居民医保服务（待遇篇）

参保居民在一个结算年度内，按规定享受普通门诊统筹、特殊病门诊统筹、住院医疗统筹、大病保险、特药待遇、城乡医疗救助等待遇。主要待遇如下：

**1.门诊待遇（一个结算年度内）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 门诊统筹医疗费用 | | | | |
| 在签约的定点社区卫生服务机构门诊刷卡就医时，年度内发生符合规定的普通门、急诊医疗费可享受800元以内的门诊统筹待遇医保基金按比例支付。 | | | | 报支比例 |
| 50% |
| 两病门诊医疗费用 | | | | |
| “两病”是指经二级及以上定点医院诊断备案后，享受居民医保高血压、糖尿病门诊用药保障待遇。  在规定的定点医疗机构发生的符合医疗保险规定的专项门诊用药费用，按照单个病种1600元/年**·**人，两个病种2000元/年**·**人的限额，由居民医保基金按比例结付。  与门诊统筹医疗费用待遇不重复享受。 | | | | 报支比列 |
| 50% |
| 特殊病门诊医疗费用 | | | | |
| 病程 | 待遇比例 | | 年限额  （元） | 备注 |
| 成年居民  老年居民 | 学生  未成年人 |
| 长期精神病 | 60% | 70% | 2400 |  |
| 系统性红斑狼疮 | 4000 |  |
| 再生障碍性贫血 | 10000 |  |
| 血友病 | 30000 | 重型血友病年限额60000元 |
| 恶性肿瘤（含白血病） | 4000 | 待遇享受年限5年，5年后因疾病复发需继续治疗的应重新办理备案手续 |
| 肺动脉高压 | 60% | | 80000 |  |
| 恶性肿瘤  门诊特定放化疗 | 一个结算年度内个人自付600元后，居民医保基金参照住院费用分段按比例支付。恶性肿瘤门诊特定放化疗年度费用限额暂定为100000元，备案待遇有效期12个月。 | | | |
| 终末期肾病  透析治疗  （含腹膜透析） | 70% | 70% | 60000 | 一个结算年度内个人先自付600元。 |
| 器官移植患者  抗排异治疗 | 60% | 30000 | 一个结算年度内个人先自付600元。 |
| 说明：1、特殊病有多个起付标准的，统一合并为600元。  2、参保人员在异地进行恶性肿瘤门诊特定放化疗治疗的，应选择一家异地就医门诊联网结算的二级及以上医疗机构作为直接结算的定点医疗机构。参保人员在异地进行终末期肾病门诊透析治疗的，应选择一家异地就医门诊联网结算的具备透析治疗资质的医疗机构作为直接结算的定点医疗机构。参保人员在异地进行门诊器官移植抗排异、肺动脉高压治疗的，应选择一家异地就医门诊联网结算的三级医疗机构作为直接结算的定点医疗机构。如需变更定点医疗机构，需在就诊前通过参保地医保经办窗口或南通医保手机APP等途径办理备案变更手续。参保人员在非选定的医疗机构发生的医疗费用，不享受相关特殊病待遇。 | | | | |

**2.住院待遇**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 住院起付标准 | | | | |
| 医院等级 | 成年居民、老年居民 | | 学生、未成年人 | |
| 三级综合 | 1000元 | | 500元 | |
| 三级专科 | 800元 | | 400元 | |
| 二级 | 750元 | | 375元 | |
| 一级 | 500元 | | 250元 | |
| 社区卫生服务中心 | 300元 | | 200元 | |
| 报支比例（起付标准以上最高限额以下） | | | | |
| 费用段（万元） | 居民 | | | |
| 一级医院 | 二级医院 | | 三级医院 |
| 0—10（含） | 90% | 82% | | 80% |
| 10—20（含） | 95% | 87% | | 84% |
| 学生、未成年人  98% | 学生、未成年人  94% | | 学生、未成年人  92% |
| 参保人员入住签约家庭医生隶属的一级定点医疗机构，起付标准以上，0元至10万元（含）的部分基金支付90%；10万元至20万元（含）部分，基金按成年居民（老年居民），学生、未成年人分别支付93%，98%。其中，医联体内下转的，取消本次基层住院的起付线，且住院次数按规定累计；医联体内上转的，视为同一住院治疗过程，累积计算住院起付线，当次住院起付标准减半支付，住院次数按规定累计。 | | | | |
| 精神病长期住院治疗：发生的符合医疗保险规定的医疗费用，起付标准以上，0元至2万元（含）及2万元至10万元（含）的部分，基金按成年居民80%、老年居民85%、学生未成年人90%的比例支付；10万元至20万元（含）的部分，基金按成年居民85%、老年居民90%、学生未成年人95%的比例支付。 | | | | |
| 1．一年内多次住院的，从第二次起，按本次入住就诊医疗机构起付标准的20%，依次递减分别计算，最低不低于200元，长期连续住院的，起付标准每90天计算一次。  2．参保居民因精神病长期住院治疗的，一个结算年度支付一个住院起付标准，其余按基本医疗保险住院待遇规定支付。  3．居民基本医疗保险的药品目录、诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准，按《江苏省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》及《南通市基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施范围及支付标准》有关规定，在支付乙类药品、诊疗服务项目的个人先负担费用后，再按医疗保险有关政策规定享受相应待遇。 | | | | |

**3．大病保险待遇**

一个结算年度内，参保居民在规定的定点医疗机构享受基本医疗保险待遇后，符合基本医疗保险政策范围内的医疗费用中，个人负担超过大病保险起付标准1万元以上的部分，大病保险按以下标准分段按比例累加补偿。

|  |  |
| --- | --- |
| 费用段（元） | 报支比例（起付标准以上） |
| 0—100000（含） | 60% |
| 100000—200000（含） | 80% |
| 200000以上 | 90% |

**4、特药待遇**

一个医疗年度（治疗周期）内，参保人员在定点医疗机构和定点零售药店使用特药（国家谈判药“双通道”管理及单独支付药品），发生的符合规定的费用，不设起付线，由居民医保基金报支70%。