附件

医 保 政 策 汇 编

目录

[一、参保与征缴 10](#_Toc519450128)

[（一）职工医保 10](#_Toc519450129)

[1、参保范围 10](#_Toc519450130)

[2、缴费基数 10](#_Toc519450131)

[3、普通职工参保缴费 10](#_Toc519450132)

[4、灵活就业参保缴费 10](#_Toc519450133)

[5、提前退休人员参保缴费 10](#_Toc519450134)

[6、芗城区无军籍退休职工医疗保险费的缴纳 11](#_Toc519450135)

[7、移交政府安置的军队退休干部、退休士官医疗保险费的缴纳 11](#_Toc519450136)

[8、职工医保个人帐户划拨比例 11](#_Toc519450137)

[9、缴费年限的确认及补缴 11](#_Toc519450138)

[10、职工医保关系转移接续 13](#_Toc519450139)

[（二）公务员医疗补助 14](#_Toc519450140)

[1、参保范围 14](#_Toc519450141)

[2、公务员医疗补助缴费 14](#_Toc519450142)

[3、公务员补助基金个人账户划拨比例 14](#_Toc519450143)

[4、享受医疗保健对象待遇申报及变更 15](#_Toc519450144)

[（三）职工生育保险 16](#_Toc519450145)

[1、参保范围 16](#_Toc519450146)

[2、职工生育保险费缴纳 16](#_Toc519450147)

[3、生育保险关系转移接续 16](#_Toc519450148)

[（四）城乡居民医保缴费 17](#_Toc519450149)

[1、参保范围 17](#_Toc519450150)

[2、筹资方式 17](#_Toc519450151)

[3、年度参保缴费 17](#_Toc519450152)

[4、逾期参保缴费 17](#_Toc519450153)

[5、新生儿参保缴费 17](#_Toc519450154)

[6、免缴对象 18](#_Toc519450155)

[7、城乡居民大病保险 18](#_Toc519450156)

[（五）城乡医疗救助 18](#_Toc519450157)

[1、城乡医疗救助对象范围 18](#_Toc519450158)

[2、救助对象认定 19](#_Toc519450159)

[3、救助信息录入 19](#_Toc519450160)

[二、医疗保障待遇 20](#_Toc519450161)

[（一）职工医保 20](#_Toc519450162)

[1、住院 20](#_Toc519450163)

[2、门诊 20](#_Toc519450164)

[3、门诊特殊病种 21](#_Toc519450165)

[4、大额医疗费用商业补充保险 22](#_Toc519450166)

[5、结算 22](#_Toc519450167)

[6、首次参保待遇 23](#_Toc519450168)

[7、医保关系中断接续及待遇 23](#_Toc519450169)

[（二）公务员医疗补助 24](#_Toc519450170)

[1、医疗补助对象及相关待遇 24](#_Toc519450171)

[2、医疗补助定点医院 25](#_Toc519450172)

[（三）职工生育保险 25](#_Toc519450173)

[1、生育医疗费用 25](#_Toc519450174)

[2、生育津贴 25](#_Toc519450175)

[3、其他情况 26](#_Toc519450176)

[（四）城乡居民医保 26](#_Toc519450177)

[1、住院 26](#_Toc519450178)

[2、门诊特殊病种 27](#_Toc519450179)

[3、门诊统筹 30](#_Toc519450180)

[4、城乡居民大病保险 30](#_Toc519450181)

[（五）城乡医疗救助 31](#_Toc519450182)

[1、特殊门诊救助 31](#_Toc519450183)

[2、住院救助 31](#_Toc519450184)

[3、一次性定额救助 32](#_Toc519450185)

[4、重特大疾病救助 32](#_Toc519450186)

[（六）精准扶贫医疗叠加保险 33](#_Toc519450187)

[1、“第一道”补助 33](#_Toc519450188)

[2、“第二道”救助 33](#_Toc519450189)

[3、家庭医生签约个人缴费 34](#_Toc519450190)

[（七）实行备案登记的药品目录 34](#_Toc519450191)

一、参保与征缴

# （一）职工医保

1、参保范围

我市辖区内所有用人单位及其职工、无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员。

2、缴费基数

最低为我市上年度城镇单位在岗职工月平均工资的60%，最高为我市上年度城镇单位在岗职工月平均工资的300%。

3、普通职工参保缴费

用人单位按其职工月工资总额的7%缴纳基本医疗保险费，职工个人按其月工资总额的2%缴纳基本医疗保险费，由用人单位从其工资中代扣代缴。

4、灵活就业参保缴费

以灵活就业人员身份参加职工基本医疗保险的，按9%的费率由个人全额缴费。

5、提前退休人员参保缴费

除按国务院﹝1978﹞104号文件规定办理退休的退休人员外，其他类型提前退休人员的医疗保险以本人提前退休后工资性收入的退休金为基数，分别按单位7%和个人2%的缴费比例计算缴纳至法定退休年龄。

