

普通住院	起付标准					
	医疗机构等级	一级医疗机构	二级医疗机构	省内州市三级医疗机构	省级及省外三级医疗机构	
	起付标准(元)	200	400	800	1200	
	居民基本医疗保险					
	医疗机构等级	一级医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构	省级及省外三级医疗机构	支付限额
	普通居民	90%	75%	60%	60%	15万元
	重大疾病住院	一级医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构		纳入年度最高支付限额累计计算
		按照普通住院		80%	70%	
	尿毒症、重症精神病	90%				
	居民大病保险					
	人员类别	起付标准(元)	起付标准(元)(含起付标准)~3万元	3万~5万(含3万)	5万以上(含5万)	支付限额
	普通居民	5000(单次)	60%	70%	80%	15万元
	脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户、稳定脱贫户、特困、低保	2500(单次)	65%	75%	85%	无封顶
	1、不符合分级诊疗降低5% 2、特殊人员不符合分级诊疗，按照普通人员的比例降低，大病起付标准也执行普通人的					
	医疗救助					
人员类别	2022年起付标准(元)	救助比例	2022年支付限额	多重身份就高计算 起付标准由省级统一提供； 一个自然年度内起付标准累计计算； 支付限额累计计算，住院医疗救助费用与门诊慢性病、门诊特殊病、门诊急诊抢救(含院前抢救)、日间手术、协议期内国家谈判药品门诊保障产生的医疗救助费用合并计算		
特困人员(一类)	0	100%	26000元			
城乡低保对象(二类)	0	70%	26000元			
返贫致贫人口(二类)	0	70%	26000元			
纳入乡村振兴部门防返贫致贫监测对象的农村低收入人口(三类)	2300	70%	26000元			
低保边缘对象(三类)	2300	60%	26000元			
纳入监测范围的农村易返贫致贫人口(三类)	2300	60%	26000元			
因病致贫重病患者(四类)	5800	50%	26000元			
县级以上政府规定的其他特殊困难人员(四类)	5800	50%	26000元			

门诊两病	二级及以下医疗机构	支付限额
	50%	400元/年 与门诊统筹合并累计

门诊统筹	参保地县域内二级以下	参保地县域内二级及以上	支付限额
	50%	25%	400元/年 每月累计80元

一般诊疗费		门诊一般诊疗费	门诊简单诊疗费	门诊复杂诊疗费	限乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心
	收费标准	6	7	9	
	医保报销标准	5.5	6	6.5	

门诊慢性病	慢性病病种(25种)				
	冠心病、慢性心力衰竭、慢性风湿性心脏病、肺源性心脏病、慢性阻塞性肺气肿、活动性结核病、支气管扩张、支气管哮喘、脑血管意外(脑出血、脑梗死、脑梗塞、脑萎缩及后遗症)、原发性或继发性高血压Ⅱ~Ⅲ级、肝硬化、慢性活动性肝炎、老年性前列腺增生Ⅱ°~Ⅲ°、慢性肾小球肾炎、肾病综合征、糖尿病、强直性脊柱炎、类风湿性关节炎(包括幼年特发性关节炎、幼年性皮肌炎)、甲状腺功能亢进(减退)、阿尔茨海默病、癫痫、系统性硬化症、干燥综合征、原发性青光眼、精神病				
	起付标准(元)	报销比例	支付限额	年度支付限额不与住院合并计算	
0	60%	多个病种的以最高限额为基数，增加一个病种增加500元，最高支付限额4000元			

门诊特殊病	特殊病病种(17种)				
	恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、器官移植术后抗排斥治疗、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血(包括遗传性球形红细胞增多症、自身免疫性溶血性贫血)、地中海贫血、血友病、帕金森氏病、重症肌无力(包括肌营养不良症)、运动神经元病、重症精神病(精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍)、儿童生长发育障碍(生长激素缺乏症)、小儿脑瘫、儿童免疫缺陷病、耐药肺结核、新冠肺炎康复治疗、艾滋病抗病毒治疗				
		起付标准(元)	统筹报销比例	大病报销比例	支付限额
	重症精神病、尿毒症	0	90%	同普通住院大病支付比例	与普通住院合并累计
其他疾病	1200	70%		起付标准累计 进入大病不设置起付标准	

