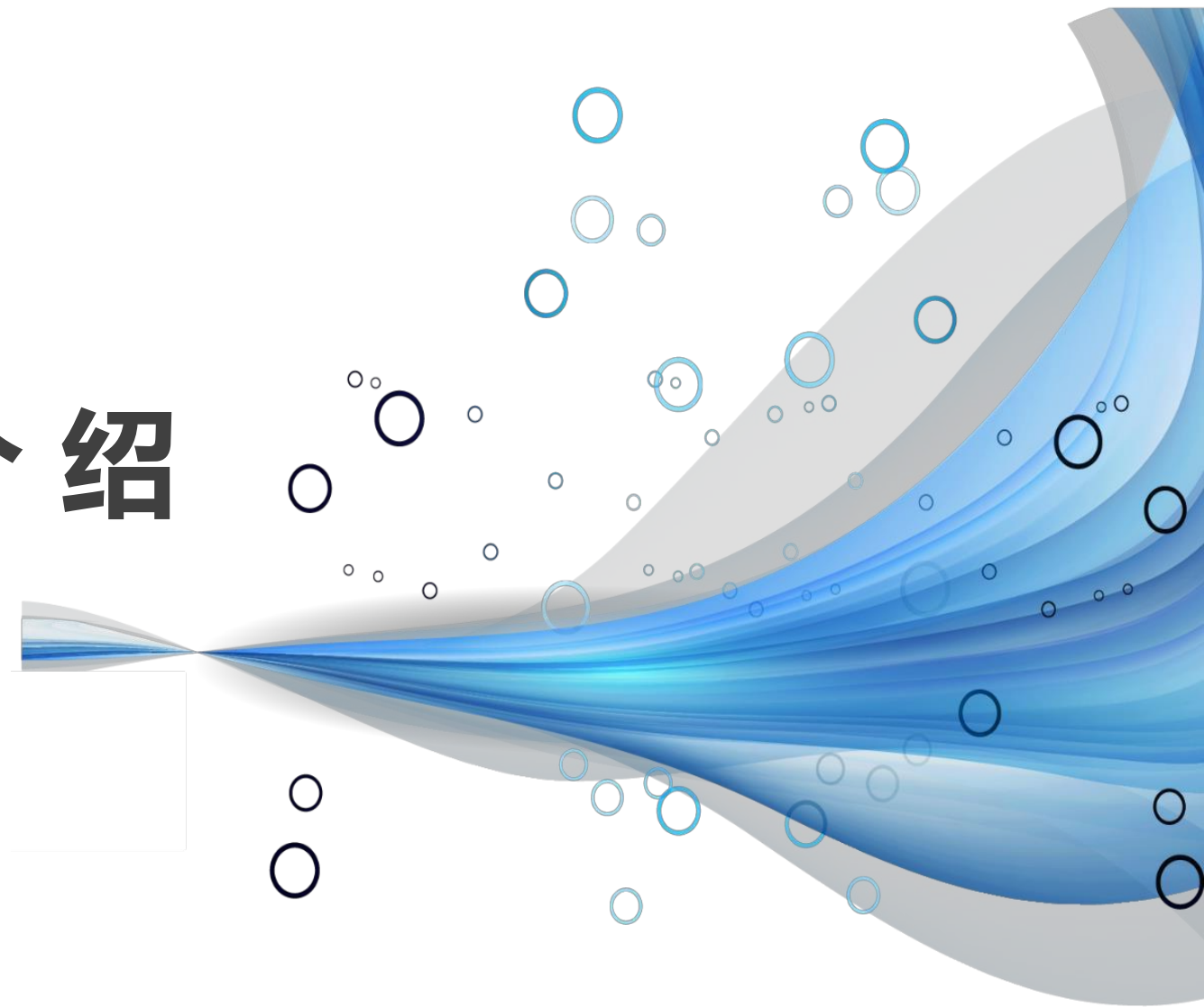
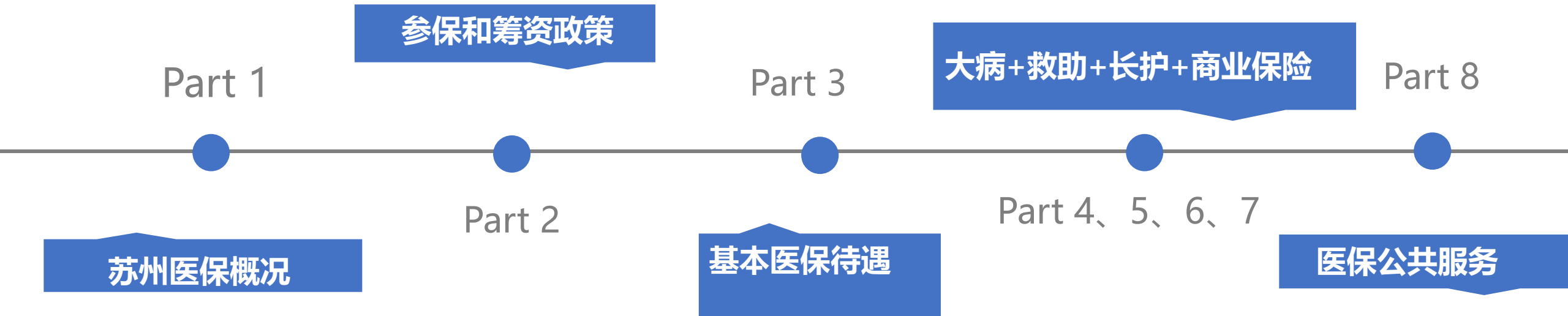


