**2023年哈尔滨市居民结算待遇**

城乡居民医保待遇包括住院医疗待遇、特殊疾病门诊待遇、特殊慢性病门诊待遇、普通门诊待遇、生育医疗待遇、意外伤害门诊医疗待遇、高血压糖尿病门诊医疗待遇。

**一、最高支付限额**

参保居民一个年度内发生符合城乡居民医保统筹基金支付范围（以下称“统筹基金支付范围”）的医疗费用，城乡居民医保统筹基金（以下称“统筹基金”）最高支付限额为18万元。

**二、统筹基金支付范围**

统筹基金支付范围包括《黑龙江省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《黑龙江省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目和医疗服务设施项目目录》及社会保险法律法规规定的药品、诊疗项目和服务设施项目。

**三、住院医疗待遇**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **就医类别** | | **住院起付标准（元）** | **起付标准以上至最高支付限额以下统筹基金支付比例** | |
| **学生儿童** | **成人居民** |
| 哈市  定点  医院  就医 | 无等级医院 | 100 | 90% | 90% |
| 一级定点医院 | 240 | 90% | 90% |
| 二级定点医院 | 480 | 80% | 80% |
| 三级定点医院 | 720 | 80% | 65% |
| 精神疾病患者在专科定点医院 | 0 | 85% | 85% |
| 肺结核患者在专科定点医院 | 0 | 85% | 85% |
| 耐多药肺结核患者在专科定点医院 | 0 | 90% | 90% |
| 其他传染病患者在传染病专科定点医院 | 0 | 85% | 70% |
| 异地  转诊 | 无等级医院 | 100 | 85% | 85% |
| 一级定点医院 | 240 | 85% | 85% |
| 二级定点医院 | 480 | 75% | 75% |
| 三级定点医院 | 720 | 75% | 60% |
| 异地  急诊、  自由  转诊 | 无等级医院 | 100 | 80% | 80% |
| 一级定点医院 | 240 | 80% | 80% |
| 二级定点医院 | 480 | 70% | 70% |
| 三级定点医院 | 720 | 70% | 55% |
| 注：1、在哈医大一院、哈医大二院、哈医大四院及黑龙江省医院住院就医，个人负担比例在规定的基础上相应提高三个百分点。   1. 参保居民一个年度内第二次住院起付标准降低15%，多次住院的执行第2次住院起付标准。 | | | | |

**四、门诊特殊疾病待遇**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 就医  人群 | 特殊疾病病种 | 统筹基金支付项目 | 在特殊疾病门诊定点医院，统筹基金支付标准 | | | |
| 无等级医院 | 一级医院 | 二级医院 | 三级医院 |
| 成人  居民 | 恶性肿瘤 | 放疗、化疗、免疫治疗、内分泌治疗、抗疼痛治疗以及与病情相关的一次性医用材料、检查检验、服务设施等费用 | 90% | 90% | 80% | 65% |
| 尿毒症 | 血液透析组套（元/次） | 400元/次；  支付380元/次 | 400元/次；  支付380元/次 | 400元/次；  支付380元/次 | 440元/次；  支付400元/次 |
| 血液透析滤过、灌流（元/次） | 700元/次；  支付90% | 700元/次；  支付90% | 700元/次；  支付80% | 800元/次；  支付65% |
| 透析门诊用药 | 90% | 90% | 80% | 65% |
| 腹膜透析组套（元/日） | 每人每日160元，支付90% | | | |
| 器官移植术后（肝、肾、肺、心脏移植） | 抗排异治疗（以及与病情相关的治疗药品和检查检验费用） | 80% | | | |
| 年度最高支付限额：术后2年以内（含2年）6.3万元，统筹金每人每季度最多支付不超过15750元；术后2年以上4.9万元，统筹金每人每季度最多支付不超过12250元。 | | | |
| 血友病、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮 | | 90% | 90% | 80% | 65% |
| 糖尿病胰岛素治疗 | | 90% | 90% | 80% | 65% |
| 在定点零售药店发生的费用，支付65% | | | |
| 统筹金年度最多支付不超过2400元 | | | |
| 肺结核、重性精神病药物维持治疗 | | 85% | | | |
| 特殊药品（靶向用药） | | 90% | | 80% | 65% |
| 在定点零售药店发生的费用，支付65% | | | |
| 学生  儿童  学生  儿童 | 恶性肿瘤  放疗、化疗、免疫治疗、内分泌治疗、抗疼痛治疗以及与病情相关的一次性医用材料、检查检验、服务设施等费用 | | 90% | 90% | 80% | 80% |
| 尿毒症 | 血液透析组套（元/次） | 400元/次；  支付380元/次 | 400元/次；  支付380元/次 | 400元/次；  支付380元/次 | 440元/次；  支付400元/次 |
| 血液透析滤过、灌流（元/次） | 700元/次；  支付90% | 700元/次；  支付90%% | 700元/次；  支付80% | 800元/次，  支付80% |
| 透析门诊用药 | 90% | 90% | 80% | 80% |
| 腹膜透析组套（元/日） | 每人每日160元，支付90% | | | |
| 血友病、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮 | | 90% | 90% | 80% | 80% |
| 器官移植术后（肝、肾、肺、心脏移植） | 抗排异治疗（以及与病情相关的治疗药品和检查检验费用） | 80% | | | |
| 年度最高支付限额：术后2年以内（含2年）6.3万元，统筹金每人每季度最多支付不超过15750元；术后2年以上4.9万元，统筹金每人每季度最多支付不超过12250元。 | | | |
| 糖尿病胰岛素治疗 | | 90% | 90% | 80% | 80% |
| 在定点零售药店发生的费用，支付80% | | | |
| 统筹金年度最多支付不超过2400元 | | | |
| 特殊药品（靶向用药） | | 90% | | 80% | 80% |
| 在定点零售药店发生的费用，支付80% | | | |
| 肺结核、重性精神病药物维持治疗 | | 85% | | | |
| 苯丙酮尿症  （限0-18周岁（含18周岁） | | 年度最高支付限额1.4万元，支付比例为70% | | | |
| 注：1.一个年度内，血液滤过和血液灌流两项治疗合计不超过12次。   1. 肝、肾、肺、心脏移植术后抗排异治疗的，同一患者进行多个（次）器官移植的，以最后一个（次）器官移植时间计算门诊年度最高支付限额，并执行单个器官移植抗排异治疗标准。 2. 恶性肿瘤、血友病、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、糖尿病胰岛素治疗的患者在哈尔滨医科大学附属第一、二、四院和黑龙江省医院门诊治疗时，执行市属三级定点医疗机构住院比例标准；血液透析门诊治疗中按照住院比例标准支付项目，也按此标准执行。 3. 门诊特殊疾病患者根据病情需要选定一所特殊疾病门诊定点医疗机构进行治疗，发生的与本人病情相关的政策范围内医疗费用纳入统筹金支付范围，不设起付标准，统筹金按相应病种支付比例予以支付，并统一计入医疗保险年度最高支付限额内。 | | | | | | |

