

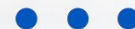
医疗救助对象资助参保及报销政策 和城乡居民基本医疗保险待遇 支付政策



汇报人：



汇报时间：



目录

一、医疗救助对象资助参保及报销政策

1. 医疗救助对象范围
2. 资助参保政策
3. 医疗救助待遇

二、城乡居民基本医疗保险待遇支付政策

1. 门诊保障
2. 普通住院
3. 符合重性精神病、慢性粒细胞白血病条件的医保报销政策
4. 急诊急救

01

PART

医疗救助对象资助参保及报销政策

1. 医疗救助对象范围



医疗救助公平覆盖参加基本医疗保险的医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民，根据救助对象类别实施分类救助。包括特困人员、孤儿和事实无人抚养儿童、返贫致贫人口、低保对象、低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村牧区易返贫致贫人口和因病致贫重病患者（即刚性支出困难家庭成员中的重病患者）七类人员。

二、资助参保政策



特困人员、孤儿和事实无人抚养儿童个人缴费全额资助；低保对象、返贫致贫人口、纳入监测范围的农村牧区易返贫致贫人口定额资助标准为当期城乡居民医保个人缴费标准的45%；困难群众具有多重特殊身份属性的按“就高不就低”的原则享受参保资助，不得重复资助。

二、资助参保政策

资助参保待遇“免申即享”。对全额资助参保的困难群众直接免征代缴，对差额征缴的困难群众直接缴纳个人缴费部分。困难群众待医保部门完成身份信息核定后，即可享受资助参保待遇。以2026年个人缴费金额400元为例，个人缴费标准如下：

救助对象范围	1. 特困人员	2. 孤儿和事实无人抚养儿童	3. 低保对象	4. 返贫致贫人口	5. 纳入监测范围的易返贫致贫人口	6. 低保边缘家庭	7. 因病致贫重病患者
资助参保比例	100%	100%	45%	45%	45%	无	无
个人缴费部分	0 元	0 元	220 元	220 元	220 元	400 元	400 元

三、医疗救助待遇

（一）起付标准

门诊慢性疾病救助不设置起付标准。门诊特殊疾病和住院救助起付标准：特困人员、孤儿和事实无人抚养儿童、低保对象、返贫致贫人口和纳入监测范围的农村牧区易返贫致贫人口救助不设起付标准；低保边缘家庭成员起付标准为2500元，因病致贫重病患者起付标准为6000元。

（二）年度救助最高支付限额

特困人员、孤儿和事实无人抚养儿童年度救助最高支付限额50000元，低保对象、返贫致贫人口、纳入监测范围的农村牧区易返贫致贫人口、低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者年度救助最高支付限额30000元。门诊慢特病和住院救助共用年度救助最高支付限额。

三、医疗救助待遇

（三）救助支付比例

年度救助最高支付限额内，特困人员、孤儿和事实无人抚养儿童政策范围内个人自付费用全额救助，低保对象、返贫致贫人口政策范围内个人自付费用按70%的比例救助，纳入监测范围的农村牧区易返贫致贫人口、低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者等其他救助对象政策范围内个人自付费用按60%的比例救助。

（四）重特大疾病倾斜救助

对在自治区范围内就医的救助对象，经基本医疗保险、大病保险、医疗救助报销后政策范围内个人自付费用仍超过25000元的部分，按照60%比例给予救助，年度最高支付限额50000元。医疗救助对象属血液透析、腹膜透析患者，政策范围内经基本医疗保险、大病保险报销后，个人自付费用由医疗救助基金全额救助。

02

PART

城乡居民基本医疗保险待遇支付政策

一、门诊保障

1.一般门诊观察：

苏木乡镇医疗卫生机构、执行国家基本药物制度的城市社区卫生服务机构，为参保居民一般门诊观察定点医疗机构。参保居民在上述定点医疗机构门诊观察治疗发生的政策范围内医疗费用，按50%的比例支付，每年两次，单次最高实际支付限额200元，不设起付线。一个年度内一般门诊观察最高实际支付400元。



