

附件 1

城乡居民医保报销政策

一、参保居民在哪里看病就医能获得医保报销？

参保居民在医保定点医疗机构看病就医可按规定获得医保报销。比如在当地医保定点的村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务中心、县人民医院、县中医院等医疗机构。

二、参保居民普通门诊能报销吗？

能。在医保定点的村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务中心等医疗机构看普通门诊，不设起付线，门诊合规费用门诊统筹按照 60%的比例进行报销。在县级定点医疗机构起付标准按次设定，每次 50 元，一天（自然日）内在同一门诊统筹定点医疗机构多次就诊的负担一次起付标准。起付标准以上、最高支付限额以下政策范围内普通门诊医疗费用，县级定点医疗机构支付比例为 50%。门诊统筹年度最高支付限额 300 元。纳入“高血压”“糖尿病”保障范围的参保居民，需采取药物治疗者，首先按门诊统筹政策给予治疗用药保障，在门诊统筹年度限额用完后，高血压年度增加 150 元限额，糖尿病年度增加 170 元限额，若同时患有高血压和糖尿病，则年度增加 200 元限额。增加限额部分的合规费用按 50%比例报销。

三、参保居民享受医保门诊慢性病待遇的条件有哪些？

参保居民享受医保门诊慢性病待遇需要同时具备以下三个

条件:

1. 所患疾病是当地确定的医保门诊慢性病的病种。
2. 本人申请，专业医生审核通过。可在住院的医院申请，也可在微信的“河南医保”小程序上按提示提交相关资料申请。
3. 在门诊慢性病定点医院使用相应的药品和检查项目。

四、哪些医疗费用可以医保报销？怎样报销？

参保居民在医保定点医院发生的医保政策范围内医疗费用可以纳入医保报销。医保政策范围内医疗费用是指医保可以直接按比例支付的费用，纳入医保支付范围的药品、检查、诊疗、床位费等医疗费用中，分为甲类和乙类两种，甲类费用可由医保直接按比例支付，乙类费用要先按一定比例扣除后剩余的部分，医保再按比例支付。

五、住院花费比较高，城乡居民大病保险怎么申请报销？

大病保险不需要申请就可以直接报销。大病保险是在基本医保按比例报销的同时，把按比例个人负担的部分累计到大病保险可以报销的费用里，当相应费用累计到 1.1 万元时，超出 1.1 万元以上的部分，大病保险直接报销 60%，超出 10 万元时，报销 70%。大病保险和居民基本医保共同在一个自然年度内最高可以报销 55 万元。

南阳市城乡居民医保待遇政策明白卡

险种	待遇类别	基本政策					
基本 医疗 保险	普通门诊待遇	医疗机构级别		起付标准（元）	报销比例（%）	支付限额（元）	
		基层医疗机构		0	60%	300	
		县二级医疗机构		50	50%		
		县三级医疗机构		50	50%		
		备注：年度内统筹基金累计最高支付限额为 300 元，“两病”患者在门诊统筹年度限额用完后，高血压患者年度增加 150 元限额，糖尿病患者年度增加 170 元限额，若同时患有高血压和糖尿病，则年度增加 200 元限额。增加限额部分的合规费用按 50%比例支付。					
	门诊慢特病待遇	慢性病病种	申报方式：通过“河南医保”APP/小程序或定点医疗机构提交材料，经由全市门诊慢性病相关医师组成的专家库，系统随机推送专家开展慢性病鉴定并审核通过后，享受待遇，实行随时申请、随时受理、随时鉴定。				
			序号	病种名称		报销比例（%）	基本医保支付限额（元）
			1	恶性肿瘤	按照住院报销	门诊放化疗 150000 元	
					65%	门诊非放化疗 260 元/月	
			2	异体器官移植（肾移植抗排异治疗、骨髓移植抗排异治疗、心移植抗排异治疗、肝移植抗排异治疗、肺移植抗排异治疗、肝肾移植抗排异治疗	65%	手术后第一天至第 365 天 4800 元/月	
					65%	手术后第 366 天至 730 天 4000 元/月	
					65%	手术后 731 天至 731 天以上 3200 元/月	
			3	结核病	65%	150 元/月	
			4	精神病（精神分裂症、双向障碍、偏执性情感障碍、分裂情感障碍、癫痫性精神病、精神发育迟滞所致精神障碍）	65%	150 元/月	
			5	丙肝	65%	聚乙二醇化α-2a 干扰素 2000 元/月	
					65%	短效干扰素第一个月 1000 元/月	