6、芗城区无军籍退休职工医疗保险费的缴纳

芗城区无军籍退休职工按每人每月基本退休金的7%计算其缴费金额，统一由区民政局每季度的第一个月向市医管中心缴纳基本医疗保险费。

7、移交政府安置的军队退休干部、退休士官医疗保险费的缴纳

以每年1月份所属对象参保人数为基数，按当年中央财政下达的军休人员医疗补助标准由市军休所、军休二所代为全额缴交市医管中心。

8、职工医保个人帐户划拨比例

40周岁及以下的按本人月缴费工资的2.8%划拨；41周岁及以上至法定退休年龄按本人月缴费工资的3.5%划拨；退休人员按社会养老保险经办机构或国库发放的退休金的4.5%划拨；退休人员其划拨基数低于当年度灵活就业人员缴费标准的，以当年度灵活就业人员缴费标准作为划拨基数按4.5%划拨。

9、缴费年限的确认及补缴

（1）可视同缴费年限的工龄

原在国家机关、事业单位、国有企业及国有控股企业、县以上集体企业、城镇集体企业等符合国家视同缴费规定的累计工龄；经县以上劳动（人事）部门批准招工的县以下城镇集体（含街居）企业的连续工龄；1996年1月1日以后与国有及国有控股企业、县以上集体企业签订劳动合同的人员（包括统配的大中专毕业生、退伍军人、国有集体企业调入人员等）的工作年限；军人服现役年限或参加军人退役医疗保险的年限（包括实施职工基本医疗保险制度后）；临时工被单位录取为正式职工以后，其最后一次在本单位当临时工的工作年限（经认定可合并计算的连续工龄）等。

（2）不再视同缴费年限的工龄

被开除公职的判刑和劳教人员在职工基本医疗保险制度前连续工龄不再视同职工基本医疗保险视同缴费年限。

（3）退休人员未达到缴费年限补缴及待遇

A、参保人员达到国家法定退休年龄时（含参保时已退休人员），其本人缴费年限（含视同缴费年限）不足25年的（其中机关事业、社会团体中的非在编人员、灵活就业人员、民办非企业、非公有制企业及城镇个体经济组织参保人员实际缴费年限不足10年的）应按本人到医保经办机构办理在职转退休时规定的补缴基数，按5.5%的费率一次性补足后，方可享受退休人员基本医疗保险待遇。补缴的医疗保险费并入统筹基金，只计算缴费年限，不划拨个人账户。

B、参保人员从办理在职转退休变更手续的次月起，享受退休人员基本医疗保险待遇。

C、年满50周岁的女性参保人员，且缴费年限不够的，可选择一次性补缴或延长缴费至55周岁，到龄的当月不办理选择的，暂停其享受基本医疗保险待遇。

D、参保人员因故未能及时办理在职转退休手续继续缴费的，其缴费年限记入参保人员的实际缴费年限，多缴纳的基本医疗保险费不予退回，从申报办理在职转退休手续次月起享受退休人员基本医疗保险待遇。参保人员未及时办理在职转退休手续，缴费年限不够且未继续缴费的，当月暂停其基本医疗保险待遇。参保人员退休补缴款项年度内未到款的，需重新办理在职转退休手续，并按新年度的缴费基数计算补缴金额。

E、用人单位因宣告破产、撤销、解散、关闭或者其它原因终止的，对于缴费年限（含视同缴费年限）满25年的已退休人员直接享受基本医疗保险待遇。对于缴费年限（含视同缴费年限）不足25年的上述单位已退休人员，应以用人单位向医疗保险经办机构申报办理医疗保险关系终止手续时规定的补缴基数，按5.5%的费率一次性补足（不划拨个人账户）后，方可享受退休人员基本医疗保险待遇。

F、从外统筹区转入的参保人员，转入后达到法定退休年龄并办理退休手续时，累计缴费年限（含实际缴费年限和视同缴费年限）应满25年，在最后转入地实际缴费年限必须满10年，方可享受退休人员基本医疗保险待遇。

10、职工医保关系转移接续

（1）职工医保关系转出

流动就业人员在新就业地办理职工基本医疗保险参保登记前，其本人或原参保单位应在原参保地先办理停止缴费手续，并获取《基本医疗保险参保凭证》和《生育保险参保凭证》。

（2）职工医保关系转入

流动就业人员在新就业地医保经办机构办理参保登记后，由个人或新用人单位持《基本医疗保险参保凭证》和《生育保险参保凭证》，到新就业地医保经办机构申请办理关系转移接续。

