大理州第二人民医院医保

一、城镇职工医保政策

（一）城镇职工住院基本医疗保险支付比例

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **医院** | | **在职职工**  **报销比例** | **退休职工报销比例** | |
| **70岁以下**  **（含70岁）** | **70岁以上** |
| 州内  定点 | 一级医院 | 92%  （个人自付8%） | 93%  （个人自付7%） | 95%  （个人自付5%） |
| 二级医院 | 90%  （个人自付10%) | 92%  （个人自付8%） | 94%  （个人自付6%） |
| 三级医院 | 88%  （个人自付12%） | 90%  （个人自付10%） | 92%  （个人自付8%） |
| 州外  定点 | 不分医院等级，统一报销比例85%（个人自付15%） | | 不分医院等级，统一报销比例87%（个人自付13%) | 不分医院等级，统一报销比例89%（个人自付11%） |
| 说明：基本医疗保险统筹基金一个自然年度内累计最高支付符合报销规定医疗费用的限额（封顶线）为7万元。超过基本医疗保险最高支付限额标准以上纳入大病补充医疗保险按照90%比例报销，取消封顶线。 | | | | |

（二）城镇职工住院起付标准（起付线）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医 院** | | **首次住院** | **年度内二次以上住院** |
| 州内定点 | 一级医院 | 300 | 150 |
| 二级医院 | 500 | 250 |
| 三级医院 | 700 | 350 |
| 转州外就医 | 一级医院 | 500（不分住院次数） | |
| 二级医院 | 700（不分住院次数） | |
| 三级医院 | 900（不分住院次数） | |
| 说明：城镇职工70周岁以上老年人住院及慢性病、特殊病起付线按现行政策减半收取 | | | |

二、城乡居民医保政策

（一）城乡居民住院基本医疗保险支付比例

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **医院**  **类别** | **医院级别** | **起付标准**  **（元／次）** | **基金支付比例** | |
| **普通人员** | **其中：70周岁以上的参保人员** |
| 州内协议管理  医院 | 一级医疗机构 | 200 | 85% | 90% |
| 二级医疗机构 | 400 | 75% | 80% |
| 三级医疗机构 | 700 | 60% | 65% |
| 州外协议管理  医院 | 符合分级诊疗并巳按规定办理转诊转院 | 900 | 50% | 55% |
| 不符合分级诊疗或未按规定办理转诊转院 | 900 | 40% | 45% |
| 说明：  1.大理州第二人民医院精神病住院报销比例为85%；重性精神病（精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神障碍、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）急性期限享受30-45天的一个周期住院治疗，报销比例为90％，其余10%由个人自付。  2.参保患者7天内转诊到同级别医院住院治疗的，不再计算起付标准，转到不同级别医院住院的，起付标准补差。不符合分级诊疗或未按规定办理转诊转院的，支付比例相应降低10%。  3. 一个自然年度内，城乡居民基本医疗保险政策规定范围内的住院医疗费、特殊病门诊医疗费之和年度累计最高支付限额为10万元，超过部分同时进入大病保险。大病保险起付线为7000元，年度封顶线为30万元，在一个自然年度内，参保人员在政策范围内自付医疗费累计超过7000元以上的部分按规定比例支付。农村低收入人口较普通参保人起付线降低50%达3500元，报销比例每段提高5个百分点，取消大病保险封顶线。 | | | | |

三、门诊特殊病慢性病

（一）我院可以办理特殊病病种（六种重性精神病）：精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神障碍、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。

（二）我院可以办理慢性病病种（精神病）：除六重种性精神病外的其他精神病、阿尔兹海默症、癫痫。

（三）城镇职工特殊病、慢性病待遇

1.城镇职工医保门诊**特殊病：**参保人在一个自然年度内，符合规定的相关费用，报销比例为90%，无起付线，年度支付限额与住院费用年度最高支付限额合并计算。

2.城镇职工医保门诊**慢性病：**报销比例按照住院报销比例执行。参保人在一个自然年度内，起付标准为400元，与住院起付线分别计算，一年只出一次起付线；患一种、两种、三种、四种及以上慢性病的，一个自然年度内累计报销分别为2400元、3600元、4200元、5000元，年度最高支付限额增加总额不超过5000元，与住院年度最高支付限额分别计算。

（四）城乡居民特殊病慢性病待遇

1.城乡居民门诊**特殊病：**参保人在一个自然年度内，符合规定的相关费用，报销比例为90%，无起付线，年度支付限额按照大理州城乡居民基本医疗保险和大病保险住院最高支付限额执行。

