

参保人员享受重特大疾病门诊病种待遇、门诊规定病种待遇、门诊特定药品待遇，累计不超过两种。住院治疗期间不能重复享受门诊慢特病待遇，由统筹基金支付的重特大疾病医疗费用计入参保人员年度住院统筹基金最高支付限额。

06

城乡居民基本医疗保险住院待遇标准如何？

参保居民在定点医疗机构发生的符合规定的住院医疗费用，起付标准以下的费用由个人支付；起付标准以上最高支付限额以下的费用，由城乡居民医保基金和参保居民个人按比例承担。城乡居民医保基金住院医疗费年度最高支付限额为15万元。

城乡居民医保基金住院医疗费起付标准和支付比例按定点医疗机构类别划分为：

类别	医疗机构等级	起付标准 (元)	统筹基金支付比例
乡级	乡镇卫生院、 社区卫生服务中心	150	150-1000元80%， 1000元以上90%
县级	三级、二级、 一级医疗机构	600	600-3000元65%， 3000元以上75%
市级	二级、一级医疗机构	600	600-3000元65%， 3000元以上75%
	三级医疗机构	1200	1200-5000元60%， 5000元以上70%
省级	一级医疗机构	600	600-3000元65%， 3000元以上75%
	三级非甲等、 二级医疗机构	1200	1200-5000元60%， 5000元以上70%
	三级甲等医疗机构	2000	2000-8000元55%， 8000元以上65%

14周岁以下（含14周岁）参保居民起付标准减半；其他参保居民年度内在二类以上（含二类）定点医疗机构第二次及以后住院，起付标准减半。

参保居民在县级及以上中医类医疗机构住院起付标准降低100元，使用中医药服务项目（含中药饮片、中成药、中药制剂（含院内制剂）和中医诊疗项目）的，基本医保统筹基金支付比例提高5个百分点。

参保居民住院分娩，符合计划生育政策规定的享受生育医疗补助。补助标准为：顺产700元；剖宫产1600元。实际住院总费用低于定额标准的据实结算，超过定额标准的按定额标准支付。

07

重特大疾病住院病种待遇是什么？

重特大疾病住院病种共33个。治疗重特大疾病发生的医疗费用不设起付标准，住院病种在限价标准内的医疗费用由城乡居民基本医疗保险统筹基金按比例支付，县级、市级、省级医疗机构的支付比例分别为80%、70%、65%；其超出限价标准的医疗费用由定点医疗机构承担。由统筹基金支付的城乡居民重特大疾病医疗费用计入参保人员年度住院统筹基金最高支付限额。

08

什么是城乡居民大病保险？大病保险资金如何筹集？待遇标准是什么？

城乡居民医保大病保险是指在城乡居民基本医疗保险的基础上，对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排，是基本医疗保障制度的拓展和延伸。大病保险实行省级统筹，分级管理。大病保险资金采取从城乡居民基本医疗保险基金中划拨的方式筹集，不再额外向城乡居民收取，2022年度郑州市大病保险筹资标准为75元/人。

参保居民一个保险年度内发生的住院医疗费用（含规定的门诊慢特病、门诊特定药品等限价、限额结算的医疗费用），经城乡居民基本医疗保险基金按规定支付后，个人累计负担的合规医疗费用超过大病保险起付线的部分，由大病保险资金按规定支付。城乡居民大病保险起付标准和支付比例为：

参保对象	普通居民	倾斜对象
		特困人员、低保对象、 返贫致贫人口
起付线	1.1万元	0.55万元
支付比例	1.1万元—10万元 (含) 60%	0.55万元—10万元(含) 65%
	10万元以上70%	10万元以上75%
封顶线	40万元	无

郑州市城乡居民医疗保险 主要政策问答



郑州市医疗保障局
2022年8月

01

郑州市城乡居民基本医疗保险的参保对象有哪些？

一、具有郑州市行政区域内户籍，不属于职工基本医疗保险覆盖范围的人员，可参加郑州市城乡居民医保。包括下列人员：

- 1.农村居民；
- 2.城镇非从业居民；
- 3.全日制普通高等学校、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、全日制研究生以及职业高中、中专、技校学生（统称“大中专学生”）。