参考文件：漳政综﹝2016﹞102号、漳政综﹝2013﹞43号、闽劳社﹝2001﹞381号、漳芗民﹝2000﹞64号、漳政民﹝2016﹞128号、闽人社文﹝2013﹞41号、闽人社文﹝2009﹞29号、闽医险发﹝2012﹞78号、闽人社文﹝2015﹞55号

# （二）公务员医疗补助

1、参保范围

属于市直财政和芗城、龙文两区全额拨款单位的编内参保人员均可享受市级公务员医疗补助。此外范围的公务员医疗补助按各县（市、区）政府自定政策执行，实行县级统筹。

2、公务员医疗补助缴费

由各级财政部门按在职公务人员工资总额的6%统一缴交。

3、公务员补助基金个人账户划拨比例

40周岁以下（含40周岁），按缴费工资2.2%划拨；41周岁以上至50周岁（含50周岁），按缴费工资2.8%划拨；51周岁以上（含51周岁）至法定退休年龄，按缴费工资3%划拨；退休人员按基本退休金5.8%划拨。

享受正处级医疗保健对象待遇的干部（包含正处级干部、任职10年以上或年满55周岁的副处级干部）、享受医疗保健对象待遇的高级专业技术人员，其个人账户按工资总额（或退休金）的2%划拨。

4、享受医疗保健对象待遇申报及变更

（1）处级范围及申报

财政全额拨款处级领导干部的职务（含非领导职务、行政副团级以上军转干部）、任职时间、任职年限由单位申报，市委组织部审核确认，或参保单位经办人员凭任职文件，及时到医管中心经办机构办理申报手续。

（2）处级变更

处级领导职务、任职年限有变化时，参保单位经办人员凭市委组织部审核确认的有关文件或任职文件，及时到医管中心经办机构办理变更手续。

（3）高级专业技术人员享受医疗保健对象待遇确认条件

市财政全额拨款的市直事业单位中享受国务院政府特殊津贴人员以及副高以上（含副高）职称、聘任5年以上（含5年）且年龄满55周岁以上的专业技术人员，由所在单位申报，主管部门审核，报市人力资源和社会保障局认定。

参考文件：漳政﹝2003﹞综88号、漳医改办﹝2003﹞第05号、漳政综﹝2008﹞2号、漳委组综字﹝2007﹞6号

# （三）职工生育保险

1、参保范围

漳州行政区域内的所有用人单位，均应按规定为本单位全体职工及时办理参保登记并足额缴纳生育保险费。

2、职工生育保险费缴纳

由用人单位按照国家规定缴纳，职工不缴纳生育保险费。用人单位及其职工应同时参加职工基本医疗保险和生育保险，按同一缴费基数缴纳职工基本医疗保险费和生育保险费。其中：自收自支、财政差额拨款或财政经费包干的事业单位，民间非营利组织及企业，生育保险缴费费率为0.5%；机关、财政核拨的事业单位生育保险缴费费率为0.35%；灵活就业人员不缴纳生育保险费。

3、生育保险关系转移接续

生育保险关系在省内可以转移接续。职工因正常工作调动或劳动关系改变转移生育保险关系的，用人单位应及时到生育保险经办机构办理相关手续。职工生育保险缴费年限，统筹区之间相互认可，关系转移前后的缴费年限可累计计算。

参考文件：漳政办﹝2015﹞173号、漳政办﹝2016﹞186号

# （四）城乡居民医保缴费

1、参保范围

城镇职工基本医疗保险参保人员以外的本市户籍城乡居民，中小学校(含幼儿园、托儿所)学生，在本市就读的大中专院校(含职业高中)学生，原经省政府同意纳入当地新农合保障范围的驻县（市、区）武警官兵，在漳州长期居住（一年以上）的非从业的港澳台，以及持有居住证（有效期内）的未稳定就业人员，可根据自愿原则，参加城乡居民医保。

 2、筹资方式

实行个人缴费和政府补助相结合。年度筹资标准和财政补助不低于国家和省规定的标准，每年缴费期公布后，全市统一执行。城乡居民参保缴费原则上实行属地管理。2018年度个人缴费标准为180元/人，政府补助480元/人。

3、年度参保缴费

城乡居民医保按年度参保缴费。每年的9月1日至12月31日为次年参保缴费期，个人按标准缴交次年参保费用。

4、逾期参保缴费

由个人全额承担个人缴费和政府补助全部费用，自缴交款项之日起计算，50天等待期后方可享受城乡居民基本医疗保险待遇。

5、新生儿参保缴费

在一个医疗保险结算年度内，新生儿出生在90天内办理当年参保缴费手续的，按照本年度缴费标准缴费，从出生之日起享受当年医疗保险待遇。在出生90天后办理当年参保缴费手续的，按照本年度缴费标准缴费，从缴费后次日起享受当年医疗保险待遇。

