



# 湖南省基本医疗保险政策 宣传手册



长沙市第三社会福利院  
长沙市第九医院



# 目 录

1、湖南“居民+职工”门诊慢特病待遇政策	1
2、湖南省职工基本医疗保险门诊共济政策问答	7
3、湖南省城乡居民基本医疗保险政策	10
4、湖南省职工基本医疗保险政策	13

# 湖南“居民+职工”门诊 慢特病待遇政策

# 要点

**门诊慢特病**：是指诊断和治疗方案明确、病情稳定、门诊药品费用较高，需要在门诊长期治疗的慢性病、特殊疾病。

**报销比例**：符合享受居民/职工医保慢特病门诊待遇保障条件的参保人员(以下简称参保人员)在门诊发生的政策范围内费用，不设起付线；在慢特病门诊待遇保障政策规定的药品费用限额内，居民按照70%、在职职工按照80%、退休职工按照85%的比例支付。

**患两种以上慢特病**：参保人员原则上只享受一种门诊慢特病待遇，经评审符合两种及以上门诊慢特病纳入标准的，可从中自主选择一个病种享受待遇，并在此病种基础上再增加不超过100元/月的医药费用限额。

**慢特病与居民“两病”待遇**：参保居民享受高血压病3级、糖尿病门诊慢特病待遇的，不叠加享受居民高血压、糖尿病门诊用药保障。

**省内转移接续**：参保人员的参保关系在省内正常转移接续时，慢特病门诊待遇享受资格实行互认。

**就医管理**：参保人员自审批通过的下月起享受居民医保慢特病门诊待遇保障。支付额度一般实行按月管理，当季度未使用完的额度清零。按照有关政策规定开具长期处方的，支付额度可以按季度管理。参保人员住院治疗期间，暂停享受慢特病门诊待遇。

居民和职工门诊慢特病病种范围（居民47个、职工43个）及医保支付标准详见下表1；

居民和职工门诊慢特病单列支付药品目录（居民和职工均为8个）详见下表2。

## 湖南省基本医疗保险门诊慢特病病种范围和医保支付标准

序号	门诊慢特病病种	医保支付标准			复审期限	
		医药费用限额 (元/月)		医保报销比例		医保支付限额 (元/月)
1	恶性肿瘤	康复治疗	400 (居民报销范围: 限相关检查、治疗用药、肿瘤患者长期使用的造口袋和尿袋; 职工: 含直肠Ca、膀胱Ca造口袋、尿袋费用)	城乡居民: 70% 在职职工: 80% 退休职工: 85%	城乡居民: 280 在职职工: 320 退休职工: 340	2年
		门诊放化疗	依据《湖南省恶性肿瘤门诊放化疗医保支付管理暂行办法》执行			
2	高血压病3级(有心、脑、肾、眼并发症之一)	1至2个并发症	200	城乡居民: 70% 在职职工: 80% 退休职工: 85%	城乡居民: 140 在职职工: 160 退休职工: 170	3年
		2个以上并发症	260		城乡居民: 182 在职职工: 208 退休职工: 221	3年
3	糖尿病(合并心、肾、眼、足、神经病变之一)	1至2个并发症	300		城乡居民: 210 在职职工: 240 退休职工: 255	3年
		2个以上并发症	400		城乡居民: 280 在职职工: 320 退休职工: 340	3年
4	冠心病	普通	260	城乡居民: 182 在职职工: 208 退休职工: 221	3年	
		PCI术后	400	城乡居民: 280 在职职工: 320 退休职工: 340	3年	
序号	门诊慢特病病种	医保支付标准			复审期限	
		医药费用限额 (元/月)		医保报销比例	医保支付限额 (元/月)	
5	脑血管意外(包括脑出血、脑梗塞、蛛网膜下腔出血)后遗症康复治疗	200		城乡居民: 70% 在职职工: 80% 退休职工: 85%	城乡居民: 140 在职职工: 160 退休职工: 170	2年
6	血友病	非急性性出血	400	城乡居民: 70% 在职职工: 80% 退休职工: 85%	城乡居民: 280 在职职工: 320 退休职工: 340	3年
		急性出血期	居民: 限医药机构现场注射治疗, 参照住院起付线、报销比例、支付限额执行(报销范围: 限相关治疗用药) 职工: 门诊治疗参照住院政策报销			
7	精神分裂症	200		城乡居民: 70% 在职职工: 80% 退休职工: 85%	城乡居民: 140 在职职工: 160 退休职工: 170	3年
8	肺结核	普通	150		城乡居民: 105 在职职工: 120 退休职工: 180	2年
		耐多药	1500		城乡居民: 1050 在职职工: 1200 退休职工: 1275	半年
9	系统性红斑狼疮(有心、肺、肾、脑及血液系统并发症之一)	200			城乡居民: 140 在职职工: 160 退休职工: 170	3年
10	慢性再生障碍性贫血	300		城乡居民: 210 在职职工: 240 退休职工: 255	2年	
11	肝硬化	300		城乡居民: 210 在职职工: 240 退休职工: 255	2年	