苏州医保政策介绍

苏州市医疗保障局



目录 CONTENTS





01

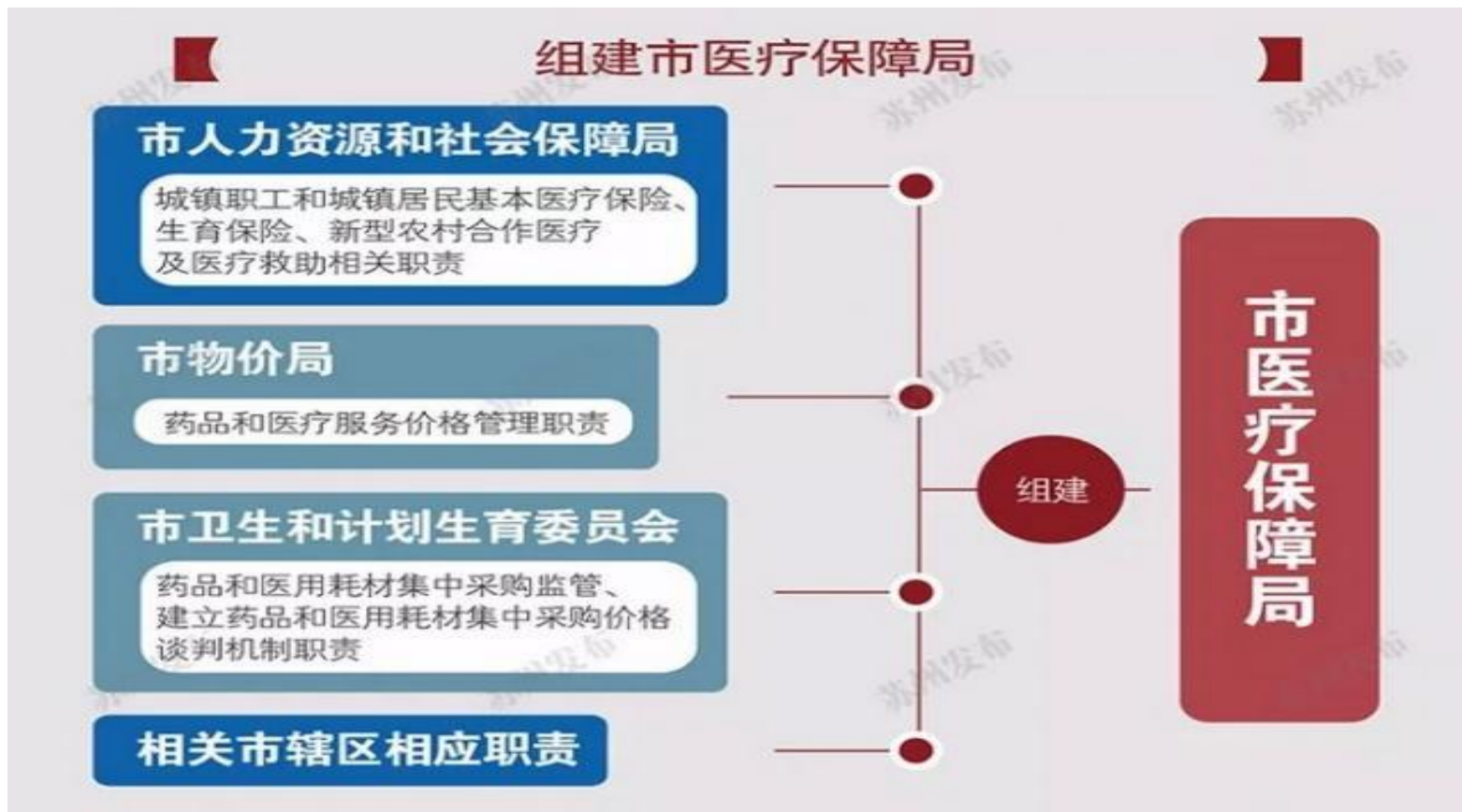
苏州医保概况

苏州医保发展历程



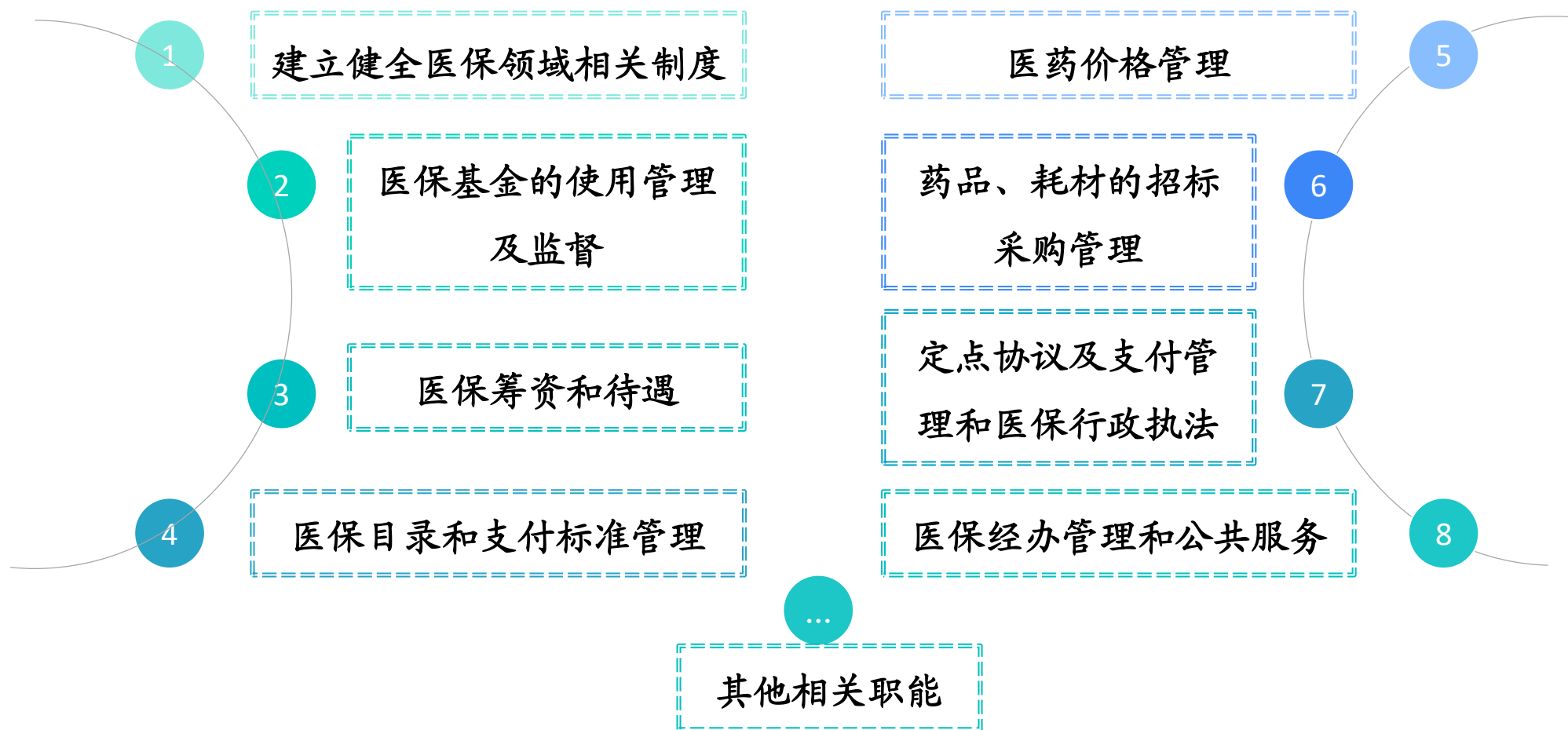


医保部门职能情况





苏州医保部门主要职能





02

参保和筹资政策



职工基本医保参保对象

范围：

- 1.所有用人单位职工；
- 2.在本市领取失业保险金期间的失业人员；
- 3.本市办理就业登记的外籍人员以及香港、澳门、台湾地区人员；
- 4.一级至六级残疾军人；
- 5.无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员、新业态从业人员、自谋（自由）职业者、其他灵活就业人员。

人员类别	单位缴费费率	个人缴费费率	2024年个人缴费上下限
职工	7%	2%	4494元~24042元