6、免缴对象

具有本市户籍的特困人员、城乡低保对象、建档立卡的贫困人口、重点优抚对象（含革命“五老”人员）、计划生育特殊家庭成员、持第二代《残疾人证》的重度残疾人、孤儿属于个人缴费免缴对象，根据所在县（市、区）相关部门会同财政部门提供的免缴对象名单，由县(市、区)财政承担其个人缴纳费用。

7、城乡居民大病保险

城乡居民大病保险费根据国家和省相关规定，从基本医疗保险基金中按一定额度划拨，参保人员个人不另加缴费。

参考文件：漳政办﹝2017﹞201号

# （五）城乡医疗救助

1、城乡医疗救助对象范围

具有本市户籍、符合救助条件的城乡居民，按上级政策规定分为四类：

第一类：特困人员。（农村五保供养对象；城市“三无”人员，即无劳动能力、无生活来源又无法定赡养、抚养、扶养义务人，或者赡养、抚养、扶养义务人无赡养、抚养、扶养能力的人员）；

第二类：城乡低保对象、建档立卡的贫困人口、重点优抚对象（含革命“五老”人员）、计划生育特殊家庭成员、持第二代《残疾人证》的重度残疾人、孤儿；

第三类：低收入家庭的老年人、未成年人和重病患者；

第四类：因病致贫家庭重病患者。

2、救助对象认定

（1）民政部门负责认定提供特困人员、城乡低保对象、重点优抚对象（含革命“五老”人员）、孤儿等医疗救助对象，依申请开展低收入家庭的老年人、未成年人和重病患者的救助申请家庭经济状况核查。

（2）扶贫办负责建档立卡贫困人口的认定。

（3）卫计部门负责认定计划生育特殊家庭。

（4）残疾人联合会负责重度残疾人的认定。

所在县（市、区）相关部门（县民政、扶贫、卫计、残联等）确认的救助对象于每月10日前报当地医保经办机构，当月未报的视为没有变动。

3、救助信息录入

新增扶贫对象，由市扶贫办根据动态调整机制提供精准扶贫保障对象具体名单，由市医保经办机构统一导入信息系统和进行数据维护。

民政、扶贫、卫计、残联提供的救助人员对象证件号码信息匹配有误的，由各相关部门核实修正。

参考文件：漳政办﹝2017﹞201号、漳医保〔2018〕22号

二、医疗保障待遇

# （一）职工医保

1、住院

（1）起付线

医疗费用发生到一定数额后的费用统筹基金方可开始报销，也称起付线或门槛费。起付线：三级医院800元、二级医院200元、一级医院0元。年度内多次住院依次递减200元直至0元。漳州地区以外住院相应增加300元起付线。

（2）报销比例

扣除起付线和非医保（含乙类个人支付部分）后，目录内费用报销比例：在职人员93%，退休人员96%。

2、门诊

（1）普通门诊。普通门诊费用可由医保个人账户支付，个人账户余额不足部分，由个人现金支付。

（2）门诊统筹。参保人员在一级及以下定点公立医疗机构发生门诊费用，每次按目录内费用给予报销70%，但最高不超过50元；年度内累计报销总额不超过500元。

3、门诊特殊病种

参保人员有关门诊特殊病种的费用，按年度累计达到统筹基金起付标准以上后，可由统筹基金支付一定比例费用。

（1）病种名称

共计26大病类（35个病种）：重性精神病（精神分裂症、双相情感障碍、偏执性精神障碍、分裂情感性精神障碍、癫痫所致精神障碍、严重精神发育迟滞）；恶性肿瘤(化学治疗和放射治疗);白血病；重症尿毒症透析;器官移植抗排异反应;血友病;白内障门诊手术治疗；危重病抢救；再生障碍性贫血;系统性红斑狼疮;癫痫病;高血压;糖尿病;慢性心功能不全;结核病规范治疗;慢性阻塞性肺疾病、慢性支气管炎;强直性脊柱炎;肝硬化(失代偿期);脑卒中及后遗症;帕金森氏病及综合症;重症肌无力;类风湿性关节炎；支气管哮喘；慢性病毒性肝炎（乙型、丙型活动期）；甲状腺功能亢进；慢性肾炎。

（2）起付线和报销比例

起付线为三级医院800元，二级医院600元，一级医院300元；年度内按所选的最高级别医院计算起付线。报销比例与住院报销比例相同。重性精神病不设起付线，结核病在指定定点医院诊疗不设起付线（其中属于国家对结核病患者免费提供的药品、耗材和诊疗项目，不能从医保基金重复结算）。

（3）申报与确定

患有门诊特殊病种范围疾病的参保职工，需凭二级及以上医院专科副主任及以上医师出具《门诊特殊病种申请表》，并提供诊断依据材料（出院小结、检查报告、门诊病历），报送医保经办机构确定。