序号	门诊慢特病病种	医保支付标准			复审期限
		医药费用限额 (元/月)	医保报销比例	医保支付限额 (元/月)	
12	帕金森病	300	城乡居民：70% 在职职工：80% 退休职工：85%	城乡居民：210 在职职工：240 退休职工：255	3年
13	肺心病（出现右心衰者）	270		城乡居民：189 在职职工：216 退休职工：230	3年
14	风湿性心脏病（心功能Ⅲ级）	270		城乡居民：189 在职职工：216 退休职工：230	3年
15	哮喘	270		城乡居民：189 在职职工：216 退休职工：230	3年
16	类风湿关节炎	270		城乡居民：189 在职职工：216 退休职工：230	2年
17	慢性乙型肝炎	270		城乡居民：189 在职职工：216 退休职工：230	2年
18	原发免疫性血小板减少症（ITP）	260		城乡居民：182 在职职工：208 退休职工：221	2年
19	多发性硬化症	260		城乡居民：182 在职职工：208 退休职工：221	3年
20	重症肌无力	240		城乡居民：168 在职职工：192 退休职工：204	2年

序号	门诊慢特病病种	医保支付标准			复审期限
		医药费用限额 (元/月)	医保报销比例	医保支付限额 (元/月)	
21	肝豆状核变性	260	城乡居民：70% 在职职工：80% 退休职工：85%	城乡居民：182 在职职工：208 退休职工：221	3年
22	多发性骨髓瘤	280		城乡居民：196 在职职工：224 退休职工：238	3年
23	系统性硬化症	220		城乡居民：154 在职职工：176 退休职工：187	3年
24	视神经脊髓炎谱系疾病	200		城乡居民：140 在职职工：160 退休职工：170	3年
25	垂体瘤	230		城乡居民：161 在职职工：184 退休职工：196	2年
26	克罗恩病	230		城乡居民：161 在职职工：184 退休职工：196	3年
27	癫痫	200		城乡居民：140 在职职工：160 退休职工：170	3年
28	阿尔茨海默病	200		城乡居民：140 在职职工：160 退休职工：170	3年
29	中重度银屑病	200		城乡居民：140 在职职工：160 退休职工：170	3年

序号	门诊慢特病病种	医保支付标准				复审期限
		医药费用限额 (元/月)		医保报销比例	医保支付限额 (元/月)	
30	肺动脉高压	200		城乡居民: 70% 在职职工: 80% 退休职工: 170	城乡居民: 140 在职职工: 160 退休职工: 170	2年
31	地中海贫血	输血依赖型	居民: 限医疗机构诊治, 参照住院起付线、报销比例、支付限额执行(报销范围: 限输血前化验、输血治疗、相关治疗用药) 职工: 门诊治疗参照住院政策报销			3年
		非输血依赖型	200		城乡居民: 140 在职职工: 160 退休职工: 170	
32	慢性阻塞性肺疾病	300		城乡居民: 70% 在职职工: 80% 退休职工: 85%	城乡居民: 210 在职职工: 240 退休职工: 255	2年
33	恶性肿瘤晚期恶病质(家庭病床)	900			城乡居民: 630 在职职工: 720 退休职工: 765	3年
34	植物状态(家庭病床)	1500			城乡居民: 1050 在职职工: 1200 退休职工: 1275	3年
35	晚期血吸虫病	400			城乡居民: 280 在职职工: 320 退休职工: 340	3年
36	肾病综合征	300			城乡居民: 210 在职职工: 240 退休职工: 255	居民: 3年 职工: 2年
37	抑郁症(重度)	500			城乡居民: 350 在职职工: 400 退休职工: 425	2年
序号	门诊慢特病病种	医保支付标准				复审期限
		医药费用限额 (元/月)		医保报销比例	医保支付限额 (元/月)	
38	强直性脊柱炎	300		城乡居民: 70% 在职职工: 80% 退休职工: 85%	城乡居民: 210 在职职工: 240 退休职工: 255	3年
39	前列腺增生症	200			城乡居民: 140 在职职工: 160 退休职工: 170	3年
40	器官移植后抗排斥治疗	异基因 造血干细胞移植	半年内		5000	城乡居民: 3500 在职职工: 4000 退休职工: 4250
			6月~1年	2000		
			1年~5年	500		
		肝、肾、肺、心脏、心肺联合移植	5000		城乡居民: 350 在职职工: 400 退休职工: 425	
41	子宫内腺异位症(术后6个月内)	均单列支付				
42	艾滋病	均单列支付				
43	慢性肾功能衰竭(门诊透析治疗)	单独制定政策				
44	儿童脑性瘫痪(0~7岁)	1000(含康复治疗费用)		仅城乡居民: 70%	仅城乡居民: 700	3年
45	小胖威利症	500			仅城乡居民: 350	3年
46	苯丙酮尿症(PKU限0~14岁)	1岁以内	1250		仅城乡居民: 875	1年
		1岁以上	400	仅城乡居民: 280	3年	

