

凤凰县2023年城乡居民医保政策一览表			
政策类别	政策目录	政策标准	备注
参保缴费	集中参保时期	2022年9月1日至12月31日，特殊情况延长到2023年2月28日	
	参保人群	未参加城镇职工医保的所有城乡居民，如农村居民、城镇非从业居民、在校学生、在凤凰取得居住证的常住人口等	
	参保方式	以家庭为单位在户籍所在乡镇村（社区）参保缴费	
	个人参保集中期缴费标准	每人350元	
	缴费方式	（1）湘税社保APP（2）银行柜台缴费（3）POS机缴费（4）乡镇或村组干部代缴费	
	享受医保待遇时限	2023年1月1日至2023年12月31日符合政策规定的门诊和住院治疗享受医保报销	
	困难群众参保集中期参保资助	全额资助参保人员：重点优抚对象、二级及以上重度残疾人、城乡特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童、已认定失地农民、农村两女结扎户独生子女户等计生医保优惠人员（指农村两女结扎户和农村独生子女户夫妻及其在2023年1月1日未满18周岁的子女、计划生育特殊家庭和计划生育手术并发症人员、湖南省农村部分计划生育家庭奖励扶助制度对象和凤凰县“计生养老红卡”人员） 50%资助参保人员：城乡低保对象、困境儿童、纳入的低收入监测人员、认定的返贫致贫人口、困难退役军人。	具体人员名单由军人事务局、县残联、民政局、人社局、卫健局等相关部门分别审定
	集中参保期后仍可参保人员	缴纳350元参保人员：年度内出生90天内办理户口的新生儿、儿童福利机构接收的儿童、90天内因劳务关系终止导致职工医保断保人员 全额缴纳医保费（个人部分加财政补助部分）人员：2023年新迁入户人员、复转军人、未及时就业的大中专毕业生、新生儿未在90天内参保缴费、刑满释放人员、职工医保断保的人员未在断保90天内参保缴费、新就业形态从业人员凭居住证初次在居住地参保	缴费之日起享受医保待遇 从缴费的下个月起享受医保待遇
基本医疗保险	个人全年报销累计限额：	15万元	截止报销时间为2024年2月28日（2024年1月1日至2月28日报销的，2024年必须参保，且报销数额占用2024年个人报销限额15万元。过期视为自动放弃。
	全县乡镇卫生院报销	门诊治疗：每次报销70%不超过70元，全年报销350元	限乡镇卫生院
		糖尿病专项用药：每次报销70%，全年报销限额600元	
		高血压专项用药：每次报销70%，全年报销限额600元	
		住院起付线200元，政策内费用报销85%	
	一级医疗机构住院报销	住院起付线500元，政策内费用报销82%	一个结算年度内，参保人员在同级别医疗机构多次住院的，第二次及以上起付线按50%计算。起付标准年度累计不超过3000元
	二级医疗机构住院报销	住院起付线800元，政策内费用报销80%	
	三级医疗机构住院报销	住院起付线1200元，政策内费用报销65%	
	省部属医疗机构住院报销	住院起付线2000元，政策内费用报销60%	州外医院住院县医保局备案请联系：0743-3505560
	住院报销方式	出院直接报销：州内医院和办好转诊备案在州外医院住院	提供身份证、银行卡和所有住院结算资料，报销比例比下调10%
到县政务中心医保窗口报销：州外当地医保定点医院住院且未在凤凰县办理备案而未直接报销人员			
慢病门诊购药或治疗报销	患有43种慢病，向医保局交相关检查治疗资料并办理慢病证，当年到医保局验证激活卡证人员，年报销额度2000元至8万元，报销比例70%。州内定点医院可在医院直接报销。州外医院就诊购药，持身份证、银行卡、各类票据到县政务中心医保窗口报销。	办理慢病证需向医保局或县政务中心医保窗口，提交近半年检查治疗资料、身份证、两张一寸照片，医保局每季请专家审定。慢病证年检激活，可到医保局或县政务中心医保窗口，也可在村里通过村部办公电脑上传慢病证照片后激活。如2023年医保系统具有全省全国慢病报销功能后，可在任何医院直接报销。	
“双通道”药品购药报销	经县专家集中审查办理“双通道”药品购药报销资格后，可到定点医院、药店购药（共180种）报销，次年须再次申报审批。报销比例为60%，计入个人年度基本医疗保险限额15万元内。	凤凰县人民医院、县中医院和4家“双通道”挂牌定点药店可直接报销。药品按国家谈判中标价销售，禁止加价出售。如2023年医保系统具有全省全国报销功能后，可在任何定点医院、定点药店直接报销。	
大病保险	普通人员大病保险标准	起付线：基本医疗报销后政策内自付住院费用年度内累计超过16000元	报销政策内费用累计计算的时段，是2022年1月1日至12月31日，报销截止时间为2023年3月31日。2023年1月1日至3月31日完成大病报销的，必须2023年参保缴费，过期视为自动放弃。州内定点医院住院，结算时大病保险费用一站式报销结算，无需再到县政务中心医保窗口办理。州外医院治疗，无论是否直接报销结算，都可先行咨询（0743-3668273），达到标准后到县政务中心医保窗口办理。
		支付比例：扣除起付线后0至3万元（含）部分报销60%，3万元以上至8万元（含）部分报销65%，8万元以上至15万元（含）部分报销75%，15万元以上部分报销85%.	