（4）就诊医院

可自行选择市内两家定点医疗机构（机构等级不限）就诊特殊病种。

4、大额医疗费用商业补充保险

大额医疗费用商业补充医疗保险是以市医管中心作为投保人，我市职工医保参保人员作为被保险人，向商业保险公司集体投保，被保险人结算年度内发生的超过基本医疗保险统筹基金最高封顶线以上的目录内医疗费用，由商业保险公司赔付90%，参保职工自付10%。2018年度商保起付线8.4万元，商业保险最高赔额22.68万元。

超过年度商业保险最高赔额后的医疗费用返回医保统筹基金支付，报销比例为目录内费用100%支付。

5、结算

参保人员在签约医疗机构就医产生的住院或门诊医疗费用，报销部分由统筹基金支付，个人负担部分由个人账户支付或个人现金自付，通过刷社会保障卡即时结报。参保人员需要到外地住院治疗的,除厦门、泉州、龙岩可直接刷卡结算外，应事先到医保经办机构报备后方可在就诊医院刷社会保障卡即时结报。

6、首次参保待遇

首次参加基本医疗保险的参保人员（含灵活就业人员），连续参保缴费时间（含视同缴费年限）不满12个月的，目录内医疗费用统筹基金支付比例为50%；连续参保缴费时间（含视同缴费年限）满12个月及上的，按正常参保人员享受医保待遇。

7、医保关系中断接续及待遇

参保人员因各种原因中断缴费的，中断前后实际缴费年限合并计算，其医疗保险待遇按下列办法执行：

（1）中断时间不超过（含）3个月的，以本人当期医疗保险缴费工资为基数补缴后，中断缴费期间发生的医疗费用由医保统筹基金按规定予以支付。

（2）中断时间超过3个月的，中断缴费期间发生的医疗费用医保统筹基金不予支付。本人愿意补缴的，以当年度规定的补缴基数补缴中断期间的基本医疗保险费后按连续参保相关待遇执行；本人不愿补缴中断期间的基本医疗保险费的，在重新参保连续缴费12个月内，目录内医疗费用统筹基金支付比例为50%，连续缴费12个月以上的，按正常缴费享受待遇。

参考文件：漳政综〔2018〕100号、漳政综〔2016〕102号、漳政〔2003〕综88号

# （二）公务员医疗补助

1、医疗补助对象及相关待遇

A、正处级干部（在职和退休，含军转干部）和任职10年及以上或年满55周岁副处级干部及符合规定的高级专业技术职称等医疗服务对象：住院和门诊（含门诊特殊病种）属基本医疗保险目录范围内的费用（含起付标准）实报实销，目录外费用由个人负担。

B、任职10年以下的副处级干部：普通门诊医疗费用由个人负担；住院和门诊特殊病种属基本医疗保险目录范围内的费用（含起付标准）实报实销，目录外费用由个人负担。

C、普通退休人员：普通门诊医疗费用由个人负担；住院起付标准由个人支付，属基本医疗保险目录范围内的费用全额报支，目录外费用由个人负担。

D、普通在职人员：普通门诊医疗费用由个人负担；住院起付标准由个人支付，属基本医疗保险目录范围内的费用，个人负担部分报支60%，目录外费用由个人负担。

E、处级以下参保人员：门诊特殊病种起付标准由个人支付，属基本医疗保险目录范围内的费用，个人负担部分报支60%，目录外费用由个人负担。

2、医疗补助定点医院

全市二级以上（含二级）公立定点医疗机构和正兴医院。

参考文件：漳政〔2003〕综88号、漳医改办〔2003〕 第05号、漳委组综字〔2007〕6号、漳人社〔2015〕262号

# （三）职工生育保险

1、生育医疗费用

本人生育医疗费用纳入基本医疗保险支出（首次参加职工医保，连续参保缴费不满12个月的，统筹基金支付比例为50%）；本人未参加职工基本医疗保险，但符合生育保险费用报销政策规定的，按原生育保险政策规定执行。

2、生育津贴

职工生育、实施计划生育手术符合国家和我省计划生育政策，且在分娩、妊娠终止、实施计划生育手术前连续缴费满12个月（含当月）的，方可享受生育津贴。参保职工因各种原因中断生育保险缴费时间三个月以内(含三个月)的，应当以我市当年度规定的补缴基数一次性补缴后，方可领取生育津贴。中断缴费时间超过三个月的，连续缴费时间重新计算，从最后一次建立生育保险关系起计算缴费年限。