**五、门诊慢性病待遇**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 门诊慢性病病种 | 统筹基金支付比例 | 每人每季度，统筹基金最高支付限额 | 一个年度内，统筹基金最高支付限额 |
| 1 | 高血压病合并症 | 70% | 400元 | 1600元 |
| 2 | 糖尿病合并症 |
| 3 | 脑血管意外偏瘫（外伤性脑出血除外） |
| 4 | 重症冠心病（心功能不全3级以上） |
| 5 | 器官移植术后的抗排异治疗（肝、肾、肺、心脏移植） |
| 6 | 肺源性心脏病（慢性心力衰竭或慢性呼吸衰竭） |
| 7 | 慢性阻塞性肺疾病 |
| 8 | 扩张型心肌病 |
| 9 | 房颤 |
| 10 | 癫痫 |
| 11 | 真性红细胞增多症 |
| 12 | 肝豆状核变性 |
| 13 | 慢性肾功能不全（Ⅲ期以上） |
| 14 | 风湿性心脏病（心功能不全3级以上） |
| 15 | 帕金森氏病或帕金森氏病综合症 |
| 16 | 肝硬化 |
| 17 | 重症肌无力 |
| 18 | 类风湿性关节炎（功能3级以上） |
| 19 | 慢性病毒性肝炎 |
| 20 | 布鲁氏菌病 |
| 21 | 艾滋病 |
| 22 | 支气管哮喘 |
| 23 | 阿尔茨海默症 |
| 24 | 冠状动脉支架术后药物治疗 |
| 25 | 冠状动脉搭桥术后药物治疗 |
| 26 | 银屑病 |
| 27 | 子宫内膜异位症 |
| 注：1、门诊慢性病患者在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内医疗费用纳入统筹基金支付范围，统筹基金支付实行季度限额管理，不设起付标准，不累计、不滚存、不结转，统一计入医疗保险年度最高支付限额内。   1. 同时患有两种或以上病种的，每人每季度统筹基金支付增加100元。 | | | | |

**六、普通门诊待遇**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构等级 | 起付标准（元） | 普通门诊 | |
| 统筹基金支付比例 | 一个年度内，统筹基金最高支付限额 |
| 一级及无等级 | 0元 | 70% | 500元 |
| 二级 | 60% |
| 三级 | 50% |

**七、生育医疗待遇**

参保女性居民在定点医疗机构住院分娩发生的生育医疗费用纳入统筹支付范围，实行定额结算，支付标准为自然分娩900元、剖宫产1300元。剖宫产合并其他疾病手术发生的费用，统筹基金支付标准为1400元。

注：对参保居民配偶已经按职工生育政策享受生育医疗费待遇的，不再享受城乡居民医保生育医疗待遇。

**八、意外伤害门诊医疗待遇**

学生儿童因意外伤害在定点医院发生的统筹支付范围内门诊医疗费用，起付标准为100元，统筹基金支付比例为50%，一个年度内最多支付1000元。

**九、高血压、糖尿病门诊医疗待遇（简称“两病门诊”）**

在“两病”定点医院门诊发生的降血压、降血糖药品费用由统筹基金支付，不设起付标准，二级定点医疗机构政策范围内支付比例为55%、二级以下定点基层医疗机构支付比例为60%，高血压患者降血压用药年度统筹基金最高支付限额为400元，糖尿病患者降血糖用药年度统筹基金最高支付限额为600元。

**注：**1.已经享受统筹地区门诊慢性病待遇的参保人员继续执行现有的门诊慢性病保障政策，不再重复享受“两病”待遇。

2.对因病情需要住院就医的“两病”参保人员，住院期间的医疗费用按住院报销政策执行，住院期间不能同时发生“两病”门诊医疗费用。

3.“两病”患者可在本统筹区内任意二级及以下定点医疗机构购买“两病”药品，实行医保直接结算，“两病”患者只需支付应由个人负担的部分。

4.长期异地居住的，在“两病”未实行异地门诊直接结算前，由参保人先行垫付，再到参保地经办机构报销。