**伊犁州直城乡居民基本医疗保险报销政策**

1. 普通门诊报销：二级医疗机构（县级医疗机构）单次门诊报销封顶额为50元，报销比例50%；乡镇卫生院（街道卫生服务中心）单次门诊报销封顶额为35元，报销比例80%；村卫生室（社区服务站）单次门诊报销封顶额为25元，报销比例90%；城乡居民普通门诊就医年度限额为800元。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **名称** | **普通门诊报销比例** | **单次封顶额（元）** | **年度封顶额（元）** |
| **二级医疗机构** | 50% | 50 | 800 |
| **乡镇卫生院（街道卫生服务中心）** | 80% | 35 |
| **村卫生室（社区服务站）** | 90% | 25 |

比如：李大爷在乡卫生院看病拿药花了40元，按照报销比例计算应该报销40\*80%=32元，报销金额未超出当日封顶额35元，李大爷本次看病拿药只需付费8元，医保报销32元，如超出当日封顶额，超出部分将自行承担。

二、住院报销

城乡居民在定点医院住院政策范围内费用一级医院报销90%、起付线100元，二级医院报销80%、起付线400元，三级医院报销65%、起付线600元，二级、三级定点医院年度内第二次及以上住院起付线减半收取，一级定点医院第二次及以上起付线为80元。非急诊且未办理转诊的其他跨统筹区（州外疆内、疆外）临时外出就医人员报销比例下降15%。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗机构** | **起付线** | **二次及以上起付线** | **报销比例** | **非急诊且未按规定转院（州外疆内、疆外）其他统筹区** |
| 一级 | 100元 | 80 | 90% | 相应级别降低15% |
| 二级 | 400元 | 200 | 80% |
| 三级 | 600元 | 300 | 65% |

三、大病保险报销。参保居民不需单独缴纳居民大病费用，在定点医疗机构住院发生的医疗费用由城乡居民基本医疗保险基金支付，个人负担的政策范围内费用超过大病保险起付线的，按照大病保险待遇支付。

起付标准：个人负担的政策范围内费用累计超过9800元。

报销比例：个人负担的政策范围内费用由大病保险资金按比例支付，上不封顶。9800元-5万元（含5万元），支付比例为65%；5万元-10万元（含10万元），支付比例为75%；10万元以上的，支付比例为85%。符合条件的困难群众大病保险起付标准降低50%（由9800元降至4900元）；各分段比例提高5个百分点，即：4900元—5万元（含5万元），报销比例为70%；5万元—10万元（含10万元），报销比例为80%；10万元以上，报销比例为90%。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **类别** | **起付线（元）** | **报销比例** |
| **9800元-5万元** | **5万元-10万元** | **10万元以上** |
| **普通参保人员** | 9800 | 65% | 75% | 85% |
| **特困（孤儿）、低保、监测户** | 4900 | 70% | 80% | 90% |

比如：张大爷在二级定点医疗机构住院共花了80000元，其中自费项目400元，基本医疗保险报销：63360元=[80000-400（自费）-400（起付线）]\*80%，居民大病保险报销3926元=[79200（自付费用）-63360（基本医疗报销）-9800（大病起付线）]\*65%，此次住院张大爷共报销67286元=63360（基本医疗）+3926（大病），张大爷只需要付12714元。

四、重大疾病住院报销（特殊大病）：22类64种特殊重大疾病按病种限额费用标准结算，住院支付不设起付线，政策范围内费用基本医疗保险支付70%，大病保险支付25%。

22类64种特殊大病：儿童白血病、儿童先心病、乳腺癌、宫颈癌、重性精神病、终末期肾病、耐多药结核、艾滋病、肺癌、食道癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、慢性粒细胞白血病、急性心肌梗塞、脑梗死、血友病、Ⅰ型糖尿病、甲亢、唇腭裂、儿童苯丙酮尿症和尿道下裂。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **特殊大病** | **起付线** | **政策范围内基本医保报销** | **大病保险报销** | **合计报销** | **备注** |
| **22类64种大病** | 0 | 70% | 25% | 95% |  |

五、医疗救助报销

**1.直接救助。**对特困人员（孤儿）、低保对象、低保边缘对象、农村易返贫致贫人口发生的政策范围内费用，经基本医保、大病保险支付后个人自付医疗费用实行直接救助。特困人员（孤儿）发生的政策范围内费用100%进行救助，不设年度救助起付标准，不设年度限额；低保对象发生的政策范围内费用75%进行救助，不设年度救助起付标准，年度最高支付限额5万元。低保边缘对象、农村易返贫致贫人口发生的政策范围内费用70%进行救助，救助起付标准按州直上年度居民人均可支配收入的10%左右设定年度救助起付标准（2023年暂定为2500元/年），年度最高支付限额5万元。