二、持有我市居住证的居民。

三、国家和我省规定的其他人员。

02

2023年度郑州市城乡居民基本医疗保险个人缴费标准是多少？

2023年度郑州市城乡居民基本医疗保险个人缴费标准为350元/人。

03

我市城乡居民基本医疗保险门诊统筹待遇标准是多少？

城乡居民医保普通门诊医疗按国家、省规定实行门诊统筹制度。城乡居民门诊统筹实行定点管理，一个年度内符合规定的门诊费用统筹基金最高支付限额150元，限当年使用，下年度不结转、不累计；不设起付线，统筹基金支付比例按定点医疗机构类别分别为：

类别	医疗机构等级	居民门诊统筹基金支付比例
乡级	乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站、所）、村卫生室	65%
县级	三级、二级、一级医疗机构	55%
	二级、一级医疗机构	55%
市级	三级医疗机构	45%
	一级医疗机构	55%
省级	三级非三甲、二级医疗机构	45%
	三级甲等医院	0

全日制在校大中专学生普通门诊医疗按规定以学校为单位实行门诊统筹，市医疗保险经办机构按规定将门诊医疗费统筹基金划拨给学校，由学校统一管理，包干使用。

享受门诊规定病种医疗待遇的参保居民，可同时享受门诊统筹待遇。

04

城乡居民“两病”门诊用药保障政策的主要内容是什么？

参加我市城乡居民医保并足额缴纳居民医保费的，经乡镇卫生院（社区卫生服务中心）或一类、二类定点医疗机构规范诊断，确诊为“两病”且需采取药物治疗但未达到居民医保门诊规定病种高血压（伴靶器官损害）、伴严重并发症的糖尿病及重特大疾病门诊病种I型糖尿病鉴定标准的“糖尿病”、“高血压”患者，可享受“两病”门诊用药保障待遇。

“两病”患者门诊用药实行医疗机构定点管理，“两病”患者门诊用药不设起付线，实行限额管理。一个年度内，“两病”患者发生的符合规定的门诊用药费用月统筹基金限额标准为40元（高血压合并糖尿病/糖尿病合并高血压患者年度累计报销额度不重复计算），政策范围内统筹基金支付比例按“门诊用药”定点医疗机构类别分别为：

05

城乡居民门诊慢特病医疗保障待遇有哪些？

类别	医疗机构等级	居民两病统筹基金支付比例
乡级	乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站、所）、村卫生室	60%
县级	三级、二级、一级医疗机构	55%
	二级、一级医疗机构	55%
市级	三级医疗机构	50%
	一级医疗机构	55%
省级	三级非三甲、二级医疗机构	50%
	三级甲等医院	0

由城乡居民医保统筹基金支付的“两病”患者相应病种的门诊用药费用不计入居民医保门诊统筹年度限额和住院统筹基金年度最高支付限额。对病情相对稳定的患者，经医生评估后，一次处方量可以延长至3个月，保障患者用药需求。

我市将部分需长期在门诊治疗且医疗费用较高的疾病（或治疗项目）纳入门诊统筹基金支付范围，门诊慢特病包含门诊规定病种（也称“门诊慢性病”）、重特大疾病门诊病种和门诊特定药品治疗等3个医疗类别。门诊慢特病治疗不设起付标准，实行定点治疗、限额管理。

1.门诊规定病种（也称“门诊慢性病”）有33个，付限额标准内，城乡居民基本医疗保险统筹基金支付的支付比例为70%，其中尿毒症透析（含血液透析、腹膜透析）统筹基金支付比例为85%。

2.重特大疾病门诊病种10个，乙类药品和诊疗项目首付比例为0%，实行限额管理，限额标准内符合规定的门诊医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，城乡居民基本医疗保险统筹基金支付比例为80%。

3.我省将部分用于治疗癌症、罕见病等重特大疾病的临床必需、疗效确切、适应症明确、价格较高、适于门诊治疗的国家谈判药品，纳入门诊特定药品范围，实行责任医师和定点救治管理。目前我市共有门诊特定药品167种。