序号	门诊慢特病病种	医保支付标准			复审期限
		医药费用限额 (元/月)		医保报销比例	
47	尘肺病	尘肺壹期	200	仅城乡居民: 70%	仅城乡居民: 140
		尘肺贰期	300		仅城乡居民: 210
		尘肺叁期	350		仅城乡居民: 245

备注: 各州市(含省本级,下同)原则上按照全省统一的居民/职工医保门诊慢特病病种范围及医保支付标准执行。各州市原有的个别门诊慢特病病种,确有需要的经报省医保局备案后可暂予保留;门诊慢特病医药费用限额比新支付标准高出较多、难以一步调整到位的,在确保基金可承受的前提下,经报省医保局备案后可分步调整或暂按原标准执行。各州市超范围病种和超标准医药费用限额在下次提高全省居民/职工医保普通门诊统筹待遇或启动省级统筹时须按全省统一标准调整到位。

## 湖南省基本医疗保险门诊慢特病单列支付药品目录(2022版)

### 一、慢性再生障碍性贫血

序号	药品名称	剂型	用法用量	治疗疗程	药品费用 限额	报销比例	医保支付 限额	限制性条件
1	环孢素	口服常释剂型	每日2次,每次75-125mg	长期	1200元/月	居民: 60% 职工: 70%	居民: 720 职工: 840	

### 二、慢性乙型肝炎:连续使用6个月无效时停药,连续使用不超过12个月

序号	药品名称	剂型	用法用量	治疗疗程	药品费用 限额	报销比例	医保支付 限额	限制性条件
1	聚乙二醇干扰素α-2b	注射液	0.5ml:180ug: 135 μg(50万U)/0.5ml/支(预充式);每周一针	长期	2100元/月	居民: 60% 职工: 70%	居民: 1260 职工: 1470	限丙肝、慢性活动性乙肝,连续使用6个月无效时停药,连续使用不超过12个月

### 三、强直性脊柱炎

序号	药品名称	剂型	用法用量	治疗疗程	药品费用 限额	报销比例	医保支付 限额	限制性条件
1	重组人II型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白	注射液	25mg/支,每次1支,2次/W。	长期	2500元/月	居民: 60% 职工: 70%	居民: 1500 职工: 1750	限诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者;诊断明确的强直性脊柱炎(不含放射学前期中轴性脊柱关节炎)NSAIDs充分治疗3个月疾病活动度下降低于50%者,并需风湿病专科医师处方。

### 四、子宫内腺异位(术后6个月内)

序号	药品名称	剂型	用法用量	治疗疗程	药品费用 限额	报销比例	医保支付 限额	限制性条件
1	亮丙瑞林	微球注射剂	1支/月	皮下注射,成人每4周1次,每次3.75mg	1200元/月	居民: 60% 职工: 70%	居民: 720 职工: 840	
2	曲普瑞林	注射剂	1支/月	皮下注射,每四周注射一次本品3.75毫克				
3	戈舍瑞林	缓释植入剂	1支/月	皮下注射,成人每28天1次,每次3.6mg				
4	地诺孕素片	片剂	每日一片					

### 五、艾滋病

序号	药品名称	剂型	用法用量	治疗疗程	药品费用 限额	报销比例	医保支付 限额	限制性条件
1	恩曲他滨替诺福韦	口服常释剂型	与其他抗反转录病毒药物联用,一日一次,一次一片。	需长期服用	250元/月	居民: 60% 职工: 70%	居民: 150 职工: 175	限艾滋病病毒感染

