

郑州市城乡居民医保报销政策宣传

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、市人民医院、市中医院等医疗机构。

二、参保居民普通门诊能报销吗？

能。在医保定点医疗机构看普通门诊，医保目录范围内费用可以报销 65%左右，一年最多可以报销 300 元。

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，也可在医保服务窗口提交相关资料申请。
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。

郑州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）	
		乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站、所）、村卫生室		无	65%	300	
		省、市、县级其他等级定点医疗机构		40	55%		
		省级三级甲等医院		40	45%		
		备注：一天（自然日）内在同一门诊统筹定点医疗机构多次就诊的，只负担一次起付标准；年度支付限额仅限当年使用，下年度不结转、不累计。					
	门诊慢特病待遇	慢性病病种	申报方式：由定点医疗机构或医保经办机构通过郑州市互联网医疗保障服务平台提交参保人信息及申报“门诊慢特病”病种相关资料,可按规定随时在网上申报				
			序号	病种名称		报销比例（%）	支付限额（元）
			1	恶性肿瘤		70%	600 元/月
			2	异体器官移植		70%	术后 0 到 1 年 3600 元/月； 术后 1 到 3 年 2500 元/月； 术后 3 年以上 2000 元/月
			3	造血干细胞移植		70%	术后 0 到 1 年 3600 元/月； 术后 1 到 3 年 2500 元/月； 术后 3 年以上 1000 元/月
			4	伴严重并发症糖尿病		70%	200/月
			5	肝硬化失代偿期		70%	200/月
			6	系统性红斑狼疮		70%	200/月
			7	强直性脊柱炎		70%	250/月
			8	帕金森氏病		70%	150/月
			9	急性脑血管病后遗症		70%	120/月
			10	冠状动脉粥样硬化性心脏病（非隐匿型）		70%	180/月
			11	高血压（伴靶器官损害）		70%	120/月
			12	类风湿关节炎		70%	180/月
			13	慢性支气管炎肺气肿		70%	120/月
			14	慢性肺源性心脏病		70%	120/月
			15	结核病		70%	100/月

			16	肺间质纤维化	70%	250/月
			17	慢性心力衰竭	70%	210/月
			18	慢性丙型肝炎	70%	1600/月
			19	骨髓增生异常综合征	70%	600/月
			20	视网膜静脉阻塞	70%	100/月
			21	高脂血症	70%	100/月
			22	前列腺增生（中、重度）	70%	150/月
			23	血管性痴呆	70%	250/月
			24	肾病综合征	70%	600/月
			25	抑郁症（中、重度）	70%	180/月
			26	炎症性肠病（慢性溃疡性结肠炎、克罗恩病）	70%	180/月
			27	精神分裂症	70%	150000/年
			28	分裂情感性障碍	70%	150000/年
			29	持久的妄想性障碍（偏执性精神病）	70%	150000/年
			30	双相（情感）障碍	70%	150000/年
			31	癫痫所致精神障碍	70%	50000/年
			32	精神发育迟滞伴精神障碍	70%	150000/年
			33	终末期肾病（血液透析、腹膜透析）	85%	7000 元/月， 6000 元/月
			备注：慢性丙型肝炎限在郑州市第一、第二、第三、第六人民医院、郑州市中心医院、郑州人民医院、郑州市中医院、中国人民解放军联勤保障部队第九八八医院、中国人民武装警察部队河南省总队医院申报。			
	门诊重特大疾病待遇	重特大疾病病种	申报方式：由定点医疗机构或医保经办机构通过郑州市互联网医疗保障服务平台提交参保人信息及申报“门诊慢特病”病种相关资料,可按规定随时在网上申报			
			序号	病种名称	报销比例（%）	合规医疗费支付限额（元）
			1	I 型糖尿病	80%	400 元/月
			2	甲状腺机能亢进	80%	200 元/月
			3	再生障碍性贫血	80%	1250 元/月
			4	苯丙酮尿症 （经典型苯丙酮尿症、四氢生物蝶呤缺乏症）	80%	经典型苯丙酮尿症 20000 元/年； 四氢生物蝶呤缺乏症不限额
			5	初治肺结核	80%	850 元/月，限