特殊购药（谈判药）	起付标准（元）	统筹报销比例	大病报销比例	支付限额	每个药每年只付一次起付标准 谈判药先自付10% 救助同普通住院
	1200	70%	同住院	与普通住院合并累计	

普通住院-单病种住院		起付标准（元）	一级医院	二级医院	三级医院	1、医疗费用不分甲乙丙类，由医保基金和个人按规定比例支付 2、按病种付费结算的医疗费用，超过基本医疗保险基金最高支付限额以上的部分，由大病补充医疗保险基金支付。按照“超支自负，结余留用”的原则，实际住院医疗费用超过病种付费标准的，超过部分由医疗机构承担，医保基金和参保人员均不支付 3、实际发生医疗费用低于按病种付费标准70%的，执行按项目收费进行结算
	普通单病种疾病	0	85%	75%	65%	
	尿毒症患者		90%			

门诊-尿毒症	医疗机构等级	血液透析报销标准	起付标准（元）	报销比例	
	一级医疗机构	500元/次	0	90%	
	二级医疗机构	550元/次			
	三级医疗机构	600元/次			

单病种-精神病住院	住院周期	一级医院标准	二级医院标准	三级医院标准	比例	1、实际费用低于标准的70%按普通住院 2、最高支付限额与普通住院合并累计
	≤45天	190	210	240	90%	
	>45天	140	160	190		

门急诊抢救	同普通住院
-------	-------

意外伤害住院	除第三方责任外，同普通住院
--------	---------------

生育待遇	生育类别	乡级医疗机构（包干支付）	县级医疗机构（包干支付）	州市级以上医疗机构（单病种限额）	1、州市级以上住院分娩医疗费用达不到限额标准的，医保基金按实际费用支付；超出限额标准的，医保基金按限额支付，超出限额部分由个人负担 2、在统筹区内县、乡级定点医疗机构住院分娩实行单病种包干支付；普通居民参保孕产妇在统筹区内市级定点医疗机构住院分娩，实行单病种限额支付，超出部分由参保人员个人负担，统筹区外住院分娩按普通住院结算 3、使用统筹基金支出	
	统筹区内	顺产	1800元	1800元		2400元
		剖宫产	2100元	2700元		3400元
	统筹区外	所有项目	回参保地医保中心报销，直接结算			按限额支付

危急重症孕产妇 因难产、危急孕产妇抢救、妊娠并发症、妊娠合并症或孕产妇伴有其它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

地中海贫血筛查门诊费	项目名称	收费标准（元/人）	医保支付标准（元）
	血红蛋白电泳检测	90	90
	地贫基因检测	720	400
	产前诊断	1850	740

统筹基金支付不累计
超出部分个人自付

美沙酮维持治疗	标准	报销比例	支付限额
	每天5元/人	50%	1000元

苯丙酮尿症	年龄	报销比例	支付限额
	0~1岁（含1岁）	70% （限价范围内）	1.5万元
	1~3岁（含3岁）		3万元
	3~6岁（含6岁）		2万元

新冠肺炎（疑似、确诊）住院	起付标准（元）	统筹基金报销比例	财政基金	个人支付	不区分甲乙丙，不纳入统筹基金年度累计
	0	90%	10%	0	

乙类检查、特检材料	特殊检查	先行自付10%
	200元以内的材料	按甲类报销（没有先行自付，按医院级别比例报销）
	国产和集采进口200元以上的特殊材料，血液制品	先行自付10%，再按医院比例报销
非集采进口200元以上的材料	按丙类支付，即全自费	

服务电话	0692-2937068	0692-2213740
------	--------------	--------------