注: 职工包括在职职工和退休职工。

# 湖南省职工基本医疗保险 门诊共济政策问答

## 一、为什么要开展职工医保门诊共济改革？

职工医保启动以来，实行的是社会统筹和个人账户相结合的保障模式，即“统筹基金管大病，个人账户基金管小病”。随着经济社会的发展和慢性病的增多，个人账户的局限性日益凸显。一方面，对健康人群来说，个人账户基金用不了，资金大量沉淀，未能充分体现医疗保险共济互助的作用。另一方面，对患病人群来说，医保统筹基金不报销门诊费用，一些患者应该在门诊治疗的小病去住院治疗，低标准住院等现象多发频发，不仅浪费了医疗资源和医保基金，同时，增加了患者费用负担。此外，部分参保人员刷医保卡用医保基金购买生活用品等违规行为时有发生，套取个人账户资金的违规行为屡禁不止。

为解决上述问题，党中央国务院印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》，要求逐步将门诊医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，改革职工基本医疗保险个人账户，建立健全门诊共济保障机制。国务院办公厅印发《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》，要求在全国统一建立医保门诊共济保障机制。2022年3月，湖南省人民政府办公厅印发《关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》落实党中央国务院决策部署。

## 二、改革后，个人账户的划入标准有什么变化？

从2023年1月1日起，参保人的个人账户划入标准发生了变化：在职职工个人缴纳的基本医疗保险费（本人参保缴费基数的2%）全额划入个人账户；退休人员不再缴纳基本医疗保险费（只缴大病保险参保费），改革前参加职工医保并建立了个人账户的退休人员，按全省统一标准定额划入（75元/月，900元/年），改革前未建立个人账户的退休人员不划个人账户。在职职工和退休人员个人账户基金的本金和利息，无论是改革前的历史结余，还是改革后新划入形成的结余基金，都仍然可以结转使用和继承。

## 三、如何看待个人账户划入标准的变化？

原来由单位缴纳划入个人账户的部分，改革后全部计入统筹基金，用于提高参保人医保待遇，简单来说就是“资金平移，待遇置换”，职工医保不仅有个人账户和普通门诊统筹，还有门诊慢特病待遇、住院待遇等一系列政策保障。



**一是提高了门诊共济保障水平。**普通门诊统筹制度覆盖职工医保全体参保人员。不仅设有个人账户的参保人员能够享受普通门诊报销政策，没有个人账户的参保人员也能够享受普通门诊报销政策。

**二是提高了门诊慢特病待遇保障水平。**43个病种纳入门诊慢特病报销范围，扩大了门诊慢特病病种范围。在职工医保慢特病政策范围内门诊医疗费用按80%比例支付，退休人员慢特病政策范围内门诊医疗费用按85%比例支付（详见《湖南省职工基本医疗保险慢特病门诊待遇保障管理办法》（湘医保发〔2022〕52号）文件）。从整体来看，门诊慢特病的病种范围较以前有所扩大、待遇保障水平明显提高、统筹基金支出大幅增加。

**三是提高了住院待遇保障水平。**全省统一基本医保住院起付线、报销比例、封顶线，提高了报销比例和年度最高支付限额，降低了住院起付线，医保统筹基金年度最高支付限额由以前的40万元提高到了65万元，退休人员在不同级别医疗机构住院的支付比例分别提高2个百分点。详见《湖南省职工基本医疗保险实施办法》（湘政办发〔2022〕66号）文件。

## 四、改革后，个人账户使用范围有什么变化？

个人账户使用范围扩大了，可用于支付下列费用：

1.主要用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用。

2.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。

3.各市州可从个人账户统一代扣参保人员参加职工大病保险、长期护理保险等个人缴费。

4.可以用于参保人员的配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等个人缴费。

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。

## 五、门诊费用如何报销？

参保人员在待遇期内凭本人身份证、医保电子凭证或社会保障卡在门诊统筹定点医疗机构就医，发生的政策范围内门诊医疗费用按规定比例报销，参保人结算时只需要支付个人自付部分。

参保人员住院期间不享受职工普通门诊统筹；“双通道”管理药品待遇和慢特病门诊待遇已报销的医疗费用，普通门诊统筹不予报销。



## 六、门诊费用可以报销多少？

一个自然年度内发生的政策范围内门诊医疗费用，起付标准金额累计不超过300元，医保统筹基金年度最高支付限额为在职职工1500元、退休人员2000元。具体报销比例为：