灵活就业	8%		



范围：

1. 男性年满60周岁、女性年满50周岁，未享受职工基本医疗保险待遇的本市户籍居民。
2. 养老年龄段被征地农民和劳动年龄段被征地农民中的大龄人员。
3. 在劳动年龄范围内未参加职工基本医疗保险的本市户籍失业人员。
4. 在本市托儿所、幼儿园、小学、初中、高中、中专、特殊学校、技校与职校（不含大专段）就读的学生、儿童。其中非本市户籍人员的子女首次参加城乡居民基本医疗保险的，应当符合市人民政府相关规定。
5. 具有本市户籍，年龄在18周岁以下的不在校少年儿童和婴幼儿，以及父母为本市户籍，在外地学校就读的中小学生。
6. 在本市各类高等院校中接受普通高等学历教育的全日制本科学生和非在职研究生、高职高专学生、技校与职校的大专段学生，以及在外地大学就读的本市户籍人员子女。
7. 符合规定的其他人员。



居民基本医保筹资

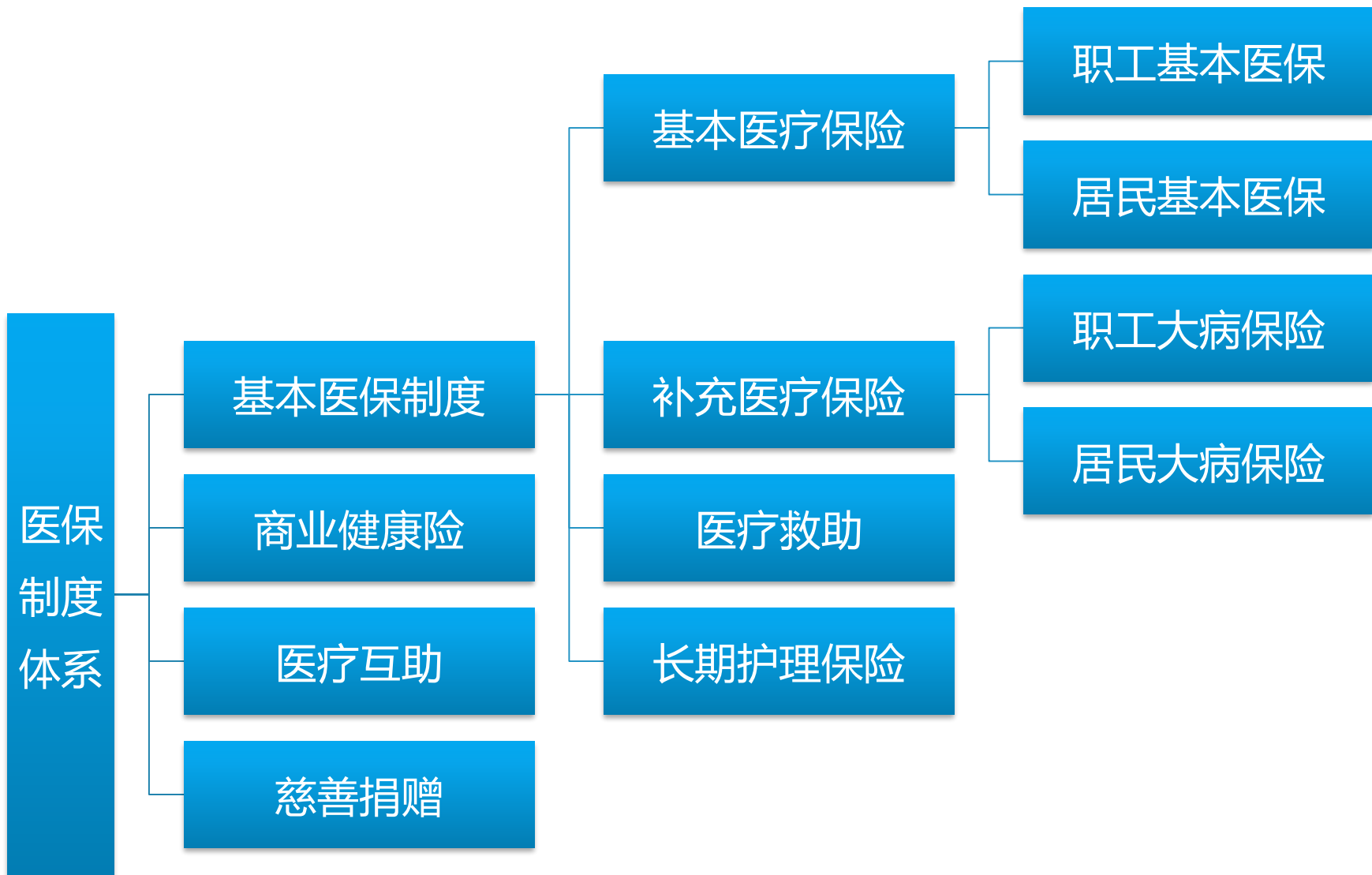
(单位: 元/年)