						6 个月
			6	复治肺结核	80%	880 元/月，限 8 个月
			7	结核性胸膜炎	80%	750 元/月，限 12 个月
			8	单耐药肺结核	80%	850 元/月，限 6-18 个月
			9	多耐药肺结核	80%	1200 元/月，限 6-24 个月
			10	耐多药肺结核	80%	1670 元/月，限 24 个月
			备注：乙类药品及诊疗项目首自付比例为 0			
			门诊特药待遇	申报方式：由定点医疗机构或医保经办机构通过郑州市互联网医疗保障服务平台提交参保人信息及申报“门诊慢特病”病种相关资料, 可按规定随时在网上申报		
报销政策：参保人员使用门诊特定药品相关费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，不设起付线，门诊特定药品需自付一定比例后城乡居民医保统筹基金支付比例为 80%。						
备注：参保人享受门诊规定病种、重特大疾病门诊病种、门诊特定药品待遇，累计不超过 2 个；参保人员因同一疾病或不同疾病需在门诊同时使用 2 种门诊特定药品的，应符合临床诊疗指南、临床路径和药品说明书等相关规定。住院治疗期间不能重复享受门诊特定药品、重特大疾病相关药品待遇。						

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	150	150-1000 元 80%； 1000 元以上 90%	与门诊慢特病共同使用一个年度限额为 15 万元。
		县级	三级、二级、一级定点医疗机构	600	600-3000 元 65%； 3000 元以上 75%	
		市级	二级、一级定点医疗机构	600	600-3000 元 65%； 3000 元以上 75%	
			三级定点医疗机构	1200	1200-5000 元 60%； 5000 元以上 70%	
		省级	一级定点医疗机构	600	600-3000 元 65%； 3000 元以上 75%	

			三级非三甲、二级定点医院医疗机构	1200	1200-5000 元 60%; 5000 元以上 70%	
			三级甲等医院	2000	2000-8000 元 55%; 8000 元以上 65%	
		省外	乡镇卫生院、社区卫生服务中心	150	150-1000 元 80%; 1000 元以上 90%	
			一级医疗机构	600	600-3000 元 65%; 3000 元以上 75%	
			三级非甲等、二级医疗机构	1200	1200-5000 元 60%; 5000 元以上 70%	
			三级甲等、三级特等医院	2000	2000-8000 元 55%; 8000 元以上 65%	
			备注：14 周岁以下(含 14 周岁)参保居民起付标准减半；其他参保居民年度内在市三级、省二级及以上定点医疗机构第二次及以后住院，起付标准减半。			
大病 保险	人员类别	合规自付 医疗费用 (万元)	报销比例 (%)	支付限额 (万元)		
	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。			

	人员类别	资助 参保 (元)	门诊救助		住院救助		支付 限额 (元)	倾斜救助 (元)
			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）(%)		10000
医疗 救助	特困 人员	400	0	100%	0	100%	50000	
	孤儿	400	无	无	无	无	无	
	低保 对象	380	0	50%	0	70%	50000	
	低保边缘 家庭成员	320	0	30%	3500	65%	20000	
	农村易返 贫致贫人 口	380	0	30%	3500	65%	20000	
	因病致贫 重病患者	0	0	30%	9000	65%	20000	
	脱贫享受 政策户	380	无	无	无	无	无	
	丧失劳动 能力的残 疾人	320	无	无	无	无	无	
	困境儿童	320	无	无	无	无	无	

备注：1. 对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自付医疗费用。倾斜救助按此标准执行；

2. 对未按规定转诊的救助对象，所发生的医疗费用原则上不纳入医疗救助范围；
3. 资助参保金额为参加 2026 年度城乡居民医保个人缴费财政补助部分；
4. 门诊救助病种包括以下 9 类：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）、耐多药肺结核（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疗、重性精神病人药物维持治疗。

职工医保报销政策宣传

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，每次不超过 40 元，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 1800 元，退休人员年度最高支付限额 2300 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。在职职工在省级三级甲等定点医疗机构门诊就医支付比例为 55%；在省、市、县级其他等级的定点医疗机构门诊就医支付比例为 60%；在乡镇卫生院、社区卫生服务中心门诊就医支付比例为 65%。退休人员的支付比例高于在职职工 10 个百分点。

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

职工医保的住院报销起付标准原则上不高于统筹地区年职工平均工资的 10%，不同级别医疗机构起付标准不同。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，每年再缴纳 130 元可参加职工大额医疗费用补充保险。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 40 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。

