

# 城乡居民医保： 让城乡居民看病更有“底气”

眼下,我市2026年度城乡居民基本医疗保险征缴工作正在进行。不少居民想了解住院报销比例、门诊看病如何报销,以及在实际使用时的一些快捷方式等。为此,记者走访了市医保部门有关人员,请他们答疑解惑。

据了解,2026年度个人缴费标准继续保持每人每年400元不变,财政补助标准再提高30元达到700元,缴费截止到2025年12月31日。

□策划 杨维捷 记者 李蕊

## 住院看病最高报销55万元

“每年我都给妈妈缴纳城乡医保,但是从来没用过。上周,我妈不舒服住院了,走了医保,但是具体咋报销,报多少,我还弄不清楚。”牧野区牧野乡的王先生说。

市医保部门工作人员介绍,参保居民住院费用未超过起付线(门槛费)的,由个人自付。超过起付线的,按照医疗机构级别,分段按比例报销,城乡居民基本医疗保险一年最多可报销15万元。

经城乡居民基本医疗保险报销后,个人支付的费用超过1.1万元以上部分的,还可以纳入大病保险范畴接着报,具体报销比例为:1.1万元~10万元(含10万元)部分,报销比例为60%,10万元以上部分报销比例为70%。一年最高可报销40万元。也就是说,基本医疗和大病保险累计一年最高可报销55万元。

需要注意的是,14周岁及以下参保人员住院报销起付线减半。其他参保居民年度内在县级以上医院第二次及以后住院,报销起付线减半。30天内因同种疾病二次住院,只缴纳一次报销起付线费用。如果第二次住院,且医院级别高于第一次住院级别的,只缴纳报销起付线差额部分。我市参保居民在县级及以上中医医院住院的,报销起付线在同级医疗机构规定标准基础上降低100元。参保居民使用中医药服务项目(纳入基本医疗保险报销范围内的中药饮片、中成药、中药制剂和中医诊疗项目)的住院医疗费用,报销比例提高5%。对特困人员、低保对象和易返贫致贫人口实行大病保险优惠政策,起付标准由1.1万元降至0.55万元,报销比例提高5个百分点,且大病保险年度内报销不设封顶线。

## 门诊慢性病报销比例及申报方式

门诊慢特病是指临床诊断明确、治疗方案确定、疗效确定,费用可控,需长期或明确治疗周期在门诊治疗的慢性病、重症疾病和特殊疾病。

门诊慢性病病种为35种,报销比例为80%,实行定点治疗、月限额封顶管理。根据政策规定,发生门诊慢性病费用时,如有乙类药品需先扣除个人自付部分,剩余部分按比例报销。门诊慢性病采取网上申请认定办法,参保居民可通过“河南医保”微信小程序、“河南医保”支付宝小程序、“河南医保公共服务平台”等政务服务渠道直接线上申报,也可在我市门诊慢性病定点医疗机构协助申报。通过认定后,可按规定享受相关病种待遇保障。



医保工作人员给市民宣传城乡医保政策

## 重特大疾病报销比例及申报方式

罹患重特大疾病如何报销?市医保部门工作人员介绍,参加城乡居民医保的参保人员,在重特大疾病就诊时,其医疗费用不设起付标准,根据比例报销。

重特大疾病门诊病种7种,按比例报销,终末期肾病(血液透析、腹膜透析)比例为85%,其余门诊病种为80%。门诊特定药品共302种(全省统一),报销比例为80%。

门诊特定药品、门诊重特大疾病采取线下申报模式,参保居民携带本人病历资料和有效身份证件到定点医疗机构,由医保责任医师根据病情出具用药治疗方案并填写《新乡市医疗保障门诊特定药品申请表》,经责任医师评估签字后报医疗机构医保办盖章。异地就医人员申请特药待遇时,应按照上述流程,选择一家参保地定点医疗机构办理申报备案手续,并确定一家居住地定点医疗机构享受待遇。资料提交后,由医疗机构工作人员将备案资料上传至医保经办机构,医保经办机构即时审核备案录机,患者当天就能享受待遇。