参保对象	筹资标准	个人缴费	财政补贴
老年居民	2070	520	1550
其他居民	1690	540	1150
学生儿童	1080	330	750
大学生	1320	220	1100



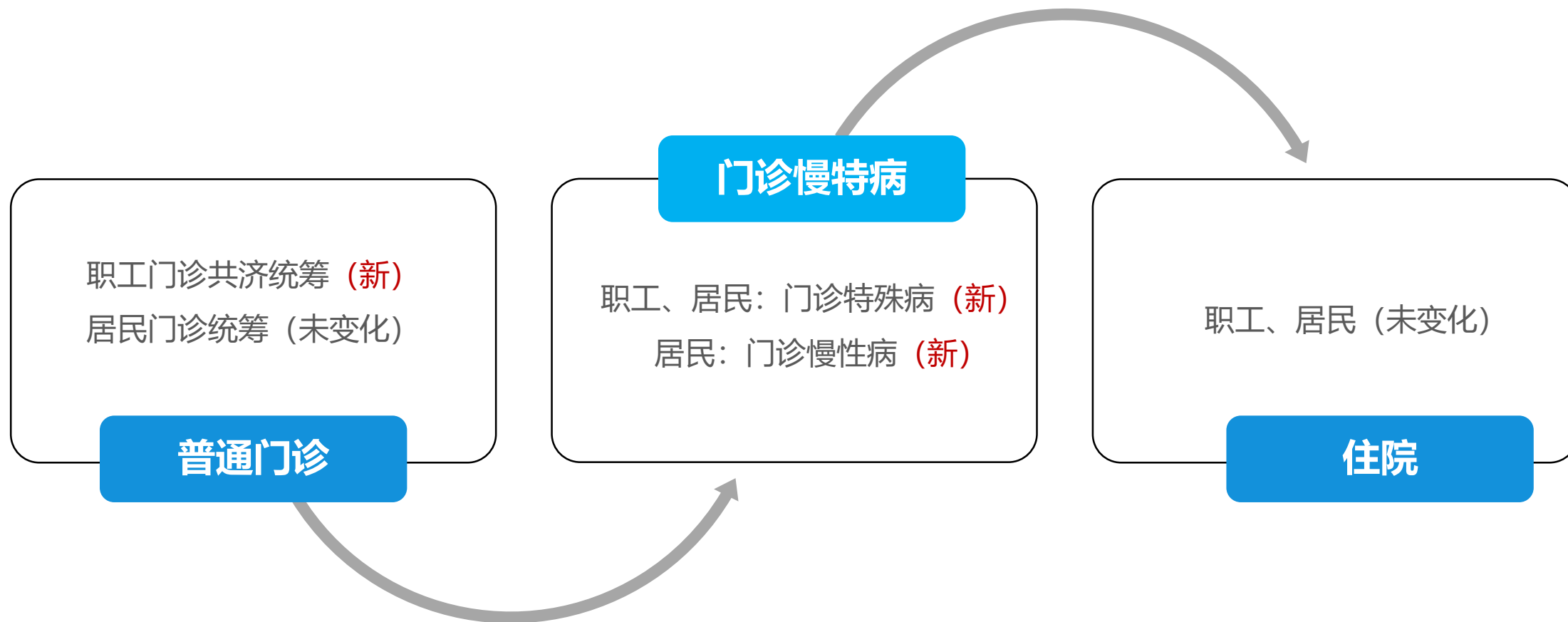
03

基本医保待遇





基本医保待遇



费用总额：一次看病购药的总费用。

统筹支付：医保统筹基金支付的部分。

个人账户支付：职工医保个人账户资金支付的部分。

家庭账户支付：直系亲属个人账户上支出部分。

大病支付：由大病保险基金支付的部分。

救助支付：由医疗救助资金支付的部分。

其他支付： 其他基金支付的部分。

现金支付：由个人使用现金支付的部分。

.....

