

附件1

钦州市城镇职工医疗保险待遇政策（2025年）

序号	待遇项目	起付线标准	报销比例	支付限额	备注
1	门诊统筹	统筹基金起付标准在三级、二级、一级及以下定点医疗机构分别为300元、200元、100元。	在职人员三级医院50%；二级医院55%；一级及以下医院60%，退休报销比例提高5%	在职人员2000元，退休人员2600元	桂医保规[2024]2号，符合医保医疗服务项目目录和药品目录范围的费用
2	门诊特殊慢性病一（35种）	严重精神障碍0元 高危组高血压病、糖尿病、甲亢50元； 其他100元；	在职人员三级医院70%；二级医院75%；一级及以下医院80%，退休报销比例提高5%	强直性脊柱炎、甲状腺功能减退症限额为4000元；风湿性心脏病、肺源性心脏病和支气管哮喘限额为5000元；冠心病、高血压病（高危组）、糖尿病、甲亢、慢性肝炎治疗巩固期、慢性阻塞性肺疾病、银屑病限额为5500元；类风湿性关节炎、脑血管疾病后遗症期、帕金森氏综合征、严重精神障碍、慢性充血性心衰、肾病综合征、癫痫、重症肌无力、阿尔茨海默病、艾滋病、心房颤动、抑郁症（限重度）限额为6000元；脑瘫为8000元；肝硬化、结核（活动期）限额为8500元；原发性免疫性血小板减少症为1万元；系统性红斑狼疮为1.2万元；肺动脉高压为2万元；再生障碍性贫血为2.5万元；慢性肾功能不全非透析3万元；重型和中间型地中海贫血、耐药性结核病为8万元；血友病限额10万元。	慢性病门诊就医费用必须在《广西门诊特殊慢性病药品目录》和《广西基本医疗保险门诊特殊慢性病医疗服务项目目录》范围。其中：高血压病、糖尿病、肾透析、各种恶性肿瘤门诊治疗、器官移植抗排斥治疗、冠心病、病毒性肝炎、慢性阻塞性肺疾病、强直性脊柱炎、类风湿性关节炎已实现跨省就医直接结算。
	门诊特殊慢性病二(3种)	100元	在职人员三级医院80%；二级医院85%；一级及以下医院90%，退休报销比例提高5%		
3	特殊药品门诊报销	0	在职人员70%，退休人员75%	8万元	
4	住院	三、二、一级医院第一次住院分别为600元、400元、200元，第二次及以上住院的，每次分别为300元、200元、100元。	在职人员甲类85%，乙类75%，<5000元丙类65%，≥5000元丙类50%，退休人员提高5%	486420元（上年度广西城镇单位在岗职工平均工资的6倍）	床位费基金支付标准为30元/床·日。
5	急诊留观	三、二、一级医院每次住院起付线分别为300元、200元、100元。	报销比例同上	急诊留观治疗的医疗费用与住院医疗费用合并计算年度统筹基金最高支付限额。	
6	生育费用	—	—	顺产4500元，难产5500元，多胞胎顺产5000元，多胞胎难产6000元，4个月以下流产1000元，4个月以上流产2000元。男职工各支付50%	用人单位按时足额缴纳医疗保险费期间发生的生育费用。灵活就业人员享受生育医疗待遇，不享受生育津贴待遇。
7	生育津贴	—	—	生育津贴的计发标准，统一按照职工所在用人单位上年度职工月平均工资的标准计发。用人单位无上年度职工月平均工资的，按照职工分娩前所在用人单位职工月平均工资的标准计发。	
8	产前检查	—	以生育或实施计划生育的完整医疗过程为一个周期，周期内统筹基金按70%比例报销	统筹基金最高支付限额为1500元	桂政办发〔2023〕45号
9	生殖门诊	—	职工基本医疗保险报销70%，服务项目限2次/人	计入参保人员年度基金最高支付限额	桂医保规[2023]2号
10	大额医疗费用统筹	486420元（基本医保统筹最高支付限额）	按基本医保住院规定执行	50万元	每人每年缴费90元。
11	大额医疗费用二次报销	0.6万元	70%（异地未备案55%）	15万元（计入大额医疗费用统筹年度最高支付限额）	范围为住院医疗费（不含自费）经医保、大额医疗统筹和公务员补助等报销后由个人负担的费用。

