

# 绵竹市孝德镇卫生院

## 医疗保险政策

### 1、医保药品目录中标注的“甲”“乙”是什么意思？

基本医疗保险出于管理需要，将医保药品目录内的药品分为甲、乙两类。甲类药品是临床治疗必需、使用广泛、疗效好，同类药品中价格低的药品。参保人使用这类药品时，可以全额纳入报销范围，按规定比例报销。乙类药品是可供临床治疗选择使用、疗效好，同类药品中比甲类药品价格高的药品。参保人使用这类药品时，要先按比例扣除一定的个人自付费用后，将余下费用再纳入报销范围，按规定比例报销。

### 2、什么是起付线？

起付线指的是医保基金的起付标准，参保人员在定点医疗机构实际发生的“三个目录”内的医疗费用，自己要先承担起付标准以下的费用，起付标准以上的部分再由医保基金按规定、按比例报销。

### 3、什么又是封顶线？

封顶线指的是医保基金的最高支付限额，也就是参保人在一个年度内累计能从医保基金获得的最高报销金额。封顶线以外的医疗费用，参保人可以通过参加补充医疗保险、商业医疗保险等办法解决。目前德阳市城乡居民基本医疗保险一档封顶线是 15 万元，二档封顶线是 20 万元；城镇职工基本医疗保险封顶线是 35 万元。

## 本地普通住院医保政策

### （一）城镇职工医疗保险政策

#### 1、职工住院报销比例怎样计算？

报销金额=（符合医保支付范围的费用-起付标准）×报销比例。

符合医保支付范围的费用=住院总费用-自费费用-乙类先行自付费用。

职工住院报销比例=基本比例+（本人年龄\*0.25）%，基本比例为：  
在职人员 75%，退休人员 78%。即：在职职工：75%+（本人年龄\*0.25）%；  
退休人员：78%+（本人年龄\*0.25）%。

#### 2、参加了职工大额医补的待遇如何？

医保政策范围内费用在扣除基本医疗保险起付金额和职工医保报销金额后，职工大额医补按 90%报销，一个自然年度内最高赔付限额为 50 万元。

职工大额医补赔付金额=（医保政策范围内费用—基本医疗保险起付金额—基本医疗保险报销金额）×90%。

### （二）城乡居民医疗保险政策

#### 1、城乡居民住院待遇如何报销？

报销金额=（符合医保支付范围的费用-起付标准）×报销比例。符合医保支付范围的费用=住院总费用-自费费用-乙类先行自付费用。

住院起付标准和报销比例如下：

参保	起付	一级及以下医疗机	其它	二级	三级
----	----	----------	----	----	----

档次	线和 报销 比例	构中实行国家基本 药物制度的乡镇卫 生院、社区卫生服务 中心	一级 及以 下	医疗 机构	医疗 机构
一档	起付 线 (元)	200	400	600	900
一档	报销 比例	90%	80%	70%	60%
二档	起付 线 (元)	200	400	600	900
二档	报销 比例	95%	90%	80%	70%

为进一步减轻未成年及在校学生医疗费用负担，提高医疗保障水平，经德阳市政府同意，调整了未成年人及在校学生居民住院费用起付线标准：一级及以下医疗机构中实行国家基本药物制度的乡镇卫生院、社区卫生服务中心 200 元，其他一级及以下医院 300 元，二级医院 400 元，三级医院 700 元。同时该人群按一档参保，享受二档待遇。

## 2、城乡居民大病保险待遇如何？

待遇期内参保人员在定点医药机构发生的符合基本医疗保险政策范围的合规医疗费用，在扣除居民医保报销金额后，一个自然年度内累计个人负担超过城乡居民大病保险起付标准（2023年为16125元，每年动态调整）部分，分段计算、累加给付，不设最高支付限额，具体保险比例如下：

- （1）20000元（含）以下部分报销比例为60%；
- （2）20000元以上至60000元（含）部分报销比例为65%；
- （3）60000元以上至100000（含）部分报销比例为75%；
- （4）100000元以上部分报销比例为85%。

### 3、补充医疗保险待遇又如何？

基本医疗保险年度累计报销金额达到最高支付限额前符合基本医疗保险政策范围的住院费用，居民补充医疗保险在基本医疗保险报销比例基础上增加5个百分点报销；基本医疗保险年度累计报销金额达到最高支付限额后发生的符合城乡居民基本医疗保险政策范围的住院费用，居民补充医疗保险按50%比例报销。一个自然年度内最高赔付限额为40万元。

具体计算公式如下：

（1）基本医疗保险年度累计报销金额达到最高支付限额前：补充医疗保险报销金额=（发生费用-自费费用-乙类先行自付费用-基本医疗保险起付标准）×5%

（2）基本医疗保险年度累计报销金额达到最高支付限额后：补充医疗保险报销金额=（发生费用-自费费用-乙类先行自付费用）×50%

## 异地普通住院医疗保险政策

### （一）、跨省和省内异地就医结算政策

1、跨省和省内异地就医直接结算执行“就医地目录、参保地政策、就医地管理”规定，取消门特小目录。

2、跨省和省内异地就医手工报销执行“参保地目录、参保地政策”规定。

### （二）异地就医备案人员范围

1、异地长期居住人员分为异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员；

2. 临时外出就医人员分为异地转诊就医人员、其他临时外出异地就医备案地域。

### （三）异地长期备案

1、异地长期居住人员备案变更或取消要求：原则上在备案生效后6个月内不得申请变更。因退休安置地、工作单位、参保险种等发生变化的，凭有关资料可实时申请变更。

2、异地长期居住人员符合转外就医规定的，执行参保地规定的转诊转院医保待遇支付政策。（其住院报销比例在我市就医报销比例基础上下降10个百分点）

#### (四) 异地临时备案

- 1、临时外出就医人员，实行“一次备案、半年有效”。
- 2、临时外出就医人员，6个月有效期内可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。
- 3、支持非急诊未转诊的其他临时外出就医人员备案并直接结算；
- 4、异地转诊人员在备案地住院就医结算时，支付比例在参保地规定的本地住院就医支付比例基础上降幅10个百分点。
- 5、异地急诊抢救人员在备案地住院就医结算时，支付比例在参保地规定的本地住院就医支付比例基础上降幅10个百分点。
- 6、非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员住院就医结算时，支付比例在参保地规定的本地住院就医支付比例基础上降幅20个百分点，起付标准上浮50%。