缴费日期: 2023.8.28
电子票据代码: 32060123
电子票据号码: 0283123438
电子票据验证码: 1da401



电子发票查验平台

项目/规格	单价·数量	金额
中草药		
	04.18 × 1.50	704.18
平消片/0.24g×100s		
	40.30 × 3.50	139.80
煎药机煎药 (西成药已发)		
	4.95 × 14.00	69.30
结 付 公 类		

费用总额: 913.28	统筹支付: 501.69
大病支付: 0.00	其他支付: 0.00
救助支付: 0.00	个人账户支付: 411.59
家庭账户支付: 0.00	个人账户余额: 3123.29
个人自付: 0.00	个人自费: 0.00
其中合规自费: 0.00	现金支付: 0.00

(请妥善保管)

费用总额



缴费日期: 2023.8.28
电子票据代码: 32060123
电子票据号码: 0283123438
电子票据验证码: 1da401

电子发票查验平台

项目/规格	单价	数量	金额
中草药			
	04.18	1.50	704.18
平消片/0.24g x 100s			
	139.80	1.00	139.80
煎药机煎药 (西成药已发)			
	69.30	1.00	69.30
合计			
费用总额: 913.28	统筹支付: 501.69		
大病支付: 0.00	其他支付: 0.00		
救助支付: 0.00	个人账户支付: 411.59		
家庭账户支付: 0.00	个人账户余额: 3123.29		
个人自付: 0.00	个人自费: 0.00		
其中合规自费: 0.00	现金支付: 0.00		

(请妥善保管)

个人自付: 指参保人员就医或购药时产生的医疗费用中由个人负担的属于基本医疗保险目录范围内的自付部分。

个人自费: 指参保人员就医或购药时产生的医疗费用中, 按有关规定不属于医疗保障基金支付范围, 应全部由个人负担的费用。

合规自费: 属于个人自费内容, 是指个人自费中的符合大病保险目录规定的费用, 比如超限定支付范围的药品费用。



个人自付费用解释

个人自付费用：指参保人员就医或购药时产生的医疗费用中由个人负担的属于基本医疗保险目录范围内的自付部分。包括：

1. 起付线；
2. **先行自付费用**：药品、诊疗项目和特殊医用材料按规定由参保人员按比例承担部分的费用；
3. **超限价自付费用**：未执行医疗保险限价规定的诊疗项目费用；药品、特殊医用材料费用超过支付标准部分；
4. 按比例自付费用：符合规定的政策范围内医疗费用由各类医保基金按规定比例结付后，由参保人员按比例负担的费用；
5. 门诊统筹限额以上部分；



个人自费费用解释

个人自费费用：指参保人员就医或购药时产生的医疗费用中按有关规定不属于医疗保障基金支付范围应全部由个人支付的费用。包括：

1. 不在医疗保险药品、诊疗项目和特殊医用耗材目录范围内的费用；
2. 医疗保险药品、诊疗项目和特殊医用材料目录内的丙类费用，药品超限定支付范围的费用；
3. 其他不符合医疗保险支付规定的费用。