					65%	扰素第二个月以后 600 元/月		
			6	肝硬化（肝硬化失代偿期）	65%	200 元/月		
			7	系统性红斑狼疮	65%	200 元/月		
			8	类风湿性关节炎	65%	150 元/月		
			9	2 型糖尿病伴多并发症	65%	200 元/月		
			10	帕金森氏病或帕金森氏综合症（合并有脑血管病）	65%	200 元/月		
			11	肾病综合征	65%	200 元/月		
			12	Ⅱ期及以上高血压病	65%	150 元/月		
			13	冠心病（非隐匿型）	65%	200 元/月		
			14	急性脑血管病后遗症	65%	200 元/月		
			15	强直性脊柱炎	65%	150 元/月		
			16	慢性阻塞性肺疾病	65%	150 元/月		
			17	肺心病	65%	150 元/月		
			18	癫痫	65%	150 元/月		
			19	艾滋病抗机会性感染	65%	200 元/月		
			备注：门诊慢性病共 19 种，不设起付线，按 65%比例报销，实行定点治疗、限额管理；用药量可放宽至 3 个月。					
			门诊重特大疾病待遇	重特大疾病病种	申报方式：凡病情符合使用门诊特定药品的参保人员，携带本人确诊病历复印件(加盖病历复印章)及其他相关申报资料，到指定的定点医疗机构(县级原则上指定一家二级医疗机构、市级三级定点医疗机构)领取《南阳市门诊特定药品、重特大疾病相关药品使用申请表》，由具有副主任医师以上职称的相关专业医师签署意见后，到定点医疗机构办理申报手续。			
					序号	病种名称	报销比例（%）	基本医保支付限额（元）
					1	终末期肾病（血液透析）	80%	7000 元/月
					2	终末期肾病（腹膜透析）	80%	6000 元/月
3	I 型糖尿病	80%			400 元/月			
4	甲状腺功能亢进症	80%			200 元/月			
5	再生障碍性贫血	80%			1250 元/月			
备注：								

	门诊特药待遇	申报方式：凡病情符合使用门诊特定药品的参保人员，携带本人确诊病历复印件（加盖病历复印章）及其他相关申报资料，到指定的定点医疗机构（县级原则上指定一家二级医疗机构、市级三级定点医疗机构）领取《南阳市门诊特定药品、重特大疾病相关药品使用申请表》，由具有副主任医师以上职称的相关专业医师签署意见后，到定点医疗机构办理申报手续。				
		使用门诊特定药品、重特大疾病相关药品限额标准内符合规定的门诊医疗费纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，不设起付标准。城乡居民医保统筹基金支付比例为 80%。属于基本医疗保险乙类药品和乙类诊疗项目的医疗费用，参保人员需按我市规定的首自付比例负担一定费用后，再由统筹基金支付。符合城乡居民大病保险和医疗救助等支付规定的费用，大病保险和医疗救助按规定支付。				
		备注：根据门诊特定药品、重特大疾病相关药品的使用确定治疗周期，1 个治疗周期最长为 1 年。治疗期满需继续治疗，由责任医师填写《南阳市门诊特定药品、重特大疾病机关药品使用继续治疗申请表》，到参保地医保经办机构办理延期手续。病情变化不再适合继续治疗的，责任医师应明确告知参保人员或其家属，及时退出门诊治疗，并报当地医保中心备案。				
险种	待遇类别	基本政策				
基本医疗保险	住院待遇	医疗机构级别	医院范围	起付标准（元）	报销比例（%）	支付限额（万元）
		乡级	乡镇卫生院（社区医疗机构）	200	200-1000 元（含下限不含上限，下同）的为 75%；1000-2000 元为 80%，2000 元以上为 90%	与门诊慢特病共同使用一个年度限额为 15 万元。
		县级	二级或相当规模以下（含二级）医院	500	500-1500 元为 63%，1500-5000 元为 73%，5000 元以上为 85%；	
		市级	二级或相当规模以下（含二级）医院	600	600-3000 元为 55%，3000-6000 元为 65%，6000 元以上为 75%	
			三级医院	1200	1200-4000 元为 53%，4000-9000 元为 65%，9000 元以上为 75%	
		省级	二级或相当规模以下（含二级）医院	1200	1200-5000 元为 50%，5000 元以上为 70%	
			三级医院	2000	2000-9000 元为 50%，9000 元以上为 60%	