生育津贴按职工所在用人单位上年度月平均缴费工资，以每月30天进行折算，按日计发，时间标准如下：

（1）生育：顺产98天；难产（含剖官产）的增加15天；生育多胞胎的，每多生育一个婴儿，增加15天。

（2）流产（含人工流产或引产）：怀孕未满4个月流产的15天；怀孕满4个月流产的42天；怀孕满7个月流产的98天。

（3）计划生育手术：放置官内节育器的7天；摘取官内节育器的3天；输卵管结扎的30天；输精管结扎的15天；输卵管复通术的30天；输精管复通术的15天。

3、其他情况

参加生育保险男职工的未就业配偶（未参加城乡居民医保）生育的，按照国家规定享受生育医疗费用待遇，实行总额包干，包含产前检查和生育住院费用。具体包干标准，顺产2000元，剖官产或生育多胞胎3600元。

参考文件：漳政综〔2018〕100号、漳政办〔2016〕186号

# （四）城乡居民医保

1、住院

城乡居民在定点医疗机构诊治发生的符合城乡居民医保基金支付范围的住院医疗费用，补偿标准如下：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **机构级别** | **起付线（元）** | **补偿比例** |
| **乡级** | 0 | 300元以下78%，300元以上90% |
| **县级** | 300 | 600元以下75%，600元以上85% |
| **市级** | 800 | 63% |
| **漳州市外** | 1100 | 55% |
| **说明** | 本市范围内各县（市、区）住院起付线、补偿比例均相同。 |

2、门诊特殊病种

（1）病种名称

共计26大病类（35个病种）：重性精神病（精神分裂症、双相情感障碍、偏执性精神障碍、分裂情感性精神障碍、癫痫所致精神障碍、严重精神发育迟滞）；恶性肿瘤(化学治疗和放射治疗);白血病；重症尿毒症透析;器官移植抗排异反应;血友病;儿童听力障碍；白内障门诊手术治疗；危重病抢救；再生障碍性贫血;系统性红斑狼疮;癫痫病;高血压;糖尿病;慢性心功能不全;结核病规范治疗; 苯丙酮尿症；慢性阻塞性肺疾病、慢性支气管炎;强直性脊柱炎;肝硬化(失代偿期);脑卒中及后遗症;帕金森氏病及综合症;重症肌无力;类风湿性关节炎；支气管哮喘；慢性病毒性肝炎（乙型、丙型活动期）；甲状腺功能亢进；慢性肾炎。

（2）起付线和报销比例

报销起付线为300元，重性精神病不设起付线，结核病在指定定点医院诊疗不设起付线（其中属于国家对结核病患者免费提供的药品、耗材和诊疗项目，不能从医保基金重复结算）。

除恶性肿瘤(含白血病，化学治疗和放射治疗)、重症尿毒症透析、器官移植抗排异反应、重性精神病、血友病、儿童听力障碍、危重病抢救7种门诊特殊病与住院共用封顶线，其他特殊病种分别设有封顶线。

患有两种或两种以上门诊特殊病种的，起付线不重复设置，封顶线取其中一种最高的计算（同时办理高血压、糖尿病的封顶线为5000元），不进行累加。

具体报销比例和封顶线如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **病种名称** | **补偿比例** | **封顶线** |
| 1-6 | 重性精神病：1.精神分裂症、2.双相情感障碍、3.偏执性精神障碍、4.分裂情感性精神障碍、5.癫痫所致精神障碍、6.严重精神发育迟滞 | 95% | 与住院共用封顶线10万元 |
| 7-8 | 7.恶性肿瘤（化学治疗和放射治疗)、8.白血病 | 75% |
| 9 | 重症尿毒症透析 |
| 10 | 器官移植抗排异治疗 |
| 11 | 血友病 |
| 12 | 儿童听力障碍 |
| 13 | 危重病抢救 |
| 14 | 再生障碍性贫血 | 15000 |
| 15 | 系统性红斑狼疮 | 10000 |
| 16 | 癫痫病 | 5000 |
| 17 | 高血压 | 3500 |
| 18 | 糖尿病 | 3500 |
| 19 | 慢性心功能不全 | 10000 |
| 20 | 结核病辅助治疗 | 3000 |
| 21 | 苯丙酮尿症 | 15000 |
| 22-23 | 慢性阻塞性肺疾病、慢性支气管炎 | 3500 |
| 24 | 强直性脊柱炎 | 6000 |
| 25 | 肝硬化（失代偿期） | 15000 |
| 26 | 脑卒中及后遗症 | 10000 |
| 27 | 帕金森氏病及综合症 | 3500 |
| 28 | 重症肌无力 | 8000 |
| 29 | 类风湿关节炎 | 4000 |
| 30 | 支气管哮喘 | 3000 |
| 31-33 | 慢性病毒性肝炎（乙型、丙型活动期） | 3500 |
| 34 | 甲状腺功能亢进 | 3500 |
| 35 | 慢性肾炎 | 3500 |

