

普通住院	起付标准					
	住院次数	医疗机构等级	第一次住院	第二次住院	第三次住院	第三次以上住院
	所有职工	一级及以下医疗机构	300	200	100	100
		二级医疗机构	600	400	200	200
		三级医疗机构	800	500	300	300
	70岁以上	起付标准按照 50% 支付				
	建国前参加工作人员	0				
	职工基本医疗保险					
	人员类别	报销比例	转州外省内、省外	异地安置	费用封顶	
	在职职工、灵活就业人员	一级及以下医疗机构（90%） 二级医疗机构（88%） 三级医疗机构（85%）	1、符合转诊转院的按州内政策执行 2、未按要求转诊转院的报销比例降低 5%	1、已办理按州内政策执行 2、未办理报销比例降低 5%	7万	
退休职工	一级及以下医疗机构（95%） 二级医疗机构（93%） 三级医疗机构（90%）					
建国前参加工作人员	95%					
20种重大疾病	90%			无		
职工大额医疗费用补助						
	报销比例	转州外省内、省外	异地安置	支付限额		
职工、灵活就业人员	90%	1、符合转诊转院的按州内政策执行； 2、未按要求转诊转院的报销比例降低 5%	1、已办理按州内政策执行 2、未办理报销比例降低 5%	无		
建国前参加工作人员	95%					
20种重大疾病	报销至90%（总费用-全自费）					
建国前参加工作人员经基本医疗和大病报销报销后，政策范围内费用报销比例达不到 95%由基本统筹基金报销至 95%						
医疗救助						
	2022年起付标准（元）	报销比例	2022年支付限额（元）	1、符合分级诊疗才可纳入医疗救助 2、起付标准由省级统一提供，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 3、最高支付限额以统计部门公布的全省上一年度居民人均可支配收入四舍五入到千位		
特困	0	100%	26000			
低保对象	0	70%	26000			
深度困难职工	2300	60%	26000			
相对困难职工 其他困难人员	5800	50%	26000			

一般诊疗费	门诊一般诊疗	门诊简单诊疗	门诊复杂诊疗	村卫生室、卫生室、社区卫生服务站诊疗收取一般诊疗费	
	收费标准	6	7		9
	职工、退休人员、灵活就业人员报销金额	5.5	6		6.5

门诊统筹	医疗机构等级	一级及以下医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构	支付限额（元）	统筹基金年度累计超过 8000元之后，报销比例按就诊定点医疗机构普通住院比例报销 8000元支付限不与住院合并计算
	起付标准	30元/每次	60元/每次	90元/每次	8000	
	在职报销比例	60%	55%	50%		
	退休报销比例	65%	60%	55%		

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（包括幼年特异性关节炎、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/年）	报销比例	支付限额	起付标准、支付限额与住院分别计算
在职职工	200	80%	单个病种 2000元，增加一个病种增加 1000元，最高支付限额 5000元		
退休职工		85%			

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、偏执性精神分裂症、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/年）	统筹报销比例	大病报销比例	支付限额
	所有职工	800	一级及以下医疗机构（90%） 二级医疗机构（88%） 三级医疗机构	90%	70岁以上起付标准减半 起付标准与住院分别计算，进入大病报销后没有大病起付标准 与普通住院合并计算
尿毒症、重症精神病	0	90%	90%		

特殊购药（谈判药）	起付标准	统筹报销比例	大病报销比例	支付限额	先行自付 10%，后按就诊定点医疗机构报销比例报销 与普通住院合并计算
	所有职工	800元/种/年	一级及以下医疗机构（90%） 二级医疗机构（88%）	90%	

单病种	起付标准	统筹报销比例	大病报销比例	支付限额	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 3、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 4、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
	0	80%	80%	与普通住院合并计算	

慢性肾功能衰竭(尿毒症)住院、门诊	医疗机构等级	血液透析报销标准/腹膜透析报销标准	起付标准	报销比例	不区分甲乙丙，包干支付
	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	一级医疗机构标准	二级医疗机构标准	三级医疗机构标准	比例	1、实际费用低于标准的70%按普通住院 2、与普通住院合并累计
	≤45天	190	210	240	90%	
	>45天	140	160	190		

职工-生育待遇	享受人群				
	用人单位在职职工连续缴纳统筹区职工基本医疗保险满6个月(含6个月)以上的职工。连续参保缴费的用人单位因依法关闭、破产、撤销等原因与职工解除劳动关系或劳动合同终止的，其职工在劳动关系解除或合同终止后10个月内发生生育的，享受本办法规定。灵活就业人员不享受医疗待遇。				
	项目类型	项目名称	付费方式	支付标准(元)	1、职工因生育或计划生育死亡的，给予一次性补助，标准为全省上年度职工月平均工资的6倍； 2、在怀孕开始到产假结束期间因生育引起的规定并发病的住院费用，按职工医疗保险规定支付，个人负担部分(不含职工医疗保险规定的全自费部分)再由生育保险基金报销70%；
	生育或计划生育医疗费用包干标准为	顺产	包干支付	2000	
		难产(产钳助产和胎头吸引)	包干支付	3000	
		剖宫产	包干支付	4500	
		产前检查费	包干支付	1000	
		妊娠4个月(含4个月)以上、7个月以下流产(人工流产)	包干支付	1800	
		妊娠4个月以下流产(含人工流产)	包干支付	500	
		放置宫内节育器(含宫内节育器)	包干支付	450	
		摘取宫内节育器	包干支付	150	
		皮埋术	包干支付	200	
		皮埋取除术	包干支付	150	
		输卵管结扎术	包干支付	1800	
		输精管结扎术	包干支付	900	
输卵管复通术		包干支付	2400		
输精管复通术		包干支付	2000		
营养补助	职工生育给予1000元生育营养补助。多胞胎的，每多1胎增加1000元				
生育津贴	职工领取生育或者计划生育假期的生活津贴的标准，以所在用人单位上年度(生育当年最小月份参保单位申报的缴费基数)在职职工月平均工资和假期天数为实际计发数，计算公式为：实际计发数=单位月平均工资(元)×30(天)×假期天数。				
施行人工受精或试管婴儿技术的	施行人工受精或试管婴儿技术的，产生的医疗费给予最高3000元的补助。				

乙类检查、特检特材	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，按就诊医疗机构级别比例报销)
	国产200元以上的特殊材料、血液制品	先行自付10%，再按就诊医疗机构比例报销
	进口200元以上的材料	集采的先行自付10%，再按就诊医疗机构比例报销 非集采的先行自付20%，再按就诊医疗机构比例报销

日间手术	起付标准	报销比例	支付限额
	按照就诊定点医院住院起付标准减半执行	同普通住院报销比例	与普通住院年度最高支付限额合并计算

意外伤害住院 除第三方责任外同普通住院

急诊抢救 同普通住院

新冠肺炎(疑似、确诊)住院	城镇职工	起付标准	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支付限额累计
		0	90%	10%	0	

地中海贫血筛查门诊费	血红蛋白电泳检测 90/人	全额补助
	地贫基金检测 720/人	按每人400元标准补助
	产前诊断费 1850/人	按每人740元标准补助

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