

2023年度广元市医疗保障政策汇总表

城镇职工医保缴费政策（含生育及大病保险）							
缴费方式	人员属性	缴费基数	缴费比例		最低缴费年限	补费标准	
			单位	个人		补欠费	补年限费
统账结合	单位在职	全省城镇全部单位就业人员平均工资的80%-实际申报工资	财政全额拨款单位7.5%，其他单位7.8%	2%	累计男25年、女20年，市内15年。	断保期间的保费可以补缴。单位欠费计算滞纳金。（灵活就业人员依据经办当月缴费基数和比例进行补费）	按退休时缴费标准计，可一次补缴，也可逐月缴纳。
	灵活就业	全省城镇全部单位就业人员平均工资的80%	/	9%			
单建统筹	单位在职	全省城镇全部单位就业人员平均工资的80%-实际申报工资	6.3%	/			
	灵活就业	全省城镇全部单位就业人员平均工资的80%	/	5.5%			
城乡居民医保缴费政策（含大病保险）							
个人缴费标准：350元/人/年（其中：特困供养人员、孤儿及1-2级残疾人员个人不缴费；低保及返贫监测对象个人缴纳87.5元/人/年；稳定脱贫人口个人缴纳175元/人/年；3-4级残疾人员个人缴纳250元/人/年）。							
住院医疗费报销政策							
医院		起付标准（元）	报销比例				
			职工医保	居民医保			
一级及以下		200	95%	90%			
二级		400	88%	80%			
三级		1000	84%	60%（未转院降低10%）			
转诊转院到市外就医		一级医院200； 二级医院400； 三级医院1000。	一级医院85%；二级医院78%；三级医院74%。	一级医院80%；二级医院70%；三级医院50%			
其他情形到市外就医			一级医院75%；二级医院68%；三级医院64%	一级医院70%；二级医院60%；三级医院40%			
门诊医疗费报销政策							
职工医保				居民医保			
个人账户	统账结合参保人员：划入标准：在职人员2%、退休后按2022年全市退休人员平均养老金的2.8%划入个人账户。单建统筹参保人员不划入个人账户。			无个人账户。			
门诊统筹	1. 统账结合参保人员：起付线：在职200元/年、退休150元/年；报销比例：三级医院及零售药店50%、二级及以下医院60%，退休人员提高10%；年度限额：在职1500元/年/人、退休2000元/年/人。 2. 单建统筹参保人员：年度限额：在职750元/年/人、退休1000元/年/人。起付线和报销比例同统账结合参保人员一致。			无起付线，二级乙等以下医院报50%，年度限额110元/人。			
两病门诊	报销比例60%，年度限额：高血压200元、糖尿病300元、合并两病500元。			报销比例50%，年度限额：高血压200元、糖尿病300元、合并两病500元。			

门诊医疗费报销政策		
	职工医保	居民医保
特殊门诊	一类病种限额2000元/人/年，二类病种一年扣一次二级医院住院起付标准400元，报销比例按就诊医疗机构住院费用报销比例执行，年度封顶线和基本医保统筹基金年度封顶线合并计算；定点零售药店及市外就医中心报销的按三级医疗机构住院比例报销。	一类病种限额600元/人/年，二类病种一年扣一次二级医院住院起付标准400元，报销比例按就诊医疗机构住院费用报销比例执行，年度封顶线和基本医保统筹基金年度封顶线合并计算；定点零售药店及市外就医中心报销的按三级医疗机构住院比例报销。
单行支付	经认定符合条件药品报70%，限额15万元/人/年。	经认定符合条件药品报60%，限额10万元/人/年。
生育保险报销政策		
1. 待遇享受时间：市内连续参保缴费6个月后，享受生育医疗费和生育津贴待遇。		
2. 生育医疗费报销标准：实行单病种收付费，顺产收费标准不超过：一级2000，二级3000，三级4000元；剖宫产收费标准不超过：一级2500，二级4000，三级5500元。每多生一胎增加500元。市内住院分娩，限额内费用全额报销；市外住院分娩，按不超过市内二级医疗机构限额标准报销。生育医疗费发放给参保人员。		
3. 产前检查：报销比例50%，一个自然年度报销限额不超过400元。		
4. 生育津贴报销标准：基数：按单位上年度日平均缴费工资计算，新成立单位按生育前12个月日缴费工资计。计发天数：顺产98天、剖腹产增加15天、多胞胎生育每多生育一胎增加15天。生育津贴发放给参保单位，财政全额供养单位不计发生育津贴。		
5. 计划生育：限额内费用据实报销。放置宫内节育器300元；取出宫内节育器300元；长效缓释避孕皮下埋植剂植入术400元；长效缓释避孕皮下埋植剂取出术300元；输卵管结扎术1800元；输精管结扎术1200元；人工流产400元；药物流产500元；中期孕引产2000元；结育复通手术1500元。		
大病保险报销政策		
起付标准	职工医保 年度累计，2581元（上年度全市城乡居民可支配收入的10%）	居民医保 年度累计，12906元（上年度全市城乡居民可支配收入的50%）
报销标准	政策范围内住院费（含门特二）自付额减大病保险起付标准后分三段报销；2581元——100000元（含），报销比例：70%；100001元——200000元（含），报销比例：75%；200001元以上，报销比例：85%。	政策范围内住院费（含门特二）自付额减大病保险起付标准后分三段报销；12906元——100000元（含），报销比例：60%；100001元——200000元（含），报销比例：65%；200001元以上，报销比例：75%。其中：特困人员、低保对象起付线降低50%，报销比例提高5%。
医疗救助政策		
1. 救助对象：重点救助对象：特困人员、孤儿、低保对象；一般救助对象：低保边缘家庭成员、防止返贫监测对象、因病致贫重病患者。		
2. 救助标准：救助对象在市内及转院到市外发生的合规医疗费用，依申请救助。一类门特门诊费用：特困人员、孤儿限额1000元/人/年，限额内全额救助；低保对象限额200元/人/年，救助比例70%。住院及二类门特费用：特困人员、孤儿限额30000元/人/年，限额内全额救助；低保对象限额25000元/人/年，救助比例70%；其他救助对象：防止返贫监测对象限额20000元/人/年，起付标准5%，救助比例65%，救助比例65%；低保边缘家庭成员及因病致贫重病对象限额10000元/人/年，低保边缘家庭成员起付标准10%、因病致贫重病患者起付标准25%，救助比例50%。		
年度封顶线		
类别	职工医保	居民医保
基本医保	505484元。（年度统筹基金支付限额为上上年度全市职工平均工资7倍）	250180元。（年度统筹基金累计支付限额为上上年度全市城乡居民可支配收入7倍）
大病保险	不设封顶线	不设封顶线