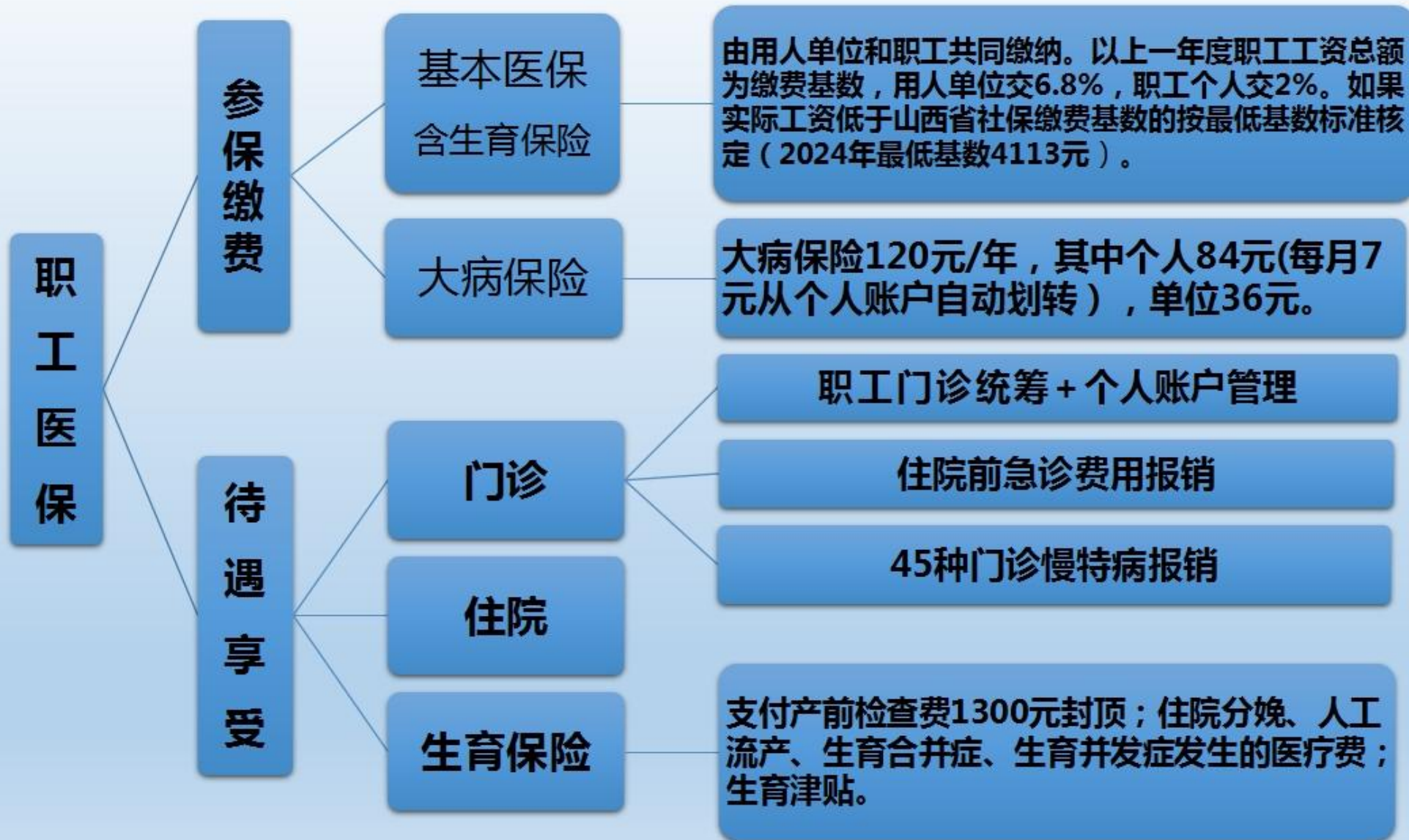
02 城乡居民基本医疗保险政策

03 城乡医疗救助政策

第一部分
PART 01

城镇职工
基本医疗保险政策

城镇职工如何参保缴费？可以享受哪些医保待遇？



我省职工医保门诊统筹的具体待遇是什么？

人员类别	三类收费医疗机构 (二级乙等及以下)		二类收费医疗机构 (三级乙等及二级甲等)		一类收费医疗机构 (三级甲等)		年度最高支付限额
	起付线	支付比例	起付线	支付比例	起付线	支付比例	
在职职工	30 元	60%	50 元	55%	80 元	50%	2500 元
退休职工	30 元	65%	50 元	60%	80 元	55%	3000 元

城镇职工医保住院起付标准及报销比例是多少？

1、长州市范围内符合基本医疗保险支付范围的住院医疗费用，按照以下标准报销：

医疗机构等级	三级医疗机构	二级医疗机构	一级医疗机构	大额补充医疗保险
起付标准	800 元	500 元	300 元	
在职职工	85%	88%	91%	85%
退休职工	90%	93%	95%	85%

2、长州市范围外符合基本医疗保险支付范围的住院医疗费用，按照以下标准报销：

参保人员类别	异地转诊人员、异地急诊抢救人员								非急诊抢救且未转诊人员			
	省内异地住院				省外异地住院							
	基本医疗保险			城镇职工 大额 补充医 疗保险	基本医疗保险			城镇职工 大额 补充医 疗保险	基本医疗保险			城镇职工 大额 补充医 疗保险
	三级 医疗 机构	二级 医疗 机构	一级 医疗 机构		三级 医疗 机构	二级 医疗 机构	一级 医疗 机构		三级 医疗 机构	二级 医疗 机构	一级 医疗 机构	
在职	85%	88%	91%	85%	80%	83%	86%	80%	70%	73%	76%	70%
退休	90%	93%	95%		85%	88%	90%		75%	78%	80%	