		补偿限额：年度最高限额40万元	
困难人群大病保险标准	适应人群：特困人员、低保对象、返贫致贫人口	重特大疾病以湖南省确定的为准	
	起付线：基本医疗报销后合规自负住院费用年度内累计超过8000元		
	支付比例：扣除起付线后0至3万元（含）部分报销65%，3万元以上至8万元（含）部分报销70%，8万元以上至15万元（含）部分报销80%，15万元以上部分报销90%.		
补偿限额：年度不设最高限额			
医疗救助	参保救助	分全额和半额救助参保个人缴费部分	具体见表中上述参保政策
	门诊医疗救助	特殊疾病门诊救助：年度限额8000元；一类对象不设起付线，自负医疗费用救助90%；二类对象起付线1000元，自负医疗费用救助50%。	具体特殊疾病病种以湖南省确定的为准
		重特大疾病门诊医疗救助：参照住院医疗救助标准执行，纳入住院救助年度限额15万元	重特大疾病以湖南省确定的为准
	住院治疗救助	一类救助对象（特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童）：不设起付线和年度救助限额，政策内合规医疗费用经基本医疗保险、大病保险报销后余额，按90%标准救助	具体人员由县民政局、县乡村振兴局、县残联、县军人事务局提供；年度限额为住院政策支持范围内救助标准以上10万元以内；州内定点医院治疗，结算时一站式救助到位，州外住院向县政务中心医保窗口先咨询再办理（0743-3668196）。困难退役军人，对照同类困难人员标准再提高10%
		二类救助对象（城乡低保对象、低收入监测帮扶对象、困难残疾人、城乡低收入家庭（监测帮护人口）、致贫返贫人口）：设起付线为统筹地区上年度人均可支配收入的5%（具体额度以州定为准），政策内费用经基本医疗保险、大病保险报销后余额，按70%比例救助。	需本人在村部办公电脑上上传救助申请表、身份证、银行卡，乡镇复核家庭成员及收入情况，医保局复核医保系统个人住院费用，再集体研究审定，按月救助到位，并按季公示
		三类救助对象（所有治疗费用经基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重保障后，除基本住房、基本生活必需品之外的家庭财产不足以支付医疗费用自负部分，或个人年度政策范围内自负医疗费用达到其家庭年可支配总收入的50%以上的大病患者）：10万元以内符合救助费用，设起付线为统筹地区上年度人均可支配收入的25%（具体额度以州定为准），再按50%比例救助。	
	困难人员医疗再救助	一二类困难人群已进行普通医疗救助后，政策自负费用超过4500元，且有返贫风险的按村里申请、乡镇复核、部门审定，再救助政策内费用50%。	本人在村部上传救助申请表、身份证、银行卡，乡镇复核家庭成员及收入情况，医保局复核医保系统个人住院费用，再集体研究审定，按月救助按季公示
	重特大疾病医疗救助	稳定脱贫人口及困难人口，已医疗救助的，患恶性肿瘤政策内自负费用超1万元的且有返贫风险的按村里申请，乡镇复核、部门审定，再救助政策内自负费用1万元以上部分50%	下年3月31日前对上年度符合条件的进行审定。
政府一事一议医疗救助	已经过医疗救助的，自负费用仍较多，且有返贫风险的，按村里申请、乡镇复核、部门审定，县政府组织会议进行一事一议救助，确名不因病返贫	下年初对上年符合条件的进行审定	
备注：1、此表政策依据为《湖南省城乡居民基本医疗保险实施办法》和湖南省、湘西州现行关于参保缴费、基本医疗、医疗救助、大病保险的相关政策，如政策有新调整时按新政策执行，具体请在各级医保局网站查阅。2、州内定点医院住院，基本医疗保险、大病保险、普通医疗救助已一站式报销结算；州外当地定点医院住院，只有在凤凰县备案（0743-3505560）才能直接报销，未备案全额结算后到凤凰县政务中心医保窗口报销比例下调10%，且大病保险（0743-3668273）和医疗救助（0743-3668196）需先向县政务中心医保窗口咨询符合条件后再办理。3、凤凰县医保局负责解释，咨询电话：0743-3505545			