（3）申报与确定

患有门诊特殊病种范围疾病的参保居民，需凭二级及以上医院专科副主任及以上医师出具《门诊特殊病种申请表》，并提供诊断依据材料（出院小结、检查报告、门诊病历），报送医保经办机构确定。

（4）就诊医院

可自行选择市内两家定点医疗机构（机构等级不限）就诊特殊病种。

3、门诊统筹

参保人员在政府举办的基层一级公立医疗机构（含村卫生所）就诊发生的门诊医药费用，不设起付线，按照70%的比例予以补偿，单次补偿封顶50元，一个自然年度内门诊医药费最高补偿限额每人400元。

4、城乡居民大病保险

（1）保障范围

参保人员患大病发生的高额医疗费用，经城乡居民基本医保按规定支付后，个人年度累计负担的政策范围内的医疗费用超过大病保险起付标准以上的部分，由中标人按照分段累进制给予保障。

（2）起付标准

起付标准为10000元；可根据城乡居民基本医疗保险大病保险政策及收支等情况进行动态调整。

（3）分段支付标准和支付总额计算公式 （单位：元）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 分段 | 个人年度累计负担的政策范围内的医疗费用（X） | 支付比 例 | 个人大病保险应支付总额计算公式（Z） |
| 1 | 超过10000至30000（含30000）的部分 | 60% | Z＝(X-10000)×60% |
| 2 | 超过30000至50000（含50000）的部分 | 70% | Z=12000+(X-30000)×70% |
| 3 | 超过50000至70000（含70000）的部分 | 80% | Z＝26000+(X-50000)×80% |
| 4 | 超过70000的部分 | 90% | Z＝42000+(X-70000)×90% |

个人年度大病保险累计最高支付30万元。支付标准和支付总额计算公式根据当年度城乡居民基本医疗保险政策、大病保险政策（起付线标准、保险费标准等）进行动态调整。

参考文件：漳政办〔2017〕201号、漳政综〔2018〕100号

# （五）城乡医疗救助

1、特殊门诊救助

第一类救助对象特殊门诊救助比例为基本医疗保险，大病保险报销后个人负担的合规医疗费用的90%，第二类救助对象特殊门诊救助比例为基本医疗保险报销后个人负担的合规医疗费用的60%，每人每年原则上最高救助限额为10000元。

2、住院救助

第一、二类救助对象在医保定点医疗机构发生的政策范围住院费用中，对经基本医疗保险、城乡居民大病保险报销后个人负担的政策范围内医疗费用，第一类救助对象按100%、第二类救助对象按70%的比例给予救助，每人每年原则上最高限额为20000元。

3、一次性定额救助

对第三类救助对象开展一次性定额救助。经低收入家庭审核认定、公示后，报市医保局审批，并给予一次性救助。在个人负担的医疗费用合规的前提下，一年一次性定额救助标准：个人自付1万元以上至2万元以下的，给予一次性定额救助0.1万元；个人自付2万元以上至5万元以下的，给予一次性定额救助0.3万元；个人自付5万元以上的，给予一次性定额救助0.5万元。

4、重特大疾病救助

（1）救助的病种：恶性肿瘤、尿毒症、器官移植抗排异反应、重性精神病、白血病、再生障碍性贫血，血友病7大种病种纳入重特大疾病医疗救助。

（2）救助标准

第一档：个人负担的医疗费在2万元至5万元之间部分，按10%给予医疗救助。

第二档：个人负担的医疗费在5万元以上至8万元之间部分，按15%给予医疗救助。

第三档：个人负担的医疗费8万元以上部分，按20%给予医疗补助。

参考文件：漳政办〔2017〕201号

# （六）精准扶贫医疗叠加保险

1、“第一道”补助

保障对象在省、市、县、乡四级定点医疗机构发生的属于基本医疗保险支付范围的门诊特殊病种和住院医疗费用，在基本医疗保险、大病保险和医疗救助的基础上，由精准扶贫医疗叠加保险采取双上限控制的方法对范围内医疗费用予以补助，一是按省、市、县、乡四级定点医疗机构分别不超过7%、11%、14%、15%的比例叠加报销，二是叠加后报销比例的上限省、市、县、乡四级定点医疗机构分别为50%、70%、90%、95%。

2、“第二道”救助

对保障对象中，患儿童急性淋巴细胞白血病、儿童急性早幼粒细胞白血病、儿童先天性心脏病房间隔缺损、儿童先天性心脏病室间隔缺损、儿童先天性动脉导管未闭、儿童先天性肺动脉瓣狭窄、食管癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、终末期肾病、乳腺癌、宫颈癌等13种疾病的患者，进行集中救治。集中救治患者的医疗费用，经基本医疗保险、大病保险、医疗救助和“第一道”精准扶贫医疗叠加保险补偿后，医疗费用个人负担部分，再由精准扶贫医疗叠加保险予以补助90%。