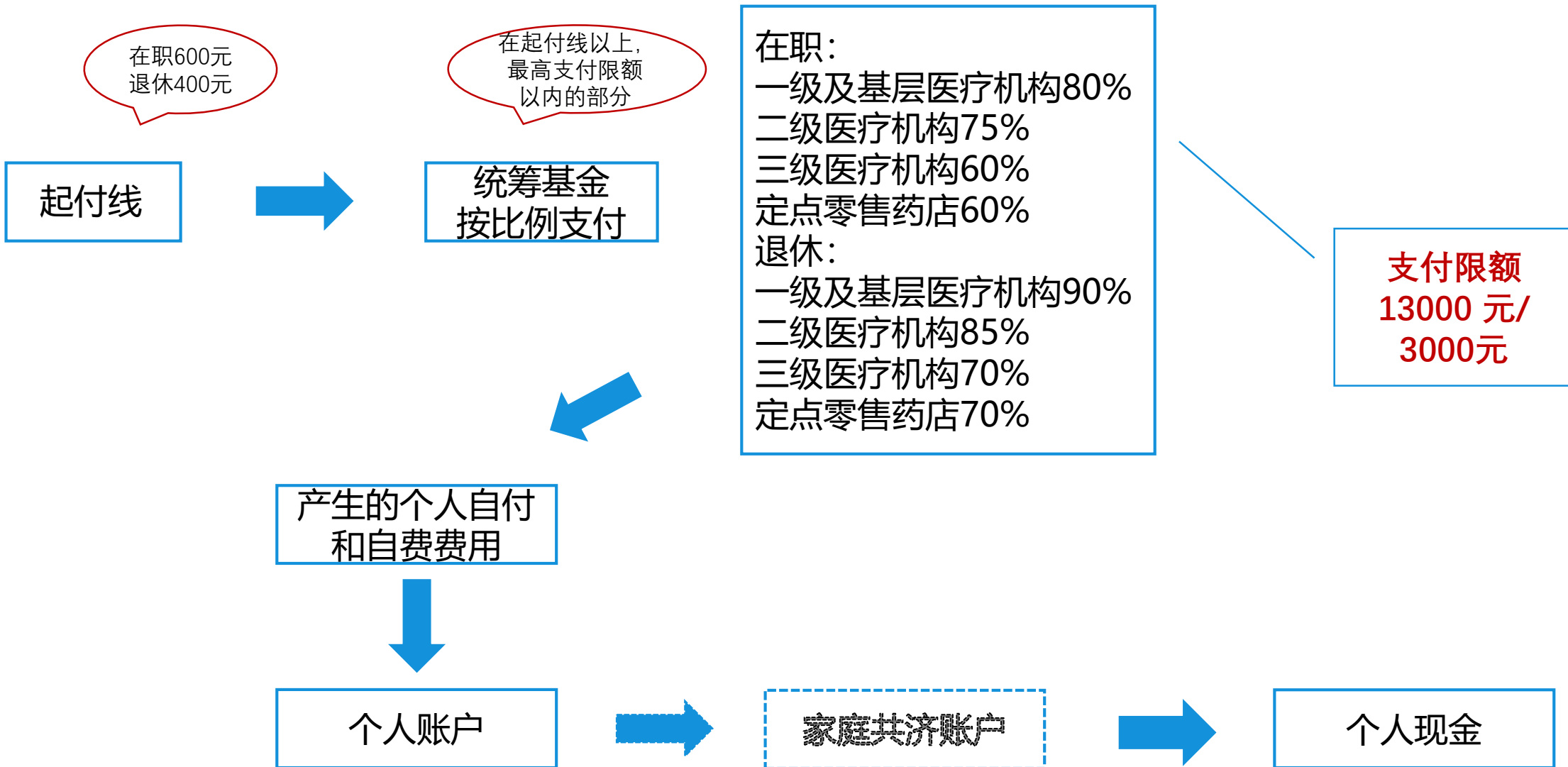
基本医保待遇



PART 01 普门待遇



职工普通门诊统筹待遇



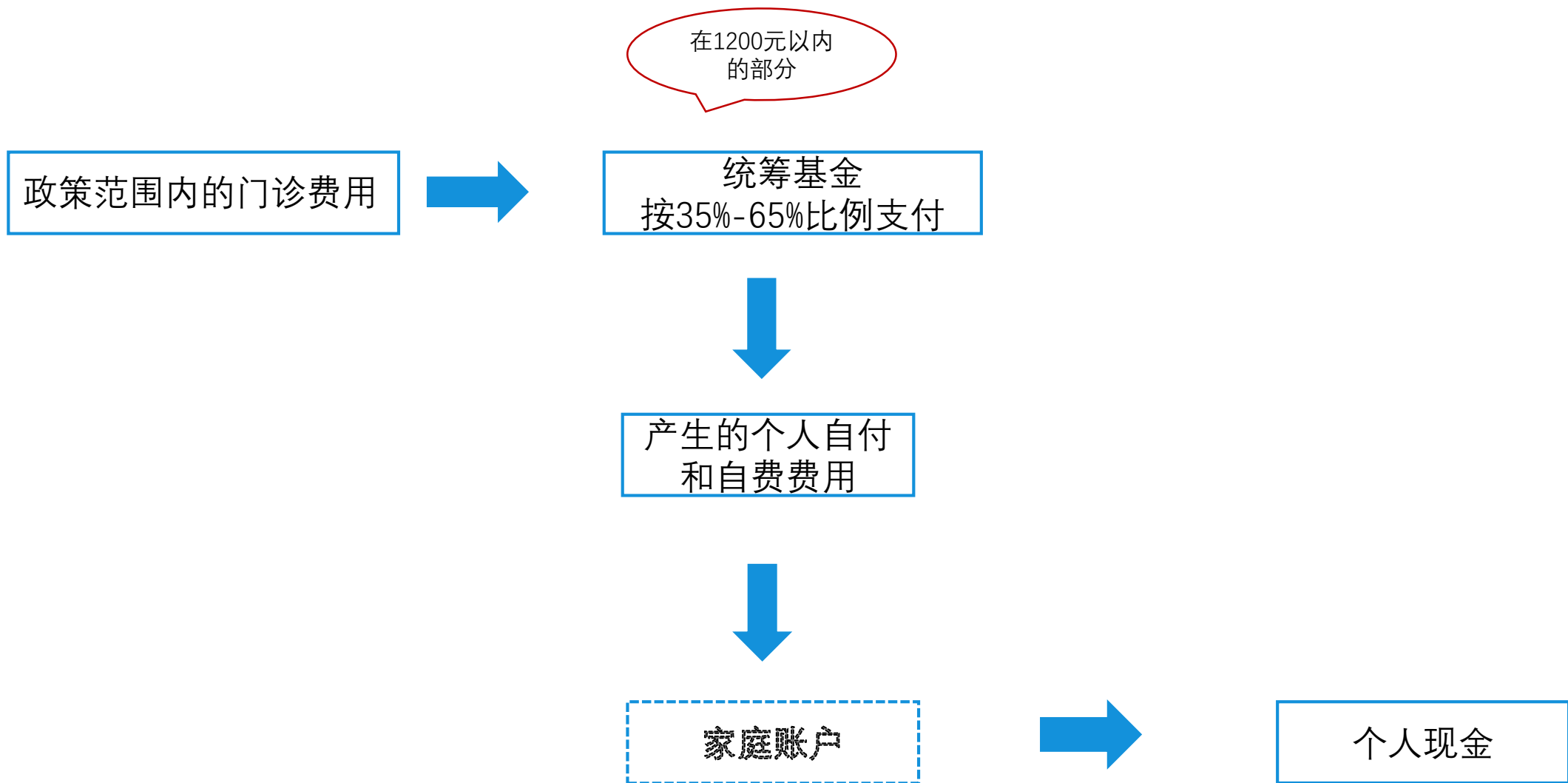


职工普通门诊待遇

参保人员	医疗机构等级	起付线	报销比例	封顶线 2022	封顶线 2023
在职	三级	600	60%	4000	13000
	二级		75%		
	一级及基层		80%		
退休	三级	400	75%	4800	13000
	二级		80%		
	一级及基层		90%		
灵活就业	三级	600	60%	4000	13000
	二级		75%		
	一级及基层		80%		



