

德阳市 2024 年居民门诊统筹政策

居民医保普通门诊报销比例为 75%，限额标准为：

一档 100 元/人/年；二档 200 元/人/年；

德阳市 2024 年职工医保门诊共济政策

《德阳市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》于 2023 年 1 月 1 日起实施。

一、门诊共济保障方式包括三类

- （一）普通门诊费用统筹（简称“门诊统筹”）保障
- （二）高血压、糖尿病（简称“两病”）门诊用药保障
- （三）门诊特殊疾病（简称“门诊特病”）保障。

二、适用对象

参加我市职工医保的人员（含退休人员）

三、适用条件

参保职工在职工医保待遇享受期内

四、个人账户计入

（一）按统账结合模式参加我市职工医保的在职职工，个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人参保缴费基数的 2%。

（二）按统账结合模式参加我市职工医保的退休人员，个人账户由统筹基金按定额计入，计入额度为我市退休人员 2022 年基本养老金平均水平的 2.8%。

五、个人账户使用管理规定

(一) 个人账户可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用,以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。

(二) 个人账户可用于参加城乡居民基本医疗保险、补充医疗保险、重特大疾病保险、长期护理保险等由政府开展的与医疗保障相关的社会保险的个人缴费。

(三) 个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

(四) 个人账户资金(含改革前个人账户历年结余)可按规定结转使用和依法继承。参保职工跨统筹地区医保关系转移接续时,个人账户资金随同转移。

六、门诊统筹保障待遇

在待遇享受期内的参保职工,在门诊统筹定点医疗机构和符合条件的门诊统筹定点零售药店发生的符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准的普通门诊费用、购药费用,在扣除乙类先行负担后,起付标准以上部分由统筹基金和个人按比例分担。

(一) 起付标准。在职职工 200 元,退休职工 150 元。

(二) 支付比例。统筹基金对于政策范围内的门诊医疗费用按下列比例支付。

在职职工:三级定点医疗机构和符合条件的定点零售药店 50%,二级及以下定点医疗机构 60%;

退休职工：三级定点医疗机构和符合条件的定点零售药店 60%，二级及以下定点医疗机构 70%。

（三）支付限额。在职职工 2000 元/年，退休人员 2500 元/年。

（四）不予支付的范围：

1.应从工伤保险基金中支付的； 2.应由第三人负担的； 3.应由公共卫生负担的； 4.在境外就医的； 5.体育健身、养生保健消费、健康体检； 6.其他有关规定不予支付的。

七、“两病”门诊用药保障待遇

职工医保参保人员中未纳入门诊特病保障范围，采取药物治疗的“两病”患者，纳入职工“两病”门诊用药保障范围。按诊疗规范确诊和备案后，可享受“两病”门诊用药保障。

（一）支付范围：医保目录内降压、降糖药品；

（二）报销比例：100%；

（三）支付限额：高血压支付限额为 20 元/人/月，糖尿病支付限额为 30 元/人/月，同时患有两个病种的，支付限额合并计算。

九、门诊费用报销流程

参保人员发生门诊诊疗费用后，持医保电子凭证或社会保障卡在医药机构直接联网结算，应由个人负担的费用，由本人与医药机构结算。

十、报销注意事项

（一）“两病”、门诊特殊疾病、门诊统筹待遇不得重复享受。

（二）参保人员就医时主动向医师告知是否有“两病”或门特疾病及具体病种，避免待遇享受类别出错。

(三) 统筹基金支付的门诊共济保障待遇纳入职工医保基本医疗保险年度最高支付限额计算。

(四) 个人承担费用需要使用家庭成员的个人账户共济支付时，需要先刷就诊人的社会保障卡或医保电子凭证办理就医登记上传费用明细，再使用家属的社保卡或医保电子凭证共济支付。