		省外	长期异地 （跨省）	2000 元	省外合规费用支付比例 2000-9000 元为 50%，9000 元以上为 60%。以承诺制 办理，但未补充备案类型 所需材料的，支付比例在 本地同级别医疗机构基础 上降低 20 个百分点；承诺 制备案人员补充相应材料 后，享受与材料制备案相 同就医待遇。	
			长期异地 （省内）	省级(二级 或相当规模 以下医 院)1200 元， 省级(三级 医院)2000 元。	省级(二级或相当规模以 下医院)合规费用支付比 例 1200-5000 元为 50%， 5000 元以上为 70%，省级 (三级医院)合规费用支付 比例 2000-9000 元为 50%， 9000 元以上为 60%。以承 诺制办理，但未补充备案 类型所需材料的，支付比 例在本地同级别医疗机构 基础上降低 20 个百分点； 承诺制备案人员补充相应 材料后，享受与材料制备 案相同就医待遇	
			临时异地 （跨省）	2000 元	省外合规费用支付比例 2000-9000 元为 50%，9000 元以上为 60%。非急诊、 非正常转诊相应级别医院 支付比例降低 20%。	
			临时异地 （省内）	省级(二级 或相当规模 以下医 院)1200 元， 省级(三级 医院)2000 元。	省级(二级或相当规模以 下医院)合规费用支付比 例 1200-5000 元为 50%， 5000 元以上为 70%，省级 (三级医院)合规费用支付 比例 2000-9000 元为 50%， 9000 元以上为 60%。非急 诊、非正常转诊相应级别 医院支付比例降低 20%	
			备注：			

	人员类别	合规自付医疗费用（万元）	报销比例（%）			支付限额（万元）
大病保险	普通城乡居民	1.1 万元	1.1 万元—10 万元（含 10 万元）部分，按 60%比例报销；10 万元以上部分，按 70%比例报销。			40 万元
	困难群众（特困人员、低保对象和返贫致贫人口）	0.55 万元	0.55 万元-10 万元（含 10 万元）部分，按 65%比例报销;10 万元以上部分，按 75%比例报销。			
医疗救助	人员类别	资助参保（元）	门诊救助病种：终末期肾病(门诊血液透析或腹膜透析方法治疗)、血友病(凝血因子治疗)、慢性粒细胞性白血病(门诊酪氨酸激酶抑制剂治疗)、I 型糖尿病(门诊胰岛素治疗)、耐药肺结核(门诊抗结核药治疗)、再生障碍性贫血(门诊药物治疗)、恶性肿瘤门诊放化疗、器官移植术后抗排异治	住院救助	支付限额（元）	倾斜救助（元）

			疗、重性精神病人药物维持治疗。					
			起付线（元）	救助比例（保险后合规自付费用）（%）	起付线（元）	救助比例（保险后合规自付费用）（%）	住院救助和门诊救助共用年度最高救助限额，对特困人员、低保对象、返贫致贫人口年度最高救助限额为3万元，对低保边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口、因病致贫重病患者年度最高救助限额为1万元。	对市域内和规范转诊且在省域内就医的救助对象，救助金额达到年度最高救助限额，经三重制度综合保障后政策范围内年度自付医疗费用超过12000元以上的部分，给予60%的倾斜救助，年度最高救助限额1万元。
	特困人员	全额400	0	50	0	90		
	孤儿	全额400	/	/	/	/		
	低保对象	不低于90	0	50	0	70		
	返贫致贫人口	/	0	50	0	70		
	低保边缘家庭成员	/	0	30	2500	65		
	农村易返贫致贫人口	不低于90	0	30	2500	65		
	因病致贫重病患者	/	0	30	6000	65		
	...							
备注：								

职工医保报销政策

参保职工在哪里看病就医能获得医保报销？参保职工可以获得哪些医保待遇保障？

参保职工在医保定点医疗机构看病就医，可按规定报销医疗费用。具体待遇保障内容如下。

（一）职工基本医保

主要保障参保职工发生的门诊（含普通门诊、门诊慢性病、门诊重特大疾病、门诊特定药品）和住院医疗费用，同时包含个人账户待遇保障。

1. 个人账户待遇

随用人单位参加职工医保的在职职工个人缴纳的基本医疗保险费计入个人账户，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。个人账户资金可用于支付参保人近亲属（配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女）参加居民医保的个人缴费，并可用于支付参保人员本人及其已参保的近亲属在定点医药机构就医购药发生的个人自付医药费用。个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