郑州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	定额（95 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）
		省级三级甲等医院	40	在职 55%；退休 65%	在职 1800/人/年； 退休 2300/人/年
		省、市、县级其他等级定点医疗机构	40	在职 60%；退休 70%	
		乡镇卫生院、社区卫生服务中心	无	在职 65%；退休 75%	
		备注：一天（自然日）内在同一门诊统筹定点医疗机构多次就诊的，只负担一次起付标准；年度支付限额仅限当年使用，下年度不结转、不累计。			
	门诊慢性 病待遇	申报方式	由定点医疗机构或医保经办机构通过郑州市互联网医疗保障服务平台提交参保人信息及申报“门诊慢特病”病种相关资料,可按规定随时在网上申报。		
		序号	病种名称（元）	报销比例（%）	支付限额（元）
		1	恶性肿瘤	85%	1000 元/月
		2	异体器官移植	85%	术后 0 到 1 年 5500 元/月； 术后 1 到 3 年 4000 元/月； 术后 3 年以上 3200 元/月
		3	造血干细胞移植	85%	术后 0 到 1 年 5500 元/月； 术后 1 到 3 年 4000 元/月； 术后 3 年以上 2500 元/月
		4	伴严重并发症糖尿病	85%	300 元/月
		5	肝硬化失代偿期	85%	300 元/月
		6	系统性红斑狼疮	85%	300 元/月
		7	强直性脊柱炎	85%	350 元/月
8		帕金森氏病	85%	250 元/月	
9		急性脑血管病后遗症	85%	200 元/月	

	10	冠状动脉粥样硬化性心脏病（非隐匿型）	85%	240 元/月
	11	高血压（伴靶器官损害）	85%	200 元/月
	12	类风湿关节炎	85%	300 元/月
	13	慢性支气管炎肺气肿	85%	150 元/月
	14	慢性肺源性心脏病	85%	200 元/月
	15	结核病	85%	170 元/月
	16	肺间质纤维化	85%	400 元/月
	17	慢性心力衰竭	85%	300 元/月
	18	慢性丙型肝炎	85%	2600 元/月
	19	骨髓增生异常综合征	85%	1000 元/月
	20	视网膜静脉阻塞	85%	170 元/月
	21	高脂血症	85%	120 元/月
	22	前列腺增生（中、重度）	85%	250 元/月
	23	血管性痴呆	85%	400 元/月
	24	肾病综合征	85%	1000 元/月
	25	抑郁症（中、重度）	85%	300 元/月
	26	炎症性肠病（慢性溃疡性结肠炎、克罗恩病）	85%	280 元/月
	27	精神分裂症	85%	150000/年
	28	分裂情感性障碍	85%	150000/年
	29	持久的妄想性障碍（偏执性精神病）	85%	150000/年
	30	双相（情感）障碍	85%	150000/年
	31	癫痫所致精神障碍	85%	150000/年
	32	精神发育迟滞伴精神障碍	85%	150000/年
	33	终末期肾病（血液透析、腹膜透析）	85%	7000 元/月，6000 元/月
	备注：慢性丙型肝炎限在郑州市第一、第二、第三、第六人民医院、郑州市中心医院、郑州人民医院、郑州市中医院、中国人民解放军联勤保障部队第九八八医院、中国人民武装警察部队河南省总队医院申报。			
门诊重特大疾病待遇	申报方式	由定点医疗机构或医保经办机构通过郑州市互联网医疗保障服务平台提交参保人信息及申报“门诊慢特病”病种相关资料,可按规定随时在网上申报。		
	序号	病种名称	报销比例（%）	合规医疗费支付限额（元）
	1	I 型糖尿病	85%	400 元/月
	2	甲状腺机能亢进	85%	200 元/月
	3	再生障碍性贫血	85%	1250 元/月

		4	初治肺结核	85%	850 元/月，限 6 个月
		5	复治肺结核	85%	880 元/月，限 8 个月
		6	结核性胸膜炎	85%	750 元/月，限 12 个月
		7	单耐药肺结核	85%	850 元/月，限 6-18 个月
		8	多耐药肺结核	85%	1200 元/月，限 6-24 个月
		9	耐多药肺结核	85%	1670 元/月，限 24 个月
		备注：乙类药品及诊疗项目首自付比例为 0			