城镇职工医保住院报销年度封顶线是多少？

- 基金年累计最高支付医疗费用年度限额**8万元**。
- 超出部分转入大额补充医疗保险，按比例支付，年度最高限额**50万元**。
- 2024年1月1日起，省内异地住院“免备案”直接结算
- 建议：**统筹区外（长治地区）就医，符合办理转诊备案手续的还是要备案，不备案比例降低**15%**。

城镇职工门诊慢特病具体待遇是什么？

一类病种（9种）

序号	病种	年支付限额	支付比例
1	恶性肿瘤门诊治疗	不设起付线，与住院待遇合并计算执行同一年度支付限额。	政策范围内,属疾病支付范围门诊医疗费用,统筹基金支付85%,个人负担15%,定点医疗机构实时上传医疗费用,即时结算。
2	器官移植抗排异治疗		
3	尿毒症透析		
4	血友病		
5	再生障碍性贫血（慢性）		
6	真性红细胞增多症		
7	原发性血小板增多症		
8	系统性硬化症		
9	干燥综合征（舍格伦）		

二类门诊慢性病（36种）

序号	病种	限额标准 月/人	支付比例	序号	病种	限额标准 月/人	支付比例
10	肾病综合症(原发性)	520元	符合慢病 审批方案 的医疗费 用目录内 部分75%	19	中枢神经系统 脱髓鞘疾病	510元	符合慢病审 批方案的医 疗费用目录 内部分75%
11	慢性肾功能不全	1000元		20	支气管哮喘	240元	
12	肺源性心脏病	330元		21	膝关节骨性关节炎	220元	
13	心脏瓣膜病(器质性)	210元		22	慢性骨髓炎(化脓性)	320元	
14	慢性心力衰竭	270元		23	强直性脊柱炎	300元	
15	慢性阻塞性肺疾病	400元		24	白癜风	390元	
16	冠心病	430元		25	银屑病	380元	
	血管支架植入	640元		26	脉管炎	220元	
17	股骨头坏死	250元		27	病毒性肝炎(慢性)	700元	
18	高血压3级(极高危)	340元					