2. 普通门诊保障

参保职工在定点医疗机构门诊就医时发生的普通门诊费用，按规定进行门诊结算报销。门诊统筹起付标准按次设定，在二级

定点医疗机构就医起付标准 30 元/次，在三级定点医疗机构就医起付标准 50 元/次，基层定点医疗机构不设起付标准。在职职工普通门诊统筹年度最高支付限额 1500 元，退休人员年度最高支付限额 2000 元。起付标准以上、年度限额以下的政策范围内普通门诊医疗费用，门诊统筹按比例报销。在三级定点医疗机构就医的报销比例在职职工为 50%，退休职工为 60%。在二级定点医疗机构报销比例在职职工为 55%，退休职工为 65%。在基层定点医疗机构报销比例在职职工为 60%，退休职工为 70%。

3. 门诊慢特病保障。参保人员罹患需长期或终身在门诊治疗且医疗费用较高的疾病(或治疗项目)，如恶性肿瘤门诊放化疗、慢性肾功能衰竭、重性精神病等，在定点医疗机构发生的门诊政策范围内医疗费用，医保按比例报销，每月或每年有报销限额。

4. 门诊特定药品保障。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，作为门诊特定药品，并纳入“双通道”管理范围。门诊特定药品在定点医疗机构与“双通道”药店执行统一的医保支付政策，没有起付线，报销比例为 85%。

5. 住院保障

起付标准以上、最高支付限额以下的住院政策范围内费用，职工医保报销比例根据不同级别医疗机构适当拉开差距。

(二) 职工大额医疗费用补充保险。参加基本医疗保险的职工，职工大额补充医疗保险费以上年度河南省平均工资为基数，

在缴费年度的第一个月按 0.6%的比例缴纳，由用人单位和在职职工分别按 50%的比例承担，退休后不再缴纳。在职工基本医保年度报销额度用完后，由职工大额医疗费用补充保险再报销，一年可再报销 54 万元。

（三）生育保险。职工随用人单位参加生育保险，职工个人不缴费，由用人单位按规定缴纳生育保险费，与职工基本医疗保险统一征缴。生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴。男职工的无工作单位配偶，符合国家和省计划生育规定生育的，可从生育保险中享受一次性生育补助金。

南阳市职工医保待遇政策明白卡

险种	待遇类别	基本政策			
职工基本医疗保险	个人账户待遇	参保类型	划入额度	使用范围	
		在职职工	在职职工个人缴纳的基本医疗保险费计入个人账户	个人账户资金可用于支付参保人近亲属（配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女）参加居民医保的个人缴费，并可用于支付参保人员本人及其已参保的近亲属在定点医药机构就医购药发生的个人自付医药费用。	
		退休职工	60 元/月		
	普通门诊待遇	医疗机构级别	起付标准（元）	报销比例（%）	支付限额（元）
		基层医疗机构	0	在职 60%/退休 70%	在职 1500 退休 2000
		二级医疗机构	30	在职 55%/退休 65%	
		三级医疗机构	50	在职 50%/退休 60%	
		备注：			
	门诊慢性病待遇	申报方式	通过“河南医保”APP/小程序或定点医疗机构提交材料，经由全市门诊慢性病相关医师组成的专家库，系统随机推送专家开展慢性病鉴定并审核通过后，享受待遇，实行随时申请、随时受理、随时鉴定。		
		序号	病种名称（元）	报销比例（%）	支付限额（元）
		1	冠心病	在职 70%/退休 75%	420/季
		2	脑血管病后遗症	在职 70%/退休 75%	300/季
		3	慢性阻塞性肺疾病	在职 70%/退休 75%	240/季
		4	肝硬化	在职 70%/退休 75%	450/季
		5	糖尿病	在职 70%/退休 75%	450/季
		6	类风湿性关节炎	在职 70%/退休 75%	300/季
		7	系统性红斑狼疮	在职 70%/退休 75%	420/季
8		（精神病）精神分裂症	在职 70%/退休 75%	450/季	
	（精神病）双相障碍	在职 70%/退休 75%	450/季		