德阳市 2024 年门诊特殊疾病政策

门诊特殊疾病根据基金承受能力和病种治疗周期及所需费用分为甲乙丙三类，将于 2023 年 1 月 1 日起实施。

甲类

序号	病种名称	类别	待遇	标准	
				职工医保	居民医保
1	恶性肿瘤门诊放化疗	甲类	经认定后，在治疗机构发生的符合认定病种诊疗范围的政策范围内费用，在扣除乙类个人先行自付费用后，一个自然年度内负担一次二级医院起付金额（精神疾病无起付线），剩余部分参保职工按住院报销比例报销，参保居民按二级医院报销比例	报销比例与年龄相关。在职人员：75%+（年龄*0.25）%；退休人员：78%+（年龄*0.25）%。	报销比例与参保档次和医院等级相关。一档70%，二档80%。
2	慢性肾功能衰竭				
3	器官移植术后				
4	白血病				
5	骨髓增生异常综合征及骨髓增生性白血病				
6	恶性组织细胞病				
7	再生障碍性贫血				
8	获得性免疫缺陷综合征				
9	视神经脊髓炎				
10	肝豆状核变性				
11	普拉德-威利综合征				
12	进行性延髓麻痹				
13	原发性生长激素缺乏症				
14	精神疾病				
15	肌萎缩侧索硬化				
16	自身免疫性肝炎				
17	丙型肝炎				
18	结核病				

19	血友病		报销。		
20	除血友病外的凝血因子缺乏症				
21	特发性肺纤维化				
22	肺动脉高压				
23	地中海贫血				
24	尘肺病				
25	重度骨质疏松				
26	慢性活动性乙肝或伴随丁肝干扰素治疗				

乙丙类

序号	病种名称	类别	待遇	限额 (元/年)	
				职工 医保	居民 医保
1	慢性活动性乙肝或伴随丁肝抗病毒治疗	乙类	经认定的乙丙类病种，在治疗机构和符合规定的定点药店发生的符合认定病种诊疗范围的政策范围内药品费用，不承担乙类个人先行自付费用，不设起付标准，职工医保报销比例为90%、居民医保	2400	1200
2	结缔组织病				
3	系统性红斑狼疮				
4	硬皮病[硬斑病]				
5	皮炎				
6	类风湿性关节炎			1800	900
7	强直性脊柱炎				
8	干燥综合征[舍格伦]				
9	白塞氏病				
10	糖尿病				
11	银屑病			1080	300
12	特发性血小板减少性紫癜				
13	肾病综合征				
14	阿尔茨海默病				
15	人工瓣膜置换术及血管支架植入术后				
16	失代偿期肝硬化	丙类	报销比例为80%。		
17	帕金森氏病				
1	癫痫				
2	克罗恩病				
3	溃疡性结肠炎				
4	重症肌无力				
5	心脏病（含风心病、心肌病、肺心病、冠心病、甲心病等）				

6	高血压 2 级及以上			
7	脑血管病后遗症			
8	支气管哮喘			
9	甲状腺功能亢进症			
10	甲状腺功能减退症			
11	慢性血吸虫病			
12	麻风病			
13	慢性阻塞性肺疾病			

一个自然年度内，参保人员由医保基金支付的门诊特殊疾病医疗费用计入基本医疗保险基金规定的年度最高支付限额。门诊特殊疾病医疗费用纳入基本医疗保险基金的险种待遇和年度最高支付限额以就诊时间确定。

患有多种乙丙类特殊疾病的，年度支付限额可合并计算，但合并计算后职工医保年度支付限额最高不超过 3600 元，居民医保年度支付限额最高不超过 1560 元。

当年 2 月 1 日（含）以后新认定的乙、丙类特殊疾病患者，年度支付限额 = 当年享受待遇月数 × 年度支付限额 ÷ 12。

参保人员在门诊特殊疾病定点医药机构发生的门诊特殊疾病医疗费用，实行即时结算。应由参保人员个人负担的费用，由定点医药机构与本人结算。