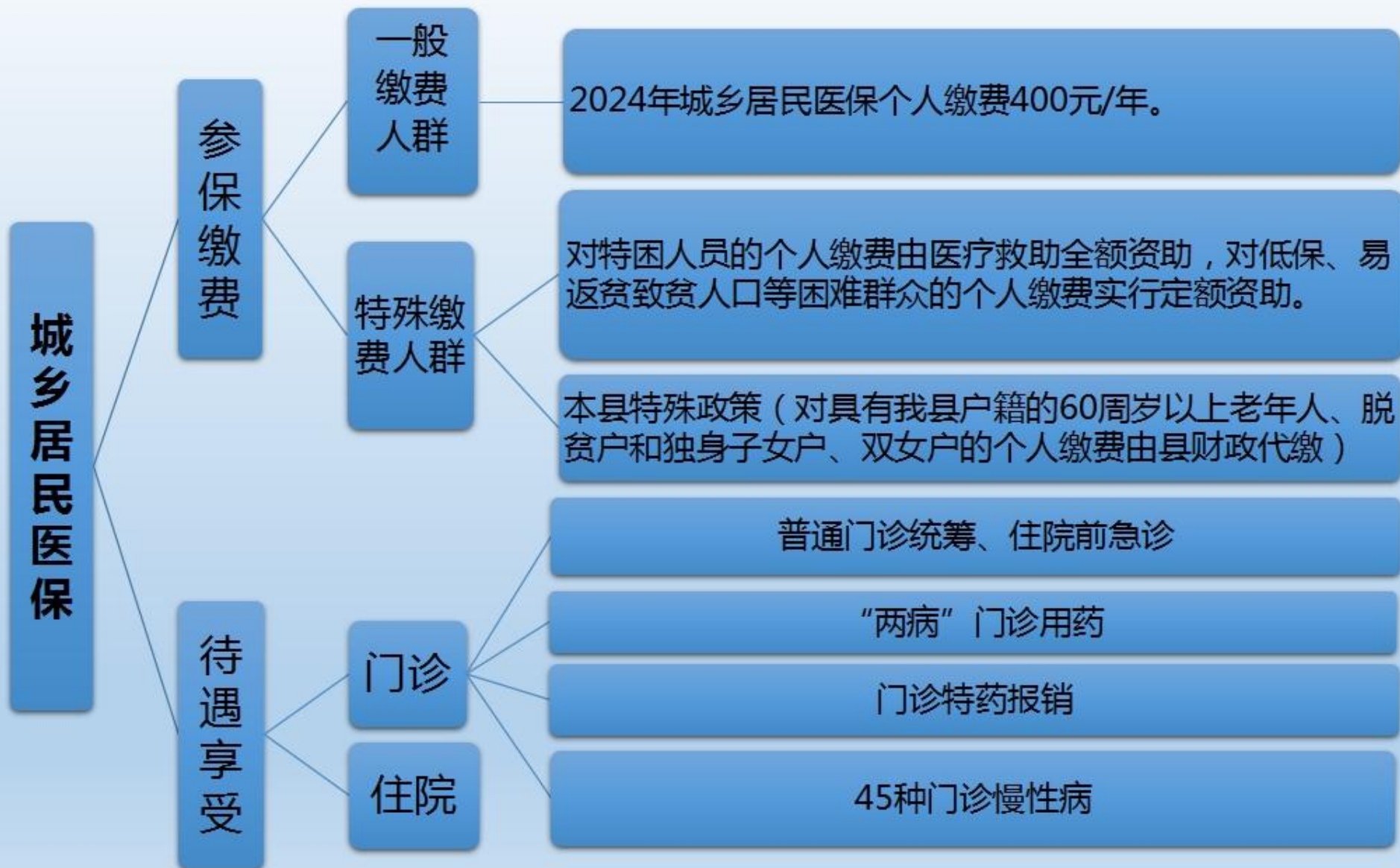
二类门诊慢性病（36种）

序号	病种	限额标准 月/人	支付比例	序号	病种	限额标准 月/人	支付比例
28	肝硬化(失代偿期)	530元	符合慢病 审批方案 的医疗费 用目录内 部分75%	37	免疫性血小板减少 症(原发性)	500元	符合慢病审 批方案的医 疗费用目录 内部分75%
29	类风湿性关节炎	440元		38	重症肌无力	410元	
30	炎症性肠病	650元		39	结核(活动性)	300元	
31	重性精神疾病	330元			耐多药肺结核	4200元	
32	脑血管病后遗症	300元		40	阿尔茨海默症	495元	
33	帕金森病	450元		41	系统性红斑狼疮	610元	
34	癫痫	280元		42	原发性骨髓纤维化	380元	
35	糖尿病(合并严重并 发症)	400元		43	氟骨症	190元	
36	甲状腺功能减退症或甲 状腺功能亢进症	110元		44	大骨节病	170元	
				45	克山病	330元	

第二部分
PART 02

城乡居民
基本医疗保险政策

城乡居民如何参保缴费？可以享受哪些医保待遇？





城乡居民医保门诊统筹的具体待遇是什么？

医疗机构	基本医疗保险			备注
	三级医疗机构	二级医疗机构 (二类收费)	一级医疗机构 (三类收费及以下)	
起付标准	80元	0元	0元	2024年起，不再执行50元/次/天单次限额。 1.参保人员在门诊使用乙类药品时需先行自付5%，再按规定比例报销。 2.办理了异地长期居住备案的参保居民，可在备案地和参保地双向享受普通门诊统筹待遇，并按照参保地待遇直接结算。跨统筹区临时外出门诊就医的参保居民，无需提前办理备案手续，在省内其他统筹区临时就医的，按照参保地待遇执行；跨省临时外出就医人员在就医地发生的普通门诊医疗费用，统筹基金支付比例在参保地相同级别医疗机构支付比例的基础上降低 10 个百分点。