居民普通门诊待遇



居民普通门诊待遇

参保人员	医疗机构等级	起付线	报销比例	封顶线
老年居民 其他居民	三级	无	35%	1200
	二级		40%	
	一级		65%	
学生儿童 大学生	三级		65%	
	二级			
	一级			



门诊共济改革三项核心举措

举措一

1.增强门诊共济保障功能。

- ◆ 大幅提高了统筹基金使用“封顶线”。
- ◆ 大幅降低了统筹基金使用门槛。

举措二

2.大幅拓宽个人账户使用范围，实现家庭共济。

- ◆ 个账支付范围的拓展。
- ◆ 个账使用对象的拓展。

举措三

3.大幅拓展可以使用统筹基金的定点医保机构范围。



个人账户计入规则

在职人员

45周岁以下：2%+1%
45周岁以上，2%+2%

2%

计入标准：

全部个人缴费



部分单位缴费

计入方式：

按年预划



计入标准：

全部个人缴费

计入方式：

按月实划

退休人员：计入方式不变。计入标准：2023年，按退休人员2022年个账划拨规模定额划入。2024年，个账划入额度统一调整到统筹地区根据意见实施改革当年基本养老金平均水平的2.5%。



举例1：小保，在职职工，每月参保缴费基数为5000元，则个人账户每月计入标准为 $5000 \times 2\% = 100$ 元，单位缴纳的 $5000 \times 7\% = 350$ 元，则全部计入统筹基金。在职职工每月个人账户金额到账时间以当月缴费金额税务扣款的实际到账时间为准，在每月12日至月末期间。

举例2：李大爷，65岁，退休人员，2023年个人账户仍按照2022年退休人员个人账户划拨政策定额划入，为1350元，于2023年1月1日到账。



个人账户使用范围

1.用于支付参保人员在定点医疗机构就医发生的由个人负担的**自付**和**自费**医疗费用，包括生育保险支付后个人负担的产前检查费用和生育医疗费用。

2.用于支付参保人员在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的**自付**和**自费**费用，药品、医疗器械和医用耗材应符合国家医保信息业务编码管理相关规定。

3.用于支付参保人员在定点医疗机构发生的符合国家医保信息业务编码管理的非免疫规划疫苗费用。

4.用于缴纳参保人员参加职工大病保险、长期护理保险的个人缴费，灵活就业人员职工医保参保缴费、职工医保参保人员享受退休人员医保待遇缴费年限不足时的一次性趸交职工医保费，以及参保人员家庭成员参加城乡居民医保、长期护理保险等的个人缴费。

5.用于支付参保人员购买本省及本市政府指导的、与基本医疗保险相衔接的商业医疗保险产品的费用。

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。





个人账户资金可支付的医疗器械和医用耗材范围

- 1.口罩、新冠病毒抗原检测试剂；
 - 2.血压计；血糖测试仪、
 - 3.血糖试纸、一次性使用末梢采血针、笔式注射针；
 - 4.体温计；
 - 5.酒精消毒液、棉球、片，碘消毒液、棉球、片，棉签；
 - 6.创口贴。
- 可支付范围根据省规定适时调整。



个人账户家庭共济

家庭共济关系的设立：

家庭共济的范围：

个人账户家庭共济的适用对象范围为我市职工医保参保人员的配偶、父母、子女，家庭成员应为本省基本医疗保险的参保人员。

家庭成员发生的符合个人账户资金使用范围的费用，可以通过个人账户家庭共济的方式，享受家庭共济待遇，实现个人医药费用通过家庭共济进行分担。

(一) 设立关系

1.主账户人**个人账户资金有结余，且正常享受职工医保待遇的**，可申请设立一个家庭共济关系，将本人个人账户结余资金作为家庭共济资金与其家庭成员共济使用。家庭成员享受家庭共济待遇的，可从主账户人个人账户上支付相应待遇。

2.主账户人申请设立、变更家庭共济关系，应当提供本人及家庭成员有效身份证件信息、家庭关系承诺书等。

3.家庭共济关系发生变化的，主账户人应及时申请变更或终止家庭共济关系。

4.主账户人因跨统筹地区流动就业等原因转移职工医保关系或其他终止职工医保关系情形的，家庭共济关系自动终止。

(二) 申请渠道

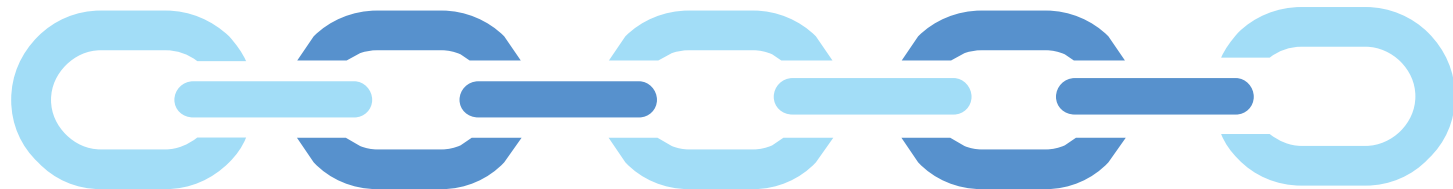
主账户人根据家庭成员的医疗需求，按照自愿原则，通过江苏医保云、医保微信公众号及各地医疗保障经办机构服务大厅窗口等渠道，申请设立家庭共济关系。