 3、家庭医生签约个人缴费

保障对象家庭医生签约服务费个人缴费部分，由精准扶贫医疗叠加保险基金承担。

参考文件：漳医保〔2017〕50号

# （七）实行备案登记的药品目录

对部分价格昂贵，但对治疗重大（罕见）疾病临床必须、疗效确切的门诊特殊用药实行备案登记制度，即：参保患者用药需向当地医保经办机构提出申请备案登记，方能纳入医保支付范围。备案登记按照闽医管发〔2017〕162号文规定执行，具体药品（第一批和第二批）目录如下：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **商品名称** | **药品名称** | **剂型** | **规格** | **生产企业** |
| 1 | 甲磺酸伊马替尼 | 甲磺酸伊马替尼 | 片剂 | 100毫克/60片 | 石药集团欧意药业有限公司 |
| 2 | 甲磺酸伊马替尼 | 甲磺酸伊马替尼 | 硬胶囊 | 100毫克/60粒 | 正大天晴药业集团股份有限公司 |
| 3 | 吉非替尼 | 吉非替尼 | 薄膜衣片 | 0.25克/10片 | 齐鲁制药(海南)有限公司 |
| 4 | 达沙替尼 | 达沙替尼 | 片剂 | 50毫克/7片 | 正大天晴药业集团股份有限公司 |
| 5 | 达沙替尼 | 达沙替尼 | 片剂 | 20毫克/7片 | 正大天晴药业集团股份有限公司 |
| 6 | 格列卫 | 甲磺酸伊马替尼 | 薄膜衣片 | 100毫克/60片 | 德国诺华(Novartis Pharma Produktions GmbH) |
| 7 | 易瑞沙 | 吉非替尼 | 片剂 | 0.25克/10片 | 英国阿斯利康AstraZeneca UK Limited(阿斯利康制药分装) |
| 8 | 甲苯磺酸索拉非尼 | 甲苯磺酸索拉非尼 | 片剂 | 0.2克/60片 | 德国Bayer Pharma AG |
| 9 | 达希纳 | 尼洛替尼 | 胶囊剂 | 200毫克/120粒 | Novartis Pharma Stein AG(诺华制药) |
| 10 | 达希纳 | 尼洛替尼 | 胶囊剂 | 150毫克/120粒 | Novartis Pharma Stein AG(诺华制药) |
| 11 | 达沙替尼 | 达沙替尼 | 薄膜衣片 | 50毫克/60片 | 美国Bristol-Myers Squibb Pharma Company |
| 12 | 达沙替尼 | 达沙替尼 | 薄膜衣片 | 20毫克/60片 | 美国Bristol-Myers Squibb Pharma Company |
| 13 | 凯美纳 | 盐酸埃克替尼 | 片剂 | 125毫克/21片 | 贝达药业股份有限公司 |
| 14 | 瑞复美 | 来那度胺 | 硬胶囊 | 10毫克/21粒 | Celgene International Sarl(瑞士) |
| 15 | 瑞复美 | 来那度胺 | 硬胶囊 | 25毫克/21粒 | Celgene International Sarl(瑞士) |
| 16 | 甲磺酸阿帕替尼 | 甲磺酸阿帕替尼 | 薄膜衣片 | 0.25克/10片 | 江苏恒瑞医药股份有限公司 |
| 17 | 甲磺酸阿帕替尼 | 甲磺酸阿帕替尼 | 薄膜衣片 | 0.425克/14片 | 江苏恒瑞医药股份有限公司 |
| 18 | 西达本胺 | 西达本胺 | 片剂 | 5毫克/24粒 | 深圳微芯生物科技有限责任公司 |
| 19 | 依维莫司 | 依维莫司 | 片剂 | 5毫克/30片 | 瑞士诺华制药有限公司Novartis　Pharma　Stein　AG |
| 20 | 依维莫司 | 依维莫司 | 片剂 | 2.5毫克/30片 | 瑞士诺华制药有限公司Novartis　Pharma　Stein　AG |
| 21 | 醋酸阿比特龙 | 醋酸阿比特龙 | 片剂 | 0.25克/120片 | Patheon Inc. |
| 22 | 盐酸厄洛替尼 | 盐酸厄洛替尼 | 薄膜衣片 | 0.15克/7片 | 意大利罗氏ROCHE　S.P.A |
| 23 | 甲苯磺酸拉帕替尼 | 甲苯磺酸拉帕替尼 | 片剂 | 0.25克/70片 | 英国Glaxo Operations UK Limited |
| 24 | 盐酸厄洛替尼 | 盐酸厄洛替尼 | 薄膜衣片 | 0.1克/30片 | 意大利罗氏ROCHE　S.P.A |

参考文件：闽医保办〔2017〕78号、闽医保办〔2017〕120号、闽医管发〔2017〕162号