**城乡居民医疗保险待遇简明表**

2021年7月—2022年6月

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项       目 | | | | 三级医院 | 二级医院 | 一级医院 |
| 基本  医疗保险 | 门  诊 | 起付标准（个人自付） | | 500元 | | |
| 起付标准以上～10000元以下 | | 45% | 55% | 65% |
| ≧10000元 | | 65% | 75% | 85% |
| 住  院 | 起付标准  (个人自付) | 首次住院 | 1000元 | 600元 | 200元 |
| 二次及以上住院 | 500元 | 300元 | 100元 |
| 起付标准以上  ～最高支付限额以下 | | 73% | 80% | 90% |
| 最高支付限额 | | | 门诊和住院合计10万元 | | |
| 大  病  医  疗  保  险 | | 起付标准（个人自付） | | 25474元 | | |
| 25474元～10万元（含） | | 60% | | |
| 10万元～20万元（含） | | 70% | | |
| >20万元 | | 80% | | |
| 最高赔付限额 | | 门诊和住院合计40万元 | | |
| 参保  条件 | | 1、未参加本市或异地职工基本医疗保险、异地城乡居民基本医疗保险的年满16周岁以上本市户籍居民。  2、未参加本市或异地职工基本医疗保险、异地城乡居民基本医疗保险的港、澳、台非从业人员。 | | | | |
| 缴费  标准 | | 个人缴费标准为每人每年400元，财政补助标准为每人每年740元。  其中：本市户籍特困、低保、持有第二代残疾人证等救助对象,个人免缴医疗保险费。 | | | | |
| 备  注 | | 1、对连续参保者，基本医疗保险门诊报销比例在原来基础上，每满一年提高一个百分点，最多可提高5个百分点。  2、城乡居民连续参保时间不满12个月的，大病保险待遇按正常参保待遇的50%赔付；连续参保时间满12个月不满24个月的，按正常参保待遇的75%赔付；连续参保时间满24个月的，按正常参保待遇的100%赔付。  3、城乡居民基本医疗保险根据参保人员户籍迁入厦门时间设立医保统筹基金最高支付限额。其中户籍迁入不满一年的，医保统筹基金支付门诊和住院医疗费用的最高支付限额，为城乡居民医保统筹基金最高支付限额的50%。户籍迁入每满一年的，医保统筹基金最高支付限额提高10％。  4、可与省内参保直系亲属建立家庭共济账户，支付在定点医疗机构门诊和住院发生的由个人承担的医疗费用（非疾病治疗类除外）、接种预防性免疫二类疫苗的费用、在定点零售药店购买药品（准字号、中药饮片）、医疗器械（食药监械字、药监械字）和消毒用品（卫消字）的费用，体检费用等。  5、本市户籍参保人员每人每年，在执行国家基本药物制度及零差价的社区卫生服务中心、乡镇卫生院等一级及以下定点医疗机构门诊就医时发生的属于国家基本药物的药品费用、诊察费及常规医疗检查费用，不超过500元部分由医保统筹基金全部报销。该费用不用于抵付起付标准。 | | | | |