			(精神病)偏执性情感障碍	在职 70%/退休 75%	450/季
			(精神病)分裂性情感障碍	在职 70%/退休 75%	450/季
			(精神病)癫痫性精神病	在职 70%/退休 75%	450/季
			(精神病)精神发育迟滞所致精神障碍	在职 70%/退休 75%	450/季
		9	(异体器官移植)肾移植抗排斥治疗	80%	第一年 16800; 第二年 12000; 第三年 9600/季
			(异体器官移植)骨髓移植抗排斥治疗	80%	第一年 16800; 第二年 12000; 第三年 9600/季
			(异体器官移植)心移植抗排斥治疗	80%	第一年 16800; 第二年 12000; 第三年 9600/季
			(异体器官移植)肝移植抗排斥治疗	80%	第一年 16800; 第二年 12000; 第三年 9600/季
			(异体器官移植)肺移植抗排斥治疗	80%	第一年 16800; 第二年 12000; 第三年 9600/季
			(异体器官移植)肝肾移植抗排斥治疗	80%	第一年 16800; 第二年 12000; 第三年 9600/季
		10	恶性肿瘤(门诊放化疗)	在职: 按照住院报销比例(三级 78%、二级 83%、一级 88%) /退休: 按照住院报销比例(三级 83%、二级 88%、一级 93%)	60000/年
			恶性肿瘤(门诊非放化疗)	在职 75%/退休 80%	900/季
		11	慢性心力衰竭	在职 70%/退休 75%	300/季
		12	结核病	在职 70%/退休 75%	300/季

		13	丙型肝炎	在职 70%/退休 75%	3000/10500/季	
		14	肾功能不全（非透析）	在职 70%/退休 75%	1080/季	
		备注：				
	门诊重特大疾病待遇	申报方式	凡病情符合使用门诊特定药品的参保人员，携带本人确诊病历复印件(加盖病历复印章)及其他相关申报资料，到指定的定点医疗机构(县级原则上指定一家二级医疗机构、市级三级定点医疗机构)领取《南阳市门诊特定药品、重特大疾病相关药品使用申请表》，由具有副主任医师以上职称的相关专业医师签署意见后，到定点医疗机构办理申报手续。			
		序号	病种名称	报销比例（%）	支付限额（元）	
		1	I 型糖尿病	在职：三级医院 80%，二级医院 85%/退休：三级医院 85%，二级医院 90%	400/月	
		2	再生障碍性贫血	在职：三级医院 80%，二级医院 85%/退休：三级医院 85%，二级医院 90%	1250/月	
		3	慢性肾功能不全（腹膜透析、血液透析）	在职 85%/退休 90%	6000/7000/月	
		4	甲状腺功能亢进症	在职 85%/退休 90%	200/月	
		备注：				
职工基本医疗保险	门诊特药待遇	申报方式	凡病情符合使用门诊特定药品的参保人员，携带本人确诊病历复印件(加盖病历复印章)及其他相关申报资料，到指定的定点医疗机构(县级原则上指定一家二级医疗机构、市级三级定点医疗机构)领取《南阳市门诊特定药品、重特大疾病相关药品使用申请表》，由具有副主任医师以上职称的相关专业医师签署意见后，到定点医疗机构办理申报手续。			
		报销政策	使用门诊特定药品、重特大疾病相关药品限额标准内符合规定的门诊医疗费纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，不设起付标准。城镇职工医保统筹基金支付比例为在职职工 85%、退休人员 90%。属于基本医疗保险乙类药品和乙类诊疗项目的医疗费用，参保人员需按我市规定的首自付比例负担一定费用后，再由统筹基金支付。符合城镇职工大额补充保险和公务员医疗补助支付规定的费用，由城镇职工大额补充保险和公务员医疗补助按规定支付。			
		备注：根据门诊特定药品、重特大疾病相关药品的使用确定治疗周期，1 个治疗周期最长为 1 年。治疗期满需继续治疗，由责任医师填写《南阳市门诊特定药品、重特大疾病机关药品使用继续治疗申请表》，到参保地医保经办机				