2.城乡居民医保门诊**慢性病：**参保人在一个自然年度内，报销比例为60%，无起付线，患两种及以上慢性病的，支付限额可以累加，但一个年度累计支付不超过3600元。

（五）特殊病慢性病办理依据

1.有二级及以上医院、主治医师及以上医生临床诊断为“精神病”的诊断；

2.具有两年以上病程和一年以上的就医记录；

3.有在精神病院或综合医院精神科住院史。

审核标准：同时具备1、2、3条。

**2022年4月1日起，全省开通特慢病异地办理。**

四、转诊转院

（一）转州外、省级及省外：转州外、省级及省外的，患者需持所住医院填写并由医务科或医院医保办审核盖章的转诊转院证明材料，到医院医保经办审核并办理异地转诊备案。其他同上，无审核的，起付金不补差，报销比例以转入医院现行政策中的医院级别降低10%规定执行。

（二）在省内不需要在医保系统进行转诊转院操作的情形

1.就近原则：65周岁以上老年人，0-6岁（7岁生日前）的婴幼儿、重度残疾人（医保基本信息标识为“一、二级重度残疾人”）、严重精神障碍患者（医保系统审批为“精神分裂症”），按照“就近就医”原则、可自主选择省内定点医疗机构诊治。

2.疾病：同类疾病在同一年度内再次入院治疗患者，可选择原救治的医疗机构进行治疗。

3.危、急、重症: 符合危、急、重症的患者，由收治医疗机构识别后在医疗机构的医保信息系统审批，可享受正常报销待遇。

4.异地就医人员: 已办理异地就医登记备案的异地就医人员，由所属医保经办机构为其在医保系统办理异地备案手续，按异地就医规定报销。

说明：大理州范围内参保人员到大理州第二人民医院住院不需要办理转诊转院手续也可享受同等报销比例。

五、异地救医

（一）异地就医政策执行

**执行就医地目录:** 包括基本医疗保险的药品目录、诊疗项目和服务设施标准;

**执行参保地待遇** ：执行参保地的起付线、支付比例和最高支付限额（封顶线）；

**执行就医地管理** ：就医地经办机构要为异地就医人员提供和本地参保人员相同的服务和管理，包括咨询服务、医疗信息的记录、医疗行为的监控、医疗费用的审核等。

**未按规定办理异地就医备案或异地转诊转院手续直接到异地就医的，支付比例相应降低10%。**

（二）可以办理异地就医直接结算备案人员

1.常住异地工作人员。指用人单位派驻异地工作且符合参保地规定的人员；

2.长期异地居住人员。指在异地居住生活且符合参保地规定的人员，如在外地随子女居住，帮助带孩子的老年人等；

3.异地安置退休人员。指退休后在异地定居并迁入户籍的人员，如退休前在工作地参保，退休后回原籍居住的知青；

4.异地转诊人员。因当地医疗机构诊断不了或者可以诊断，但是治疗水平有限，需要到州外就医的参保患者。

（三）异地就医实现一单报销，一站式结算

1.省内、跨省异地就医实现基本医疗保险、补充保险、公务员医疗补助、大病保险、医疗救助等报销费用在异地就医定点医疗机构一并结算。

2.目前异地就医实现门诊、住院、门诊特慢病等医疗就医一站式结报，参保人员只结算应由个人承担的费用。

六、困难精神残疾人彩票公益金救助

（一）根据《大理州州级彩票公益金救助困难精神残疾人住院康复服务实施方案》要求，我院被确定为困难精神残疾人住院康复服务州级救治救助项目定点医疗机构。

（二）同时具备以下条件的患者可享受救助：

1.具有大理州户籍，并持有《残疾人证》的困难精神残疾人（困难标准由各县市残联认定）；参加城乡居民医疗保险；

2.除精神残疾外，无其他重大疾病。对符合救助条件的精神残疾人，由县市残联开具《大理州州本级福利彩票公益金救助困难精神残疾人康复申请、审批、资金结算表》，我院凭该申请、审批表进行收治。

（三）对符合救助条件的对象在我院住院，年度内可享受一次不超50天的住院治疗，住院期间医保报销后的个人自付医疗费（不超过 2720 元）和伙食补助费（不超过 800 元，超出部分患者自己承担）；确需再次住院治疗的特殊对象只享受不超过 800 元的伙食补助（伙食费超出部分患者自己承担）。