一、门诊保障

2.门诊慢特病

(1) 门诊慢性疾病病种范围：血管支架植入术后一年内抗凝血治疗；再生障碍性贫血；系统性红斑狼疮；干燥综合征；硬皮病；I型糖尿病和糖尿病并发症；甲亢；股骨头坏死；癫痫病；慢性阻塞性肺病；肺心病；帕金森氏病；慢性肾功能衰竭；精神类疾病；普通结核；大骨节病；脑卒中后遗症；儿童苯丙酮尿症（含四氢生物蝶呤缺乏症）；布鲁氏杆菌病；肺动脉高压；恶性肿瘤门诊治疗。待遇标准：政策范围内年度最高支付限额和报销比例分别为：脑卒中后遗症1500元，报销比例50%；儿童苯丙酮尿症18750元，报销比例80%；肺动脉高压150000元，报销比例75%；大骨节病年度实际支付600元，政策范围内支付比例为60%，其余病种政策范围内年度最高支付限额3000元，报销比例50%。

(2) 门诊特殊疾病病种范围：结核；脑卒中后遗症；肝硬化；恶性肿瘤放化疗；器官移植术后抗排异治疗；血友病；经备案在异地医院门诊进行的放疗和血液透析治疗；强直性脊柱炎；类风湿性关节炎；子宫内膜癌内分泌治疗；前列腺癌内分泌治疗；乳腺癌内分泌治疗；病毒性肝炎；血液透析、腹膜透析。待遇支付标准：门诊特殊疾病政策范围内医疗费用统筹基金年度起付标准为600元，按自然年度累计计算。政策范围内金额基本医疗保险分段报销比例为：起付线以上1.4万元（含1.4万元）以下基金支付比例为70%，1.4万元以上6万元（含6万元）以下基金支付比例为80%，6万元以上部分基金支付比例为90%。城乡居民门诊特殊疾病中的血液透析和腹膜透析，不设起付标准，政策范围内基本医疗保险支付比例为85%。“门诊特殊疾病”政策范围内金额同住院累加计算，支付金额纳入基本医疗保险、大病保险、医疗救助等年度最高支付限额。

一、门诊保障

3. “两病” 用药

高血压门诊用药，政策范围内支付比例为50%，年度最高实际支付300元；糖尿病门诊用药，政策范围内支付比例为50%，年度最高实际支付600元；“两病”并发的门诊用药，政策范围内支付比例为50%，年度最高实际支付600元。

4. 儿童意外伤害

参加城乡居民基本医疗保险的学生儿童，发生意外伤害不需要住院治疗的，门诊治疗所发生的政策范围内医疗费用，由统筹基金按照80%比例报销，一个年度最高支付限额400元。

二、普通住院

1.基本医疗保险

参保人员一个年度内首次在自治区内定点医疗机构住院，基本医疗保险统筹基金起付标准，一、二、三级定点医疗机构分别为200元、600元、1000元，第二次及以上住院起付标准减半。城乡居民基本医疗保险住院医疗费年度最高支付限额为实际支付12万元。各段报销比例如下：

政策范围内 分段金额 \ 医疗机构级别	一级 医疗 机构	二级 医疗 机构	三级 医疗 机构
起付标准以上至 1.4 万元 (含 1.4 万元)	85%	70%	60%
1.4 万元至 6 万元 (含 6 万元)	88%	80%	70%
6 万以上部分	90%	90%	80%

在中医（蒙医）医疗机构住院发生的医疗费用，中医药（蒙医药）部分在原报销比例的基础上提高15%，最高不超过95%。

二、普通住院

2.大病保险

大病保险起付标准为一个年度内个人累计负担政策范围内医疗费1.4万元，起付标准以上部分报销比例60%，封顶线40万元。特困人员、低保对象、返贫致贫人口大病保险实施倾斜支付政策，起付标准降低50%，支付比例提高5个百分点。

3.乙类药品自付比例

城乡居民基本医疗保险参保人乙类药品个人先行自付比例为15%。



三、符合重性精神病、慢性粒细胞白血病条件的医保报销政策

1.重性精神病

需住院治疗的以下六种重性精神病：精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双向情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍，三级定点医疗机构与重性精神病患者按普通住院结算，报销比例80%。

2.慢性粒细胞白血病

办理门诊慢性病治疗的慢性粒细胞白血病患者，需要的甲磺酸伊马替尼（商品名：格列卫）和尼洛替尼（商品名：达希纳）按乙类药品报销，不设起付线，政策范围内医疗费用居民医保基金按80%比例支付。



四、急诊就诊

门急诊的急救患者，经急救后转为普通住院或死亡的，急救期间发生的门诊医疗费用按住院医疗费用结算。



感谢观看



汇报人：



汇报时间：