支付比例	45%	55%	60%	
年度支付限额	300元	300元	300元	



中国医疗保障
CHINA HEALTH INSURANCE

城乡居民医保“两病”门诊用药准入标准、报销比例及年度限额是多少？

“两病”病种	高血压	糖尿病
保障对象	除纳入门诊特殊慢性病保障范围的高血压患者	除纳入门诊特殊慢性病保障范围的符合准入条件的糖尿病患者
准入程序	“两病”患者按就近原则选择参保地乡镇卫生院申报；卫生健康部门规范化管理的“两病”患者直接纳入。申报时需提供二级及以上定点医疗机构住院病历或二级及以上定点医疗机构医师出具的疾病诊断建议书（诊断证明、门诊手册）以及社保卡；申报糖尿病待遇的应附检验单等相关原始资料。	
准入标准	非同日3次静息状态下测量诊室血压，收缩压 ≥ 140 mmHg和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg，需采取药物治疗的。	①有糖尿病症状(多尿、多饮及不能解释的体重下降)，并且随机血糖 ≥ 11.1 mmol/L(200mg/dl)； ②空腹(禁食至少8小时)血糖 ≥ 7.0 mmol/L(126mg/dl)； ③葡萄糖负荷后 2小时血糖 ≥ 11.1 mmol/L(200mg/dl)。具备以上三条中任意一条并糖化血红蛋白 $\geq 7.0\%$ 。 I 型糖尿病准入标准：确诊为 I 型糖尿病。
起付线	2022年9月以后取消	2022年9月以后取消
报销比例	甲类药品60%；乙类药品50%	
年度限额	260元	I 型糖尿病患者为480元 其他类型糖尿病患者为360元

