

城职医保政策

住院待遇标准

人员类别	起付标准			统筹基金 最高限额	报销比例	
	一级医院	二级医院	三级医院		5.5万元 以下	5.5-35万 元
在职	800元 二次及以上 270元	1100元 二次及以上 350元	1700元 二次及以上 500元	35万元	85%	80%
退休					90%	80%
*老工人					95%	
*退休劳模						

注：1、狂躁型精神病住院患者，每年只收取一次基本医疗保险住院门槛费，并减收门槛费的50%。其二、三级医院住院报销比例为职工90%，退休人员95%。

2、自2017年1月1日起，职工医保参保人员往连续参保缴费或享受完整年度职工医保待遇期间，当年发生政策范围内门诊医疗费用，在职职工未超过1500元，退休人未超过2500元的，次年住院就医时，第一次住院门槛费降至500元，第二次及以上住院门槛费取消，当年发生政策范围内门诊医疗费用，以截至当年12月31日，年度医保基金支付个人台账记录数据为准。

门诊特殊病待遇标准

人员类别	起付标准	统筹基金 最高限额	报销比例	
			5.5万以下	5.5-35万
在职	1300元/年（同时发生住院或两种以上特殊病，按就高原则合并起付线）	35万元	85%	80%
退休			90%	80%
*老工人			95%	
*退休劳模				

1、需要说明的是:门特病门诊报销额度与住院报销额度为同一个报销额度,两项加起来最高报销额度为不超过 35 万元;

2、其中糖尿病门特门诊报销额度为 1 万元,超过部分需要个人全额垫付,年底经医保部门审核批准后再按规定比例报销。

门(急)诊大额医疗补助待遇标准

人员类别		起付标准	最高限额	支付比例			
				一级医院	二级医院	三级医院	药店
在职		800 元	7500 元	75%	65%	55%	75%
退休	不满 60 岁	800 元	7500 元	75%	65%	55%	75%
	60(含)-70 岁	700 元					
	70 岁(含)以上	650 元					
*老工人		600 元	1 万元	95%			
*退休劳模		同退休	7500 元				

注: 1、*老工人指建国前参加革命工作老工人(含“两航”起义); *退休劳模是指市级以上参保退休劳动模范。

2、自 2017 年 1 月 1 日起,连续参保缴费或享受医保待遇满 1 年(自然年度),且当年发生政策范围内门诊医疗费用未超过门槛费,即未报销门诊医疗费用的,次年门诊门槛费在本市医保政策规定标准基础上降低 100 元;连续 2 年未报销门诊医疗费用的,次年门诊门槛费在标准基础上降低 200 元;连续 3 年及以上未报销门诊医疗费用的,次年门诊门槛费在标准基础上降低 300 元。

3、其中起付标准至 5500 元,报销比例按上表相应标准执行,5500 至 7500 部分,报销比例一律按 55%执行。

4、签约家庭责任医生协议后报销额度再增加 200 元,总额度 7700 元;

5、不论在职职工出现工伤事故或者发生意外伤害事故,不论因何种原因,均不能享受正常医保报销程序,均需事先个人全额垫付,并挂工伤或

意外伤害号，待治愈后凭医院各种手续和药费收据报医保部门审批后方可报销医疗费用。

大额医疗费救助待遇标准

人员类别	起付标准	最高限额	报销比例		
			一级医院	二级医院	三级医院
在职	统筹基金	35 万元	80%		
退休	最高支付		80%		
*老工人	限额 15 万		95%		
*退休劳模	元		95%		

注：自 2017 年 1 月 1 日起，职工医保参保人员在连续参保缴费或享受完整年度医保待遇期间，当年未发生门诊医疗费用，或发生政策范围内门诊医疗费用未达到统筹基金门诊最高支付标准（封顶线）的，其当年发生政策范围内门诊医疗费用与统筹基金门诊最高支付标准差额部分，结账到次年及以后年度本人住院医疗费报销最高支付标准（35 万元），并逐年累加计算。