**2.依申请救助。**对因病致贫重病患者依申请纳入医疗救助范围，政策范围内住院及门诊慢特病医疗费用，经基本医保、大病保险支付后个人自付医疗费用65%进行救助，救助起付标准按伊犁州直上年度居民人均可支配收入的25%左右设定年度（2023年暂定为6000元/年），年度最高支付限额5万元。

**3.倾斜救助。**对规范转诊的医疗救助对象，经医保三重制度保障后政策范围内，个人自付费用仍然较重的，超过防止返贫监测范围（2023年度为8000元）政策范围内个人自付医疗费用救助比例按80%实行倾斜救助，倾斜救助不计入年度救助限额。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **分类****救助** | **直接救助** | **依申请****救助** | **倾斜救助** | **备注** |
| 救助对象类别 | 特困人员（含孤儿） | 低保对象 | 低保边缘对象、农村易返贫致贫人口 | 因病致贫重病患者 | 经医保三重制度保障后政策范围内，个人自付费用仍然较重的患者 |  |
| 起付标准 | 0 | 0 | 2500元/年 | 6000元/年 | 8000元/年 |  |
| 最高支付限额 | 不设限额 | 50000元/年 | 50000元/年 | 50000元/年 | 不设限额 | 门诊（慢特病和住院救助共用） |
| 救助比例 | 100% | 75% | 70% | 65% | 80% | 未按规定履行转院救助比例降低15%，危及生命的急危重症除外 |

特困人员（孤儿）、低保对象、低保边缘对象、农村易返贫致贫人口实行动态调整，纳入基本医保、大病保险、医疗救助“一单式”结算，在定点医疗机构直接报销。

申请医后救助人员由本人或共同生活的家庭成员向户籍所在地乡镇（街道）提出书面申请，乡镇（街道）负责医疗救助申报材料的受理、调查、审核和公示，县市医保部门根据乡镇（街道）审核意见和同级民政部门出具的家庭经济状况核对结果，对符合条件的医疗救助对象进行审批。对医疗救助对象发生合规医疗费用，按规定给予医疗救助，并进行公示。

1. “两病”（高血压、糖尿病）保障机制

1.保障对象。一是城乡居民基本医疗保险的参保人员；二是经医疗机构诊断，明确患有“两病”确需采用药物治疗；三是未达到城乡居民医保门诊特殊慢性病鉴定标准；四是卫健部门已经建立健康档案的“两病”患者。

2.待遇支付。“两病”患者在二级及以下医疗机构购药，报销比例为60%，高血压最高报销限额为200元，糖尿病最高报销限额为300元，高血压和糖尿病的最高报销限额可合并计算。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **病种** | **门诊报销比例** | **最高支付限额（元）** |
| **两病（高血压）** | 60% | 200 |
| **两病（糖尿病）** | 60% | 300 |

七、门诊慢特病资格认定及报销

1.门诊慢特病资格认定。参保患者在伊犁州直范围内二级及以上定点医院住院，可直接向医院提出申请，经医院专家审核，将符合门诊慢特病标准的参保患者信息由医院直接录入医保慢病系统，复核通过后享受门诊慢特病待遇；伊犁州直外定点医院住院的参保患者，向参保地所在县（市）医疗保障局提出申请，并提交二级及以上医疗机构相关慢病治疗住院全套病历，身份证复印件1张，由医疗保障局组织专家审核，将符合门诊慢特病标准的参保患者信息录入医保慢病系统，复核通过后享受门诊慢特病待遇。

2.门诊慢特病病种。城乡居民基本医疗门诊慢性病病种分为两类34个病种。

一般慢性病27种：糖尿病、糖尿病伴有并发症、高血压2级、高血压3级、高血压并发症、脑内出血、脑血管病后遗症、脑梗死、肺源性心脏病、冠心病、冠状动脉支架置入术后状态，慢性阻塞性肺疾病、肝硬化、精神分裂症、系统性红斑狼疮、帕金森病、慢性肾炎、肾病综合症、肺结核、支气管哮喘、癫痫病、风湿性心脏病、类风湿关节炎、克汀病、包虫病、布鲁氏杆菌病、慢性乙型肝炎。

特殊慢性病7种：恶性肿瘤门诊治疗（含白血病）、慢性肾功能衰竭、透析、器官移植抗排异治疗、耐多药肺结核、血友病、苯丙酮尿症。

3.门诊慢特病报销政策：一般慢性病政策范围内的医疗费用由医保统筹资金按照60%的比例支付，统筹最高支付限额3000元。特殊慢性病政策范围内的医疗费用由医保统筹资金按照80%的比例支付，不设限额。