城乡居民医保门诊慢性病病种及具体待遇是什么？

按照《长治市城乡居民基本医疗保险门诊慢性病管理办法（试行）》规定，2021年4月1日起实施新的门诊慢性病政策，纳入全市城乡居民基本医疗保险门诊慢性病病种共三类51种。

长治市医疗保障局 文件 长治市 财 政 局

长医保发〔2021〕5号

关于印发《长治市城乡居民基本医疗保险 门诊慢性病管理办法（试行）》的通知

各县区医保局、财政局，市医保中心、市药品耗材集中采购保障中心：

现将《长治市城乡居民基本医疗保险门诊慢性病管理办法（试行）》印发给你们，请认真遵照执行。



（此件主动公开）

2021年3月24日



居民医保——门诊慢性病

一类门诊慢性病（9种）

序号	病种	限额标准（月/人）	支付比例
1	恶性肿瘤门诊治疗	与住院合计一个封顶线	“三个目录”范围内的,属疾病支付范围门诊医疗费用,统筹基金支付70%,个人自付30%,定点医疗机构实时上传医疗费用,即时结算。
2	器官移植抗排异治疗		
3	尿毒症透析		
4	血友病		
5	再生障碍性贫血（慢性）		
6	真性红细胞增多症		
7	原发性血小板增多症		
8	系统性硬化症		
9	干燥综合征（舍格伦）		



居民医保——门诊慢性病

二类门诊慢性病（36种）

序号	病种	限额标准 月/人	支付比例	序号	病种	限额标准 月/人	支付比例
10	肾病综合症(原发性)	460元	符合慢病 审批方案 的医疗费 用目录内 部分70%	19	中枢神经系统 脱髓鞘疾病	460元	符合慢病审 批方案的医 疗费用目录 内部分报销 70%
11	慢性肾功能不全	440元		20	支气管哮喘	210元	
12	肺源性心脏病	300元		21	膝关节骨性关节炎	200元	
13	心脏瓣膜病(器质性)	190元		22	慢性骨髓炎(化脓性)	290元	
14	慢性心力衰竭	240元		23	强直性脊柱炎	225元	
15	慢性阻塞性肺疾病	400元		24	白癜风	350元	
16	冠心病	280元		25	银屑病	340元	
	血管支架植入	640元					
17	股骨头坏死	250元		26	脉管炎	200元	
18	高血压3级(极高危)	260元		27	病毒性肝炎(慢性)	270元	



居民医保——门诊慢性病

二类门诊慢性病（36种）

序号	病种	限额标准 月/人	支付比例	序号	病种	限额标准 月/人	支付比例
28	肝硬化(失代偿期)	480元	符合慢病 审批方案 的医疗费 用目录内 部分70%	37	免疫性血小板减少 症(原发性)	450元	符合慢病审 批方案的医 疗费用目录 内部分报销 70%
29	类风湿性关节炎	400元		38	重症肌无力	410元	
30	炎症性肠病	590元		39	结核(活动性)	200元	
31	重性精神疾病	300元			耐多药肺结核	4200元	
32	脑血管病后遗症	250元		40	阿尔茨海默症	495元	
33	帕金森病	260元		41	系统性红斑狼疮	550元	
34	癫痫	250元		42	原发性骨髓纤维化	340元	
35	糖尿病(合并严重并 发症)	290元		43	氟骨症	170元	
36	甲状腺功能减退症或甲 状腺功能亢进症	100元		44	大骨节病	150元	
				45	克山病	300元	



居民医保——门诊慢性病

三类门诊慢性病（6种）

序号	病种	限额标准 月/人	支付比例
46	碘缺乏症	45	70%
47	布鲁氏杆菌病	300	
48	终末期肾病	440	
49	风湿性心脏病	280	
50	心脏病并发心功能不全	280	
51	血管支架植入术后	280	