		构办理延期手续。病情变化不再适合继续治疗的，责任医师应明确告知参保人员或其家属，及时退出门诊治疗，并报当地医保中心备案。			
	住院待遇	医疗机构级别	起付标准（元）	报销比例（%）	支付限额（元）
		基层医疗机构	600	在职 88%/退休 93%	60000
		二级医疗机构	600	在职 83%/退休 88%	
		三级医疗机构	600	在职 78%/退休 83%	
职工大额医疗费用补充保险	保障范围	医疗机构级别	起付标准（元）	报销比例（%）	支付限额（元）
	基本医保最高支付限额以上费用	基层医疗机构	60000	90	540000
		二级医疗机构	60000	90	
		三级医疗机构	60000	90	
生育保险	生育医疗费用待遇	项目	基本政策	待遇标准（元）	
		产检检查费用	产前检查(围产保健) 支付限额：300 元/例	支付限额：300 元/例	
		住院分娩费用	分顺产、难产、剖宫产等	1. 自然分娩支付限额：一级医院 800 元/例, 二级医院 1000 元/例, 三级医院 1200 元/例； 2. 助娩产支付限额：一级医院 1000 元/例, 二级医院 1200 元/例, 三级医院 1400 元/例； 3. 剖宫产支付限额：一级医院 2000 元/例, 二级医院 2500 元/例, 三级医院 2800 元/例。 4. 剖宫产伴子宫肌瘤切除术、子宫切除术、阑尾切除术支付限额：一级医院 2400 元/例，二级医院 3000 元/例，三级医院 3300 元/例； 5. 剖宫产伴卵巢囊肿切除术、输卵管结扎术等手术支付限额：一级医院 2100 元/例，二级医院 2600 元/例，三级医院 3000 元/例； 多胞胎每多生育一个婴儿在支付限额基础上增加 100 元。以上几种分娩方式的支付限额均含分娩当次住院时发生的生育并发症和产后访视费用。	
	计划生育费用待遇		放置、取出宫腔节育器	60 元/例	
			输精（卵）管结扎术	300 元/例	

		输精（卵）管复通术	1200 元/例
		妊娠不满 16 周人工流产	160 元/例
		妊娠满 16 周不满 28 周住院人工流产、引产	500 元/例
		妊娠满 28 周（含 28 周）以上引产	600 元/例
生育津贴待遇	1. 妊娠满 28 周以上生产或引产的，享受 98 天的生育津贴；符合《河南省人口和计划生育条例》规定生育子女的，增加 90 天的生育津贴；难产（含剖宫产）的，增加 15 天的生育津贴；多胞胎生育的，每多生育 1 个婴儿，增加 15 天的生育津贴。2. 妊娠未满 16 周流产的，享受 15 天的生育津贴；妊娠 16 周流产的，享受 42 天的生育津贴。		
	备注：		

城乡居民参保缴费政策

一、河南省 2026 年度城乡居民医保缴费标准？起止日期？

城乡居民医保筹资标准调整为每人 1100 元，其中个人缴费 400 元，财政补助每人 700 元。

二、享受待遇时间

城乡居民医保以自然年度为保险年度。2026 年度南阳市城乡居民医疗保险集中参保缴费期限为 2025 年 9 月 29 日至 2025 年 12 月 31 日，待遇享受期为 2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日。

自 2025 年起，除新生儿等特殊群体外，未在集中征缴期参保和中断缴费人员再参保都会有等待期，至少 3 个月。等待期就是交了钱要等 3 个月才能报销，3 个月期间发生的费用不能报销。而且，每多断一年，会增加一个月的等待期。

三、缴费方式

（一）线上缴费

1. “河南税务”微信公众号。
2. “河南税务”APP、“豫事办”APP 等。
3. 微信 APP “河南税务”小程序。
4. 支付宝 APP “河南税务”小程序、“社保缴费”栏目。

（二）线下缴费

可持有效身份证件，就近到有代收资质的商业银行网点（中国银行、农业银行、工商银行、建设银行、交通银行、农商银行、

邮储银行、郑州银行、光大银行、中原银行、招商银行、中信银行）或当地办税服务厅办理缴费。

四、职工医保个人账户代缴范围

河南省职工医保个人账户可为本省范围内参保的近亲属（包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女等）缴纳居民医保费，在“支付宝”、“微信”搜索“河南税务”小程序，进入“职工个人账户代缴居民医保费”模块，按流程操作后即可完成代缴。

五、在集中缴费期不缴费，如果生病了可以中途再缴费报销医疗费用吗？

从 2025 年起，未在集中征缴期参保和中断缴费人员再参保都会有等待期，至少 3 个月。等待期就是交了钱要等 3 个月才能报销，3 个月期间发生的费用不能报销。而且，每多断一年，会增加一个月的等待期。

医保支付方式改革政策

一、什么是医保支付方式改革？

医保支付方式改革是指通过推行以按病组（DRG）和病种分值（DIP）付费为主的多元复合式支付方式，逐步替代按项目付费，进一步提高医保基金使用效率，保障参保群众权益，促进医疗服务质量提升的一种改革措施。

二、医保支付方式改革对参保人员有什么影响？

医保支付方式是医保经办机构向医疗机构支付费用的具体方式，参保人员的报销比例、起付线、封顶线等均不会发生变化，对参保人员的就医流程及报销政策没有影响。DRG/DIP 付费对定点医疗机构实行“结余留用，合理超支分担”，医疗机构可以通过合理施治、控制成本、提升服务效率获得医保资金结余，同时也能降低患者就医费用，减轻群众就医负担。