**大学生、未成年人医疗保险待遇简明表**

2021年7月—2022年6月

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项         目 | | | 三级医院 | | 二级医院 | 一级医院 |
| 基本  医疗  保险 | 门诊 | 10000元以下 | 45% | | 55% | 65% |
| ≧10000元 | 65% | | 75% | 85% |
| 住院 | 最高支付限额以下 | 73% | | 80% | 90% |
| 最高支付限额 | | 门诊和住院合计10万元 | | | |
| 大  病  医  疗  保  险 | | 起付标准（个人自付） | 25474元 | | | |
| 25474元～10万元（含） | 60% | | | |
| 10万元～20万元（含） | 70% | | | |
| >20万元 | 80% | | | |
| 最高赔付限额 | 门诊和住院合计40万元 | | | |
| 身份 | | 大   学   生 | | 未  成  年  人 | | |
| 参  保  条  件 | | 未参加本市或异地职工基本医疗保险、异地城乡居民基本医疗保险的大学生、未成年人 | | | | |
| 1、本市辖区内的各类全日制普通高等院校、科研院所（以下统称“高校”）中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、全日制研究生（以下统称“大学生”）；  2、大学生包括以上高校中全日制教育的侨、港、澳、台大学生。 | | 1、18周岁以下的未成年人（其中，未在学校就读且未满18周岁的非本市户籍未成年人，必须是居住在本市，其父亲或母亲持有效《居住证》，在本市用人单位就业并签订劳动合同且缴纳社会保险费的）；  2、18周岁以上在政府批准设立的相当高中学历学校的在册学生。 | | |
| 参  保  时  间 | | 各高校参保大学生，每年6月份由所在学校将个人缴纳的医疗保险费统一上缴到税务部门；新入学的大学生应在当年9月至10月份由学校向税务部门办理参保手续，并在11月底前缴纳医疗保险费。 | | 每年3月10日至5月25日向学校、居（村）委会申请参保；新生儿（一周岁以内）每月均可办理。 | | |
| 缴费  标准 | | 个人缴费标准为每人每年400元，财政补助标准为每人每年740元。  其中，困难大学生、本市户籍特困、低保、持有第二代残疾人证的未成年人等救助对象，个人免缴医疗保险费。 | | | | |
| 备  注 | | 1、对连续参保者，基本医疗保险门诊报销比例在原来基础上，每满一年提高一个百分点，最多可提高5个百分点。  2、可与省内参保直系亲属建立家庭共济账户，支付在定点医疗机构门诊和住院发生的由个人承担的医疗费用（非疾病治疗类除外）、接种预防性免疫二类疫苗的费用、在定点零售药店购买药品（准字号、中药饮片）、医疗器械（食药监械字、药监械字）和消毒用品（卫消字）的费用，体检费用等。  3、参保人员每人每年，在执行国家基本药物制度及零差价的社区卫生服务中心、乡镇卫生院等一级及以下定点医疗机构门诊就医时发生的属于国家基本药物的药品费用、诊察费及常规医疗检查费用，不超过500元部分由医保统筹基金全部报销。 | | | | |