城乡医保政策

参保范围

（一）学生儿童。包括在本市各级各类学校、托幼机构就读的全日制非在职学生、儿童；具有本市户籍或持有《天津市居住证》、公安部门出具的《流动人口居住登记凭证》、《天津市居住证受理回执》等有效证明的未入学入托的儿童（含新生婴儿）；本市户籍在外地就读的学生、儿童。

（二）城乡未就业居民。包括具有本市户籍的城镇未就业居民、农村居民和持有《天津市居住证》、《中华人民共和国外国人永久居留证》、《港澳居民来往内地通行证》、《台湾居民来往大陆通行证》等公安部门出具的有效证明的未就业人员。

（三）参加本市职工基本医疗保险，且在终止、解除劳动关系或领取失业金期满三个月内（含）的人员。

二、筹资标准

(一) 居民基本医疗保险按人员类别分为四个参保缴费档次。

人员类别	参保档次	筹资标准	其中：	
			个人缴费	政府补助
成年居民	高档	1600 元	850 元	830 元
	中档	1270 元	500 元	
	低档	1010 元	220 元	
学生儿童	学生儿童档	990 元	200 元	

新生儿自出生之日起 90 日内办理当年度参保缴费手续的，从出生之日起享受当年基本医疗保险待遇；自出生之日起 90 日后办理当年参保缴费手续的，从缴费次日起享受当年度居民医保待遇。在参保缴费期内出生，并在 90 日内办理次年度参保缴费手续的，自出生之日起至 12 月 31 日享受当年度居民医保待遇，次年 1 月 1 日至 12 月 31 日享受下一年度居民医保待遇；在 90 日后办理次年度参保缴费手续的，自缴费次日起至 12 月 31 日享受当年度居民医保待遇，次年 1 月 1 日至 12 月 31 日享受下一年度居民医保待遇。

终止、解除劳动关系或领取失业金期满三个月内（含）接续参加居民医保的人员，待遇享受起自参保缴费次日起享受当年度居民医保待遇。

(二) 居民生育保险和居民大病保险

同居民基本医疗保险。

(三) 意外伤害附加保险

以学校为单位残暴的学生儿童，意外伤害附加保险待遇享受期为参保当年 9 月份至次年 8 月份，其他参保人员待遇享受期为参保次年 1 月份至 12 月份。

参保学生儿童在毕业、退学等原因离校后，享受当年度居民医保待遇期间发生意外伤害的，可继续享受意外伤害附加保险待遇，并向原参保学校所属商业保险公司申请给付，所需资金由商业保险公司承担。

三、待遇标准

(一) 住院

项目	学生儿童	成年居民
----	------	------

			高档	中档	低档
报销比例	一级	80%	80%	75%	70%
	二级	75%	75%	70%	65%
	三级	70%	70%	65%	60%
起付标准		500 元			
最高支付限额		18 万元			

(二) 门诊特定疾病

项目		学生儿童	成年居民		
			高档	中档	低档
报 销 比 例	一级	65%	65%	60%	55%
	二级	60%	60%	55%	50%
	三级	55%	55%	50%	45%
起付标准		500 元（一个年度内分别发生住院和门诊特定病治疗，或者发生两种以上门诊特定疾病，合并执行一个起付标准）			
最高支付限额		18 万元（与住院合并计算）			

(三) 门（急）诊

项目	学生儿童	成年居民		
		高档	中档	低档
报销比例	50%			
起付线	500			
最高支付 限额	3500			
其它	限一级社区医疗机构（含定点零售药店）、本市已经进行取			

	消药品加成和理顺医疗服务价格的公立二级医院和民营二级医院或异地二级公里医院。
--	--

1、参保人员当年发生的政策范围内门诊医疗费用未超过起付标准的，次年门诊起付标准在规定标准基础上降低 100 元；连续 2 年、3 年未超过起付标准的，次年起付标准分别降低 200 元、300 元。在享受降低门诊起付线年度内，参保人员报销门诊医疗费用的，从次年恢复降低起付线前的门诊起付标准。