职工医保个人账户共济授权绑定（解绑）：职工医保参保人员可将个人账户使用权授予已参加基本医疗保险的配偶、子女、父母及配偶父母等。个账共济支持本地和区内异地使用，使用人在自治区内定点医药机构发生医疗费用，在联网直接结算时由个人负担部分的费用可以使用授权人的医保个人账户资金支付

附件2

钦州市城乡居民医疗保险待遇政策（2025年）

序号	待遇项目	起付线标准	报销比例	医保支付限额	备注
1	门诊统筹	0	二和三级医院65%；一级医疗机构75%；一级以下医疗机构85%；学校内设定点医疗机构90%。	300元/每年（含一般诊疗费）	个人账户有余额的，可继续用于门诊医疗费和住院报销后的个人自付费用，用完即止。
2	门诊特殊慢性病一（35种）	20元（其中高血压病（非高危组）、严重精神障碍0元，高危组高血压病、糖尿病、甲亢10元）	一级（镇、社区）医院80%；二级医院65%；三级医院50%	高血压病（非高危组）限额600元，冠心病、高血压病（高危组）、糖尿病、甲亢、慢性肝炎治疗巩固期、慢性阻塞性肺疾病、银屑病、强直性脊柱炎、甲状腺功能减退症限额为2000元；类风湿性关节炎、脑血管疾病后遗症期、帕金森氏综合征、慢性充血性心衰、肝硬化、结核病活动期、风湿性心脏病、肺心病、支气管哮喘（限中度及以上）限额为2500元；阿尔茨海默病、艾滋病、心房颤动、抑郁症（限重度）限额为3000元；严重精神障碍、肾病综合征、癫痫、重症肌无力限额为3500元；脑瘫限额为4000元；系统性红斑狼疮、原发性免疫性血小板减少症限额为0.5万元；肺动脉高压为1万元；再生障碍性贫血1.25万元；慢性肾功能不全（非透析）2万元；耐药性结核病4万元；重型和中间型地中海贫血6万元；血友病8万元。	慢性病门诊就医费用必须在《广西门诊特殊慢性病药品目录》和《广西基本医疗保险门诊特殊慢性病医疗服务项目目录》范围。其中：高血压病、糖尿病、肾透析、各种恶性肿瘤门诊治疗、器官移植抗排斥治疗、冠心病、病毒性肝炎、慢性阻塞性肺疾病、强直性脊柱炎、类风湿性关节炎已实现跨省就医直接结算。
	门诊特殊慢性病二	20元	一级（镇、社区）医院90%；二级医院75%；三级医院60%	肾透析、各种恶性肿瘤门诊治疗、器官移植抗排斥治疗合并住院计算年度支付限额。	
3	特殊药品门诊报销	0	50%	4万元	
4	住院	三、二、一级医院第一次住院起付线分别为600元、300元、100元，第二次及以上住院的，每次分别为300元、200元、100元。	自治区三级医院55%；三级医院60%；二级医院75%；一级及以下医院90%	247722元（上年度广西城镇居民人均可支配收入的6倍）	床位费医保支付标准为20元/床·日。
5	急诊留观	起付标准按第二次住院起付标准执行。即三、二、一级医院每次住院起付线分别为300元、200元、100元。	报销比例同上	急诊留观治疗的医疗费用与住院医疗费用合并计算年度统筹基金最高支付限额。	
6	学生意外伤害	住院起付线同上	住院报销比例同上	同上	在校学生在本校（园）内或学校组织的活动中以及上下学途中发生的非第三人责任的意外伤害事故，年度内发生符合规定的门诊医疗费用5000元（含）以下。
		门诊起付线为0	门诊报销80%	门诊0.4万元	
8	大病保险	1.5万元 (困难救助对象0.75万元)	5万以内报销60%；5万-10万报销70%；10万以上报销80%。（困难救助对象提高10%）	50万元（困难救助对象取消封顶线）	困难救助对象指：特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、低保对象和认定有效期内的低收入对象，乡村振兴部门认定的返贫致贫人口。
9	生殖门诊	0	城乡居民基本医疗保险报销50%，服务项目限2次/人	计入参保人员年度基金最高支付限额	桂医保规[2023]2号