**城镇职工医疗保险待遇简明表**

2021年7月—2022年6月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点医疗机构级别  分类及标准 | | | | | | | | 三级 | 二级 | 一级及以下 |
| 基本医疗保险 | 门  诊 | | （1） 个人支付部分 | | 个人账户资金 | 在职 | | 先用完为止 | | |
| 退休 | |
| 起付标准  （现金或健康账户支付） | 在职 | | 500元 | | |
| 退休 | |
| （2） 统筹基金报销比例 | | 起付标准以上～5000元 | 在职 | | 72% | 77% | 92% |
| 退休 | | 86% | 88.5% | 96% |
| 5000～10000元以下 | 在职 | | 85% | 90% | 96% |
| 退休 | | 92.5% | 95% | 98% |
| ≥10000元 | 在职 | | 90% | 93% | 98% |
| 退休 | | 95% | 96.5% | 99% |
| 住  院 | | （1） 个人支付部分 | | 起付标准  （现金或个人账户或健康账户支付） | 首次 | 在职 | 1000元 | 600元 | 200元 |
| 退休 | 500元 | 300元 | 100元 |
| 二次及 以上 | 在职 | 500元 | 300元 | 100元 |
| 退休 | 250元 | 150元 | 50元 |
| （2）  统筹基金报销比例 | | 起付标准以上～10000元 | 在职 | | 85% | 89% | 93% |
| 退休 | | 93% | 95% | 97% |
| 10000～20000元以下 | 在职 | | 93% | 95% | 97% |
| 退休 | | 97% | 98% | 99% |
| ≥20000元 | 在职 | | 95% | 97% | 99% |
| 退休 | | 98% | 99% | 100% |
| 最高支付限额 | | | | | 门诊和住院合计10万元 | | | | |
| 大病  医疗  保险 | | | | 起付标准  （现金或个人账户或健康账户支付） | | | | 1万元 | | |
| 1万元～10万元（含） | | | | 75% | | |
| 10万元～20万元（含） | | | | 85% | | |
| >20万元 | | | | 95% | | |
| 最高赔付限额 | | | | 门诊和住院合计50万元 | | |
| 健康账户 | | | | | 1、每年度结转时个人账户实际结余资金累计超过3000元的部分；  2、年度预划拨本市职工购药（含体检）资金600元，公务员购药资金400元。 | | | | | |
| 备　　 注 | | 1、在职职工连续参保时间不满12个月的，大病保险待遇按正常参保待遇的50%赔付；连续参保时间满12个月不满24个月的，按正常参保待遇的75%赔付；连续参保时间满24个月的，按正常参保待遇的100%赔付。  2、可与省内参保直系亲属建立家庭共济账户，健康账户及家庭共济账户的资金可支付在定点医疗机构门诊和住院发生的由个人承担的医疗费用（非疾病治疗类除外）、接种预防性免疫二类疫苗的费用、在定点零售药店购买药品（准字号、中药饮片）、医疗器械（食药监械字、药监械字）和消毒用品（卫消字）的费用，体检费用等。  3、使用健康账户或家庭共济账户支付定点零售药店的费用，每个医保年度内累计金额不得超过5000元。  4、本市户籍参保人员每人每年，在执行国家基本药物制度及零差价的社区卫生服务中心、乡镇卫生院等一级及以下定点医疗机构门诊就医时发生的属于国家基本药物的药品费用、诊察费及常规医疗检查费用，不超过500元部分由医保统筹基金全部报销。该费用不用于抵付起付标准。 | | | | | | | | |

**外来从业人员医疗保险待遇简明表**

2021年7月—2022年6月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 缴费基数 | | 上年度全省全口径职工月平均工资6126.42×60％=3676元 | | | | | | | | |
| 缴费比例 | | 5%  183.8元 | | 其中 | | | 单位 | | 3%   110.28 元 | |
| 个人 | | 2%   73.52 元 | |
| 个人账户 | | 每月划拨115.67元 | | 健康账户 | | | 1.购药资金每年为200元，按月划拨16.67元；2.每年度结转时个人账户实际结余资金累计超过3000元的部分。 | | | |
| 基本医疗保险待遇 | | | | | | | | | | |
| 1、门诊医疗费：先由个人账户支付，个人账户支付完，在门诊统筹基金最高支付限额内且符合医保支付规定的费用由医保统筹基金支付70%，个人自付30%。  2、住院医疗费：每次住院先由个人账户、健康账户、家庭共济账户的资金或现金支付住院起付标准，其余在统筹基金最高支付限额内且符合医保支付规定的费用由医保统筹基金支付86%，个人现金自付14%。  3、可与省内参保直系亲属建立家庭共济账户，健康账户及家庭共济账户的资金可支付在定点医疗机构门诊和住院发生的由个人承担的医疗费用（非疾病治疗类除外）、接种预防性免疫二类疫苗的费用、在定点零售药店购买药品（准字号、中药饮片）、医疗器械（食药监械字、药监械字）和消毒用品（卫消字）的费用，体检费用等。  4、使用健康账户或家庭共济账户支付定点零售药店的费用，每个医保年度内累计金额不得超过5000元。 | | | | | | | | | | |
| 基本医疗保险住院起付标准 | | | | | | | | | | |
| 住院起付标准  （现金或个人账户或健康账户支付） | | 项目 | | | 三级医院 | | | 二级医院 | | 一级及以下 |
| 首次住院 | | | 1000元 | | | 600元 | | 200元 |
| 二次及以上住院 | | | 500元 | | | 300元 | | 100元 |
| 基本医疗保险统筹基金最高支付限额 | | | | | | | | | | |
| 连续参保年限 | | 门   诊 | | | | 门  诊  和  住  院  合  计 | | | | |
| 连  续  参  保 | 半年以内 | 支付限额 | 400元 | | | 最高限额比例 | | 30%   即：30000元 | | |
| 半年以上2年内 | 支付限额 | 800元 | | | 最高限额比例 | | 60%   即：60000元 | | |
| 2年以上 | 支付限额 | 2000元 | | | 最高限额比例 | | 100%   即：100000元 | | |
| 连续参保满2年以上的外来从业人员，住院自付医疗费用参照城镇职工标准享受大病医疗保险待遇 | | | | | | | | | | |
| 大病  医疗  保险 | | 起付标准  （现金或个人账户或健康账户支付） | | | | | | 1万元 | | |
| 1万元～10万元（含） | | | | | | 75% | | |
| 10万元～20万元（含） | | | | | | 85% | | |
| >20万元 | | | | | | 95% | | |
| 最高赔付限额 | | | | | | 住院50万元 | | |