重特大疾病住院病种33种,根据定点医疗机构等级按比例报销,县级定点医疗机构报销80%,市级定点医疗机构报销70%,省级定点医疗机构报销65%。住院重特大疾病采取线下申报模式,填表申请,登记备案,定点就医。

## 新生儿如何参保

“我马上要生了,不知道生育能报多少?”市民杨女士说,听说孩子出生后就能参加城乡医保,不知道如何办理新生儿的参保手续。

市医保部门工作人员说,参加城

乡居民医保的孕产妇住院分娩,住院医疗费实行定额支付。定额标准为:自然分娩1000元,剖宫产2000元。实际住院费用低于定额标准的据实结算,超过定额标准的按定额标准支付。

新生儿出生后90天内,由监护人按相关规定办理参保登记。参保后,新生儿自出生之日起所发生的医疗费用,均可纳入医保报销范围。

## “一码付”35家二级及以上医疗机构全面上线

医保码“一码付”是依托全国统一的医保信息平台,将原本分散的医保结算与自费支付渠道全面整合,参保群众只需一次扫码或刷脸,即可同步完成医保报销与自费部分的“一站式”结算,真正实现“一码支付秒结算”。有效破解了传统就医缴费中“多码切换、反复排队”的痛点,大幅提升结算效率,减少患者等候时间,优化就医体验。目前,全市已有35家二级及以上医疗机构全面上线该功能,覆盖所有县(市、区),初步形成“一码付”服务网络,让区域内参保群众畅享“一码通行”的便捷。

## 异地就医实现联网直接结算

67岁的王阿姨这两年一直在外地的女儿家带外孙,上周她因病住院了。王阿姨的女儿想知道,异地就医的手续怎么办?

市医保部门工作人员介绍,异地长期居住人员参保缴费后,参保人员异地就医前,可通过国家医保服务平台APP、“国家异地就医备案”小程序、“河南医保”小程序等或参保地经办机构窗口等线上线下途径办理异地就医备案手续。备案后在居住地异地就医联网定点医疗机构住院发生的医疗费用可实现联网直接结算。

异地长期居住人员在备案地就医

结算时,基本医疗保险基金的起付标准、支付比例、最高支付限额执行参保地规定的本地就医待遇标准。备案有效期内确需回参保地就医的,可以在参保地享受医保直接结算服务,材料制办理长期异地就医的原则上支付标准与本地同级别医疗机构保持一致;承诺制办理长期异地就医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。办理后原则上6个月内不允许取消或变更。异地长期居住人员符合转外就医规定的,执行参保地转诊转院待遇政策。异地长期居住人员办理登记备案后,备案长期有效,原则上6个月内不得申请取消或变更。

异地转诊转院人员,按规定在本市具有转诊转院资格的定点医疗机构开具转诊转院手续后,到参保地医保经办机构备案、办理电子转诊,可实现在异地就医联网定点医疗机构联网直接结算,其住院费用按规定降低10个百分点报销。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个百分点报销。

## 15项高频业务下沉

前两天,市民王女士来到红旗区政务服务大厅的医保窗口办理了医保关系转移,她说:“以前办医保手续得跑到市民中心大厅的医保窗口,骑个电车也得半个小时,现在步行10分钟到红旗区的医保窗口,十几分钟就办完了,真是太方便了!”

原来作为“政务下沉 全城通办”改革的重要一环,市医保部门积极响应企业和群众需求迅速行动。2024年7月,在市政府召开相关工作会议后,该局结合《河南省医疗保障经办政务服务事项清单(2024版)》,遵循应下尽下原则,梳理出门诊费用报销、住院费用报销、个人账户一次性支取等15项高频医保业务全部下沉至各区窗口,截至2025年10月底已累计办理业务800余件。市医保局表示,业务下沉只是提升医保服务的新起点,未来将持续深化改革,优化经办流程、强化监督管理,让更多企业、群众享受到优质、高效、便捷的医保服务。

生病是在所难免的,疾病的发生,不论年龄大小、体质强弱,一旦罹患疾病特别是重大疾病,就会产生大额医疗费用。通过参加医疗保险进行费用报销,可以增强家庭抗风险能力、减轻因疾病造成的经济负担。一份医保、一生安好,知晓了城乡居民医保的相关政策是不是为您在就诊时增添了一份勇气。