三、实行 DRG/DIP 后，医保对病人住院天数有没有限制？

国家和省级医保部门从未出台“单次住院不超过 15 天”之类的限制性规定。对少数医疗机构将医保支付标准的“均值”变“限额”，以“医保额度到了”等理由强行要求患者出院、转院或自费住院的情况，参保患者可以及时向当地医保部门反映，医保部门将严格按照医保定点协议对医疗机构进行处理。（各地公布投诉、举报电话）

医保药品知识

为了将更多好药纳入医保，国家医保局自成立以来，不断推进国家医保药品目录调整工作。新版国家医保药品目录，自 2026 年 1 月 1 日起正式执行，目录内药品总数达到 3253 种。

一、什么是医保药品？

医保药品是指纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的药品，参保人在定点医药机构使用时，可按规定报销。医保药品主要分为两大类，分别是甲类药品和乙类药品。甲类药品是临床治疗必需、使用广泛、疗效好、同类药品中价格较低的药品；乙类药品是可供临床治疗选择使用、疗效好、同类药品中比甲类药品价格高的药品。

二、医保药品报销比例跟哪些因素有关？

参保人使用“甲类”药品时，可以全额纳入报销范围。乙类药品有首自付比例，并且同一种药在不同的省市首自付比例会存在一定的差异。具体医保药品的报销比例与参保群众参保性质（职工医保、居民医保），药品分类（甲类、乙类），就诊医院的医院等级（三级、二级、一级及以下），就诊形式（住院、门诊）等有关，除此之外，还与患者是否涉及门诊慢性病、门诊特定药品、双通道等待遇有关。

三、什么是国谈药品？双通道管理药品？

国家医保谈判药品（国谈药品）是由国家集中组织谈判确定

的药品，药价大幅度降低，且纳入医保报销范围。“双通道”管理药品（以下简称“双通道”药品）主要是指临床价值高、患者急需、替代性不高的谈判药品。参保患者通过定点医疗机构开具的外配处方，在“双通道”零售药店购买“双通道”药品，医保基金按规定予以支付。

四、怎么查询药品是否在医保目录？

1、微信搜“国家医保局、河南医保”公众号 → 基本医保目录查询 → 输入需查询药品名称查询。

2、国家医保服务平台网站/APP 检索药品名。

药品和医用耗材集中带量采购

一、什么是药品医用耗材集中带量采购？跟以往的采购方式有什么不同？

药品和医用耗材集中带量采购可以理解为一次“团购”。以国家组织药品集中采购举例来说，就是国家把全国医疗机构零散的药品采购量“打包”，以“团购”的方式向药品企业明确购买的数量，企业根据约定的数量进行竞价，产生中选结果。与以往的采购方式相比，集中带量采购最大的特点就是要求招采合一、量价挂钩。集中带量采购可以给企业一个明确的销售承诺和预期，方便企业安排生产，控制成本，通过市场竞争产生一个合理的价格，达到降低医药价格，减轻患者用药负担，确保医保基金安全可持续的目的。

二、集中带量采购的药品和医用耗材有哪些？价格降了多少？

截至 2026 年 4 月，我省已落地执行集采药品 1309 种，医用耗材 241 种，集采药品涉及品种多为高血压、调血脂、糖尿病、精神病、病毒性肝炎、恶性肿瘤等慢性病和重大疾病用药；医药耗材聚焦群众反映强烈的医用耗材，如冠脉支架、骨科创伤、骨科关节、药物涂层球囊和人工耳蜗等价值高的高值医用耗材，也有如留置针、采血管等常用的医用耗材。中选产品的价格大幅下降，中选药品平均降幅超过 50%，中选耗材平均降幅 70%左右。

三、价格降幅这么大，集中采购的中选产品质量有保障吗？

集中采购坚持以市场为主导的价格形成机制，企业自愿参加、自主报价，通过公平竞争产生中选价格。集中采购挤出的是以往在流通领域长期存在的不合理水分，而非生产成本，相同的企业生产的相同的产品，仅仅是通过集采让价格回到了合理区间，不影响药品和医用耗材的质量水平。同时，药监等相关部门在药品、医用耗材的原辅料、生产工艺、质量检测和疗效等方面制定严格标准，并以契约方式夯实中选企业责任，明确违约惩戒和处置机制，同时强化对中选药品和医用耗材的监督检查和产品抽检，确保中选品种降价不降质。