1.医保定点一级医疗机构及基层医疗卫生机构不设起付标准，按70%比例支付；

2.医保定点二级医疗机构起付标准200元，按60%比例支付；

3.医保定点三级医疗机构起付标准300元，按60%比例支付。

报销金额=（门诊总费用-政策范围外费用-起付标准）×报销比例。

### 示例：

2023年1月20日，退休职工李爷爷在湖南省内某医保定点一级医院门诊就医，发生医疗费用350元，其中，政策范围外费用50元，政策范围内费用300元。因医保定点一级医疗机构及基层医疗卫生机构就诊不设起付线，李爷爷本次门诊费用可报销 $(350-50) \times 70\% = 210$ 元。

2月15日，李爷爷在湖南省内某医保定点二级医院门诊就医，发生医疗费用150元，其中，政策范围外费用30元，政策范围内费用120元（未达到起付线200元），那么李爷爷本次门诊费用没有报销，120元计入起付线累计。

3月20日，李爷爷再次到湖南省内某医保定点二级医院门诊就医，发生医疗费用600元，其中，政策范围外费用100元，政策范围内费用500元，那么李爷爷本次门诊费用可报销 $(600-100-80) \times 60\% = 252$ 元，其中80元为本次支付起付标准，计算方式为200元（二级医院起付线）-120元（2月15日门诊累计起付线）=80元。

# 湖南省城乡居民 基本医疗保险政策

政策依据：《湖南省人民政府办公厅关于印发〈湖南省城乡居民基本医疗保险实施办法〉的通知》（湘政办发〔2022〕67号）

## 一、参保缴费

<b>参保范围</b>		农村居民、城镇非从业居民、在校学生及学龄前儿童、社区矫正对象、在我省居住且办理了居住证的未就业港澳台居民、在我省就读的港澳台大学生、外国籍留学生，在我省永久居留的未就业的外国人，以及国家规定的其他人员。
<b>个人缴费</b>		350元/年（2023年）
<b>财政补助</b>		640元/年（2023年）
<b>参保资助对象</b>	<b>全额资助</b>	特困人员（重度残疾人、孤儿、事实无人抚养儿童参照执行）
	<b>50%资助</b>	乡村振兴部门监测对象以及低保对象、最低生活保障边缘家庭成员等困难人员
<b>参保缴费期</b>		原则上每年7月1日至12月31日进行下一年度的缴费。
<b>待遇享受期</b>		居民医保待遇享受期为每年的1月1日至12月31日。省内大中专院校新入学的学生医保待遇享受期为缴费当年9月1日至次年12月31日

## 二、医保门诊待遇

### 1.普通门诊

医院等级	起付标准	报销比例	年度最高支付限额
协议基层医疗卫生机构	不设起付标准	70%	由各地市州制定

### 2.高血压、糖尿病门诊用药保障

医院等级	起付标准	报销比例	高血压药品支付限额	糖尿病药品支付限额
协议基层医疗卫生机构	不设起付标准	70%	360元/年	600元/年

### 3.慢特病门诊

详见《湖南省城乡居民基本医疗保险特殊病种门诊管理暂行办法》



### 三、医保住院待遇

医院等级	起付标准	报销比例	年度最高支付限额
医保定点基层医疗卫生机构 (乡镇卫生院、社区定点医院)	200元	85%	15万元
医保定点一级或不设等级医疗机构	500元	82%	
医保定点二级医疗机构	800元	80%	
医保定点三级医疗机构	1200元	65%	
省省属医疗机构	2000元	60%	

①一个结算年度内，参保人员在同级别医疗机构多次住院的，第二次及以上起付标准按50%计算。起付标准年度累计不超过3000元。

②异地长期居住人员在备案地就医结算时，医保基金起付标准、支付比例、最高支付限额原则上执行参保地标准。异地转诊人员和异地急诊抢救人员支付比例下降5个百分点，未备案、非急诊且未转诊的异地就医人员支付比例下降10个百分点。

③省省属医疗机构特指根据湘医保发〔2019〕42号文件，手术价格在一类价格基础上上浮5%的6家医疗机构，分别是：中南大学湘雅医院、湘雅二医院、湘雅三医院、省人民医院、省肿瘤医院、省中医附一医院。

### 四、大病保险待遇

人员类别	起付标准	0-3万元(含)	3-8万元(含)	8-15万元(含)	>15万元	年度最高支付限额
普通城乡居民	16000元	60%	65%	75%	85%	40万元
特困、低保、返贫致贫人员	8000元	65%	70%	80%	90%	不设最高支付限额