三类门诊慢性病已纳入人员可继续享受，但不再新纳入人员。



城乡居民医保住院起付标准和报销比例是多少？

医疗机构	三类收费标 (二级乙等及以下)	二类收费标准 (三级乙等及二级甲等)		一类收费标准 (三级甲等)	
		县级	省、市级	省、市级	省外
起付标准	100元	400元	500元	1000元	1500元
支付比例	85%	75%	70%	60%	55%

居民顺产定额报销1500元，剖腹产定额报销3000元。



居民医保——住院报销

- 基本基金年累计最高支付医疗费用限额**7万元**。
- 2024年1月1日起，省内异地住院“免备案”直接结算
建议：统筹区外（长治地区）就医，符合办理备案手续的还是要备案，不备案比例降低**10%**。

居民医保——大病保险

- 年度内累计个人合规自付费用超过**1万元**以上部分（含住院、门诊慢特病），报销比例**75%**。
 - 大病保险报销后，个人合规自付费用超过**5万元**以上部分，再按**50%**的比例给予报销。
 - 年度最高支付限额**40万元**。注：未办理转院审批手续的，大病保险报销比例同时降低**10%**。
-
- 特困人员、低保对象、返贫致贫人口大病保险起付线**5000元**，报销比例**80%**，取消封顶线。

第三部分
PART 03

城乡医疗救助政策

医疗保障
HEALTHCARE SECURITY



城乡医疗救助范围和方式是什么？

救助范围：

- 1、民政部门认定的特困人员、孤儿(含事实无人抚养儿童)、低保对象、低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者；
- 2、乡村振兴部门认定的返贫致贫人口、易返贫致贫人口、监测对象（脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户）。

救助方式：

资助参保、救助对象在定点医疗机构发生的年度内政策范围内住院医疗费用，经基本医保、大病保险和各类商业保险报销后，扣除社会互助等因素，对剩余部分实施分类救助。包括住院救助、门诊救助和倾斜救助。

城乡医疗救助具体待遇是什么？

人员分类	大病保险倾斜	医疗救助托底			目录外控费
		住院救助	门诊救助	倾斜救助	
特困人员	起付线降低50%， 报销比例提高5% 取消封顶线。 （5000元）	目录内个人自付100%救助。	门诊慢性病政策范围内 剩余部分按60%的比例 救助；门诊特药保障范 围内剩余部分按20%的 比例救助。	对规范转诊且在省域内就 医的救助对象，经三重制 度综合保障后政策范围内 个人负担仍然较重的，个 人自付费用仍超过全省上 年居民可支配收入50% （15460元）的部分，给 予倾斜救助，救助比例 70%，年度限额3万元。	执行定点医疗机构目录外控费比 例的规定（30%、20%、 15%）。
低保对象		目录内个人自付按70%的比例给予救助，年度最 高救助限额6万元。	门诊慢性病政策范围内 剩余部分按30%的比例 救助；门诊特药保障范 围内剩余部分按10%的 比例救助。		执行定点医疗机构目录外控费比 例的规定（30%、20%、 15%）。
返贫致贫人口		目录内个人自付按70%的比例给予救助，省内住 院单次目录内费用综合支付比例达不到90%的， 救助到90%。			执行定点医疗机构目录外控费比 例的规定（30%、20%15%）。 省内住院目录外控制比例范围内 的住院医疗费用由医疗救助基金 按85%的比例救助。
易返贫致贫人口		本年度政策范围内个人自付住院医疗费用超过上 年度全省居民人均可支配收入10%（3092元） 的部分，按70%的比例给予医疗救助，年度最高 救助限额6万元。			
突发严重 困难人口					
低保边缘家庭成员、 因病致贫重病患者		乡镇申请-民政部门认定-医保救助。年度起付标 准分别为全省上年居民人均可支配收入的 10%(3092元)，25%（7731元），按60%的 比例给予医疗救助，年度最高救助限额为4万元。			