四、在哪里可以买到这些中选药品，可以使用到这些中选耗材？

药品集中带量采购参与范围是全省所有公立医院、驻豫军队医院，同时，为了增加群众购药的便捷性和可及性，医保定点民营医院和零售药店也可自愿参加。在以上参与集中采购的医院均可购买到中选药品。但由于民营医院和零售药店没有药品零差价的要求，部分民营医院和零售药店中选药品价格可能略有提高。医用耗材相对药品，更多的需要医护人员去使用，集中采购的各类医用耗材在我省参与集采的医院均可以使用到。

医保基金监管

一、《医疗保障基金使用监督管理条例》适用范围是什么？

适用于中华人民共和国境内基本医疗保险（含生育保险）基金、医疗救助基金等医疗保障基金使用及其监督管理。此外，职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助等医疗保障资金使用的监督管理，参照本条例执行。居民大病保险资金的使用按照国家有关规定执行，医疗保障行政部门应当加强监督。

二、参保人哪些行为属于违法违规使用医保基金？

个人有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医疗保障基金损失的，责令退回；属于参保人员的，暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月：

1. 将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用；
2. 重复享受医疗保障待遇骗取医保基金；
3. 利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品并接受返现、实物或者获得非法利益；

三、定点医药机构违反《条例》规定，将受到哪些惩罚？

（一）国务院医疗保障行政部门应当建立定点医药机构、人员等信用管理制度，根据信用评价等级分级分类监督管理，将日常监督检查结果、行政处罚结果等情况纳入全国信用信息共享平台和其他相关信息公示系统，按照国家有关规定实施惩戒。

（二）定点医药机构违反服务协议的，医疗保障经办机构可

以督促其履行服务协议，按照服务协议约定暂停或者不予拨付费用、追回违规费用、中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务，直至解除服务协议。

（三）定点医药机构有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；造成医疗保障基金损失的，责令退回，处造成损失金额 1 倍以上 2 倍以下的罚款；拒不改正或者造成严重后果的，责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月以上 1 年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理：

1. 分解住院、挂床住院；
2. 违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务；
3. 重复收费、超标准收费、分解项目收费；
4. 串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；
5. 为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；
6. 将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算；
7. 造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

异地就医

一、具体适用于哪些人群？

跨省/市异地长期居住人员，包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保省/市以外工作、居住、生活的人员。跨省/市临时外出就医人员，包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他跨省/市临时外出就医人员。

二、如何办理异地就医备案呢？

参保人员异地就医前，线上可通过河南医保小程序、国家医保服务平台 App、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序办理异地就医备案手续，线下可到医保归属地便民服务大厅办理异地就医备案手续。

三、异地就医直接结算政策

1.跨省/市异地长期居住人员。以材料制办理的，应按照备案类型提供对应材料，可随时变更或取消备案；以承诺制办理但未补充材料的，6个月内不得变更或取消备案，且取消备案后24个月内不得再次以承诺制办理异地长期居住备案。因参保人员提供虚假备案材料造成基金损失的，按照《医疗保障基金使用监督管理条例》等相关规定执行。

异地长期居住人员办理备案后，异地就医时原则上享受正常待遇。备案有效期内确需回参保地就医的，材料制办理的原则上

支付比例与本地同级别医疗机构保持一致；承诺制办理但未补充备案类型所需材料的，原则上支付比例在本地同级别医疗机构基础上降低 20 个百分点；承诺制备案人员补充相应材料后，享受与材料制备案相同就医待遇。

2.跨省/市临时外出就医人员。报销比例低于参保地相同级别医疗机构报销水平，原则上，异地转诊人员和异地急诊抢救人员支付比例降低 10 个百分点左右，非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员支付比例降低 20 个百分点左右。备案有效期内回参保地就医的享受正常待遇。

3.异地就医备案有效期。跨省/市异地长期居住人员办理登记备案后，备案长期有效；跨省/市临时外出就医人员办理登记备案后，备案有效期一般不少于 6 个月（急诊除外）。

4.无第三方责任外伤参保人员享受异地就医直接结算服务。对于符合就医地基本医疗保险支付范围，参保人员主诉无第三方责任的医疗费用，定点医疗机构可结合接诊及参保人员病情等实际情况，由参保人员填写《外伤无第三方责任承诺书》为参保人员办理异地就医直接结算。

四、如何结算？

跨省/市异地就医备案后可直接结算。对于来不及办理备案的参保人，若参保人出院自费结算后按规定补办备案手续的，也可以按参保地规定办理医保手工报销。