# 湖南省职工 基本医疗保险政策

政策依据：《湖南省人民政府办公厅关于印发〈湖南省职工基本医疗保险实施办法〉的通知》（湘政办发〔2022〕66号）

## 一、参保缴费

<b>参保范围</b>	包括在职工、退休人员和灵活就业等其他参保人员		
<b>单位在职职工缴费标准</b>	个人缴费	本人参保缴费基数的2%	职工大病保险费180元/年（即15元/月）
	用人单位缴费	本单位职工工资总额的8%（不含生育保险）	
<b>退休人员缴费标准</b>	参保人员办理职工医保退休人员待遇确认手续后，用人单位和个人不需缴纳职工医保费（大病保险费除外）		
<b>灵活就业人员缴费标准</b>	缴费基数为缴费基准值的60%，缴费率为8%		
<b>领取失业保险金人员缴费标准</b>	缴费基数为缴费基准值的60%，缴费率为用人单位缴费率与职工个人缴费率之和，由失业保险经办机构从失业保险基金中列支		
<p>省级医保行政部门会同财政、税务部门，根据统计部门发布的上年度全省城镇从业人员人数和工资总额计算上年度全省城镇从业人员全口径月平均工资，作为全省职工医保的缴费基准值。职工个人月缴费基数上限为缴费基准值的300%，下限为缴费基准值的60%。</p>			

## 二、医保门诊待遇

### 1.普通门诊报销（门诊统筹）

医院等级	起付标准	报销比例	年度最高支付限额	
			在职职工	退休人员
医保定点一级医疗机构及基层医疗卫生机构	不设起付标准	70%	1500元	2000元
医保定点二级医疗机构	200元	60%		
医保定点三级医疗机构	300元	60%		
一个结算年度内，起付标准累计不超过300元				

### 2.慢特病门诊待遇

符合享受职工医保慢特病门诊待遇保障条件的参保人员在门诊发生的政策范围内费用，不设起付线；在慢特病门诊待遇保障政策规定的药品费用限额内，在职工按照80%、退休人员按照85%的比例支付。

详见湖南省医保局政策宣传之《湖南省职工基本医疗保险慢特病门诊待遇政策宣传手册》

中国医保 一生守护



### 三、医保住院待遇

医院等级	起付标准	报销比例		年度最高支付限额
		在职职工	退休人员	
医保定点基层医疗卫生机构(乡镇卫生院、社区卫生服务中心)	200元	93%	95%	15万元
医保定点一级或不设等级医疗机构	500元	92%	94%	
医保定点二级医疗机构	800元	90%	92%	
医保定点三级医疗机构	1100元	85%	87%	
省部属医疗机构	1600元	80%	82%	

①一个结算年度内,参保人员在同级别医疗机构多次住院的,第二次及以上起付标准按50%计算。起付标准年度累计不超过2000元。

②各市州和省本级可根据统筹基金支撑能力适当调整省部属医疗机构支付比例,职工医保统筹基金累计结余超过12个月平均支付水平的,可以将省部属医疗机构支付比例提高1—5个百分点;累计结余低于3个月平均支付水平的,可以将省部属医疗机构支付比例降低1—5个百分点。

③省部属医疗机构特指根据湘医保发〔2019〕42号文件,手术价格在一类价格基础上上浮5%的6家医疗机构,分别是:中南大学湘雅医院、湘雅二医院、湘雅三医院、省人民医院、省肿瘤医院、省中医附一医院。

### 四、职工大病保险待遇

人员类别	起付线	报销比例	年度最高支付限额
职工	16000元	90%	50万元
参加职工医保的特困人员、低保对象、返贫致贫人员	8000元	95%	不设最高支付限额

### 五、职工个人账户

职工类别	划入金额
在职职工	本人参保缴费基数的2%
退休人员	由统筹基金按定额划入,划入额度按2021年度全省企业退休人员和机关事业单位退休人员基本养老金平均水平的2%确定,即75元/月
灵活就业人员	2023年1月1日后参保的灵活就业人员不建立个人账户

#### 个人账户使用范围:

①主要用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用。

②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。

③各市州可从个人账户统一代扣参保人员参加职工大病保险、长期护理保险等个人缴费。

④可以用于参保人员的配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等个人缴费。

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。



长沙市第九医院  
微信公众号



长沙市第三社会福利院  
微信公众号