险种	待遇类别	基本政策				
职工 基本 医疗 保险	门诊特药 待遇	申报方式	申报方式：由定点医疗机构或医保经办机构通过郑州市互联网医疗保障服务平台提交参保人信息及申报“门诊慢特病”病种相关资料,可按规定随时在网上申报。			
		报销政策	报销政策：参保人员使用门诊特定药品相关费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，不设起付线，门诊特定药品需自付一定比例后职工医保统筹基金支付比例为 85%。			
		备注：参保人享受门诊规定病种、重特大疾病门诊病种、门诊特定药品待遇，累计不超过 2 个；参保人员因同一疾病或不同疾病需在门诊同时使用 2 种门诊特定药品的，应符合临床诊疗指南、临床路径和药品说明书等相关规定。住院治疗期间不能重复享受门诊特定药品、重特大疾病相关药品待遇。				
	住院待遇	医疗机构级别	起付标准（元）	报销比例（%）	支付限额（元）	
		乡镇卫生院、社区 医疗机构	200 元	在职 95%；退休 97%	15 万/人/年	
		省级一级，市级一 级、二级，县级一 级、二级、三级医疗机构	300 元	在职 95%；退休 97%		
		省级三级非甲等、二 级，市级三级医疗机 构	600 元	在职 90%；退休 95%		
		省级三级甲等医院	900 元	在职 88%；退休 93%		
		备注：职工年度内第二次及以后住院起付线减半。				

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	不区分医疗机构级 别	超过基本医保统筹基金 15 万元 以上的符合规定的医 疗费用	参保人员在定点 医疗机构就医报 销比例 90% ;在非 定点医疗机构就 医报销比例 85%	40 万/人/年
生育 保险	生育医疗 费待遇	项目	基本政策	待遇标准（元）	
		产检检查费用		生育前连续缴费满 9 个月的，不收票据 统一报 1200 元/例；不满 9 个月的，每 缴一个月，基金支付产前检查费 100 元。	
		住院分娩费用	正常分娩	省级三甲定点医院 2200 元/例；其他 定点医院 2000 元/例；异地就医：定额 2000 元/例。	
			异常分娩（难产）	省级三甲定点医院 2800 元/例；其他 定点医院 2600 元/例；异地就医：定额 2800 元/例。	
			异常分娩（剖宫产）	省级三甲定点医院 4500 元/例；其他 定点医院 4300 元/例；异地就医：定额 4300 元/例。	
			剖宫产同时做其他妇产科手 术	定额：5000 元/例	
	计划生育 费用待遇		放置（取出）宫内节育器	省级三甲定点医院 150 元/例；其他定 点医院 130 元/例	
			输精管结扎术	省级三甲定点医院 1200 元/例；其他定 点医院 1000 元/例	
			输卵管结扎术	省级三甲定点医院 2600 元/例；其他定 点医院 2400 元/例	
			输精（卵）管复通术	省级三甲定点医院 4000 元/例；其他定 点医院 3800 元/例	
			早期妊娠需在门诊终止妊娠	省级三甲定点医院 300 元/例；其他定 点医院 280 元/例	
			12 周以上住院终止妊娠	省级三甲定点医院 1000 元/例；其他定 点医院 800 元/例	
			引产	省级三甲定点医院 1500 元/例；其他定 点医院 1300 元/例	
	生育津贴 待遇	女职工生育：享受 98 天津贴（符合计划生育规定的，增加 3 个月津贴） 难产：增加 15 天津贴			

		多胞胎：每多一婴儿增加 15 天津贴 怀孕满 4 个月：享受 42 天津贴 怀孕未满 4 个月：享受 15 天津贴
		备注：自2024 年12 月1 日起，参加郑州市生育保险的女职工生育或终止妊娠的，对符合规定的生育津贴自动生成申报数据，医疗保险经办机构审核后，一次性发放至参保女职工个人银行账户。

城乡居民参保缴费工作宣传

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 1176 元，其中个人缴费 400 元，财政补助每人 776 元，集中征缴期为 2025 年 9 月 29 日至 2025 年 12 月 31 日。

二、享受待遇时间

2026 年 1 月 1 日至 2026 年 12 月 31 日。

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。

医保支付方式改革宣传

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。（投诉、举报电话：0371-12393）

医保药品知识宣传

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？

在医保药品目录内的药品，被称为“医保药品”，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。

药品和医用耗材集中带量采购宣传

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发展的目的。

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。

医保基金监管宣传

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。

异地就医政策宣传

一、具体适用于哪些人群？

跨省异地长期居住人员，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（自治区、直辖市）以外工作、居住、生活的人员。跨省临时外出就医人员，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，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。

三、报销是什么标准？

1.跨省异地长期居住人员。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.跨省临时外出就医人员。报销比例可低于参保地相同级别医疗机构报销水平，具体报销水平请咨询参保地。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。

四、如何结算？

跨省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。