说明：住院使用乙、丙类医药的，分别先由个人自付15%、30%后，再给予相应的比例报销。

钦州市巩固拓展医疗保障成果同乡村振兴有效衔接政策

医保帮扶项目		对象	计入费用	起付线	救助比例		年度支付限额	备注	
城乡居民医保参保资助	一类：城乡特困人员、孤儿、无人抚养儿童		个人缴费部分全额资助（2025年400元/人）						
	二类：城乡低保对象		资助个人缴费部分的60%（2025年240元/人）						
	三类1：城乡低保边缘对象60岁以上和18岁以下人口								
	三类2：监测对象								
	四类1：脱贫人口		2022年、2023年、2024年、2025年资助个人缴费部分的60%、50%、40%、30% （2025年120元/人·年）						
	四类2：2014年、2015年退出户		不高于资助个人缴费部分的30%（2025年120元/人·年）						
城乡居民大病保险		一类：城乡特困人员、孤儿、无人抚养儿童	扣除基本医疗保险后剩余的住院和门诊慢性合规医疗费用	0.75万元	0-5万元（含5万元）的部分70%；5-10万元（含10万元）部分80%；10万元以上的部分90%		无封顶线	《广西壮族自治区人民政府办公厅关于健全广西重特大疾病医疗保险和救助制度的通知》（桂政办发〔2022〕5号）	
		二类：城乡低保对象							
		三类1：城乡低保边缘对象							
		三类2：监测对象							
		四类1：脱贫人口（2022年8月1日起执行）			5万元以内65%；5-10万元75%；10万元以上85%		无封顶线		
医疗救助	住院医疗救助	一类：城乡特困人员、孤儿、无人抚养儿童	扣除基本医疗保险、各类补充医疗保险后剩余的住院合规医疗费用	0	100%	6万元		《广西壮族自治区实施乡村振兴战略指挥部医疗保障专责小组关于进一步做好医疗保障脱贫攻坚同乡村振兴有效衔接有关工作的通知》	
		二类1：城乡低保对象中的重度残疾人		0	95%	5万元			
		二类2：其他城乡低保对象		0	90%	3万元			
		三类1：城乡低保边缘对象		0.3万元	80%	2万元			
		三类2：监测对象		0.3万元	70%	2万元			
		四类1：脱贫人口（2022年8月1日起执行）		0.3万元	50%	2万元			
	门诊特殊慢性病医疗救助	一类：城乡特困人员、孤儿、无人抚养儿童	扣除基本医疗保险、各类补充医疗保险后剩余的门诊慢性病合规医疗费用	0	100%	0.4万元			
		二类1：城乡低保对象中的重度残疾人		0	95%	0.3万元			
		二类2：其他城乡低保对象		0	90%	0.2万元			
	重特大门诊特殊慢性病医疗救助	患慢性肾功能不全的肾透析、各种恶性肿瘤、器官移植后抗排斥免疫调节治疗、重型和中间型地中海贫血、血友病等病的救助对象	扣除基本医疗保险、各类补充医疗保险后剩余的门诊慢性病合规医疗费用	0	一类	100%	与住院合并计算		6万元
				0	二类1	95%			5万元
				0	二类2	90%			3万元
				0.3万元	城乡低保边缘对象	80%			2万元
0.3万元				监测对象	70%	2万元			
0.3万元				脱贫人口	50%	2万元			
依申请医疗救助		参加当年基本医保，因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者，且认定因病支出型困难家庭的成员	因病致贫大病患者计入救助范围为认定之日前12个月内经基本医保和各类补充保险报销后剩余的住院和门诊慢性病合规医疗费用	1万元	60%		10万		