**医疗救助对象及救助标准简明表**

2021年7月—2022年6月

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **救助对象类别** | | | **救助比例** | **起付标准** | **年度最高救助限额** | |
| **门诊** | **住院** |
| 第一类救助对象 | | | 100% | 0元 | 不封顶 | 不封顶 |
| 第二类救助对象 | | | 95% | 0元 | 3万元 | 10万元 |
| 第三类救助对象 | | | 85% | 0元 | 2万元 | 10万元 |
| 第四类救助对象 | | | 75% | 1500元 | 2万元 | 10万元 |
| 第五类救助对象 | | | 50% | 1500元 | 合计1万元 | |
| 资助参加  居民医保 | | 对第一类、第二类和第四类中持有第二代残疾人证但未被认定为重度残疾人的本市户籍居民等救助对象，居民医疗保险费由政府给予全额资助。 | | | | |
| 医疗救助对象 | **第一类**：特困供养人员；  **第二类**：最低生活保障对象；重点优抚对象（含革命“五老”人员及其遗偶）；60年代精减退职救济对象（含矽肺病救济对象）；计生特殊家庭成员，指独生子女死亡、伤残或计生手术并发症家庭的成员；重度残疾人，指持有第二代中华人民共和国残疾人证，且残疾等级为二级及以上或精神、智力三级残疾的本市户籍居民；  **第三类**：低收入家庭成员；  **第四类**：参加本市城镇职工或城乡居民基本医疗保险，且持有第二代中华人民共和国残疾人证，未被认定为重度残疾人的本市户籍居民。因病支出型贫困常住人口，指经民政部门认定，扣除当年家庭成员个人自付医疗费用后，家庭月人均可支配收入和财产低于本市低收入标准的，在本市就业或创业、持有效居住证满1年并具有固定住所、近2年内累计缴纳社会保险费满1年且当月正常享受医疗保险待遇的非厦门户籍的外来务工人员；在本市缴纳基本医疗保险且当月正常享受医疗保险待遇的全日制普通高等院校的非厦门户籍在校学生；  **第五类**：参加本市城镇职工或城乡居民基本医疗保险,用人单位已经不存在或者无法确认劳动关系，且符合条件的职业病病人；参加本市城镇职工基本医疗保险，当年度月退休金或养老金低于上年度全省职工月平均工资60%的本市户籍退休人员；参加本市城乡居民基本医疗保险、年龄在70周岁以上（含70周岁）的本市户籍满5年的居民。 | | | | | |
| 备注 | 1、对象管理：由民政、计生、残联等各部门认定各类救助对象。  2、结算方式：统一凭医保电子凭证或社会保障卡就医即时结算，资金由医保经办机构与定点医疗机构结算，医疗救助对象只需支付个人自付部分。 | | | | | |