家庭共济资金的使用范围

2.在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用，并符合国家医保信息业务编码管理相关规定。

4.缴纳家庭成员参加城乡居民医保的个人缴费部分。

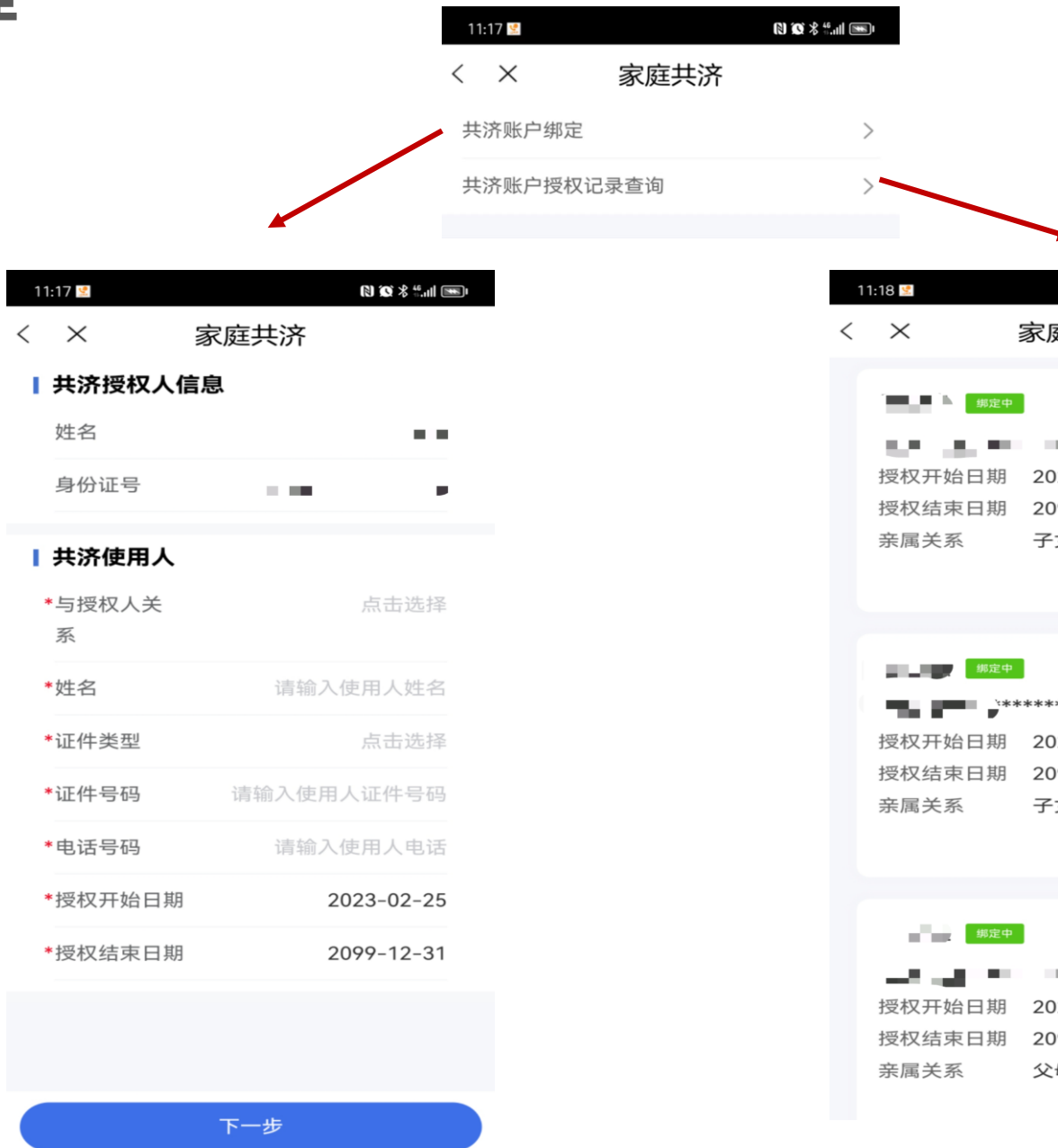


1.支付家庭成员在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用。

3. 购买本省及设区市政府指导的、与基本医疗保险相衔接的商业医疗保险产品

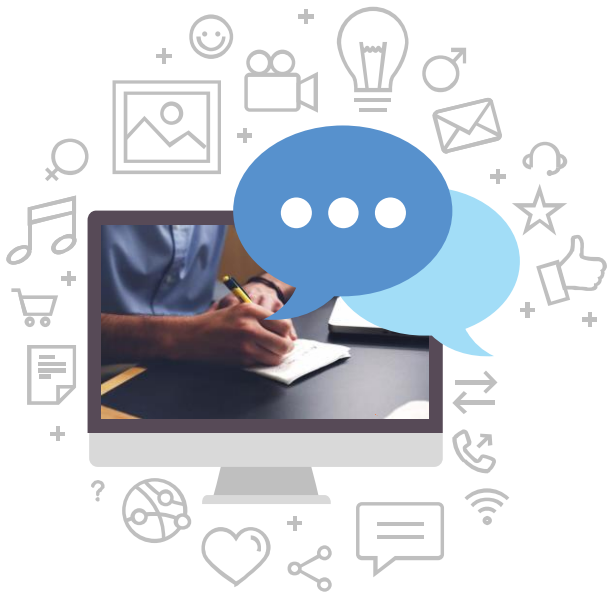


家庭共济绑定流程





家庭共济资金的使用规则



提醒：医保个人账户≠医保卡

家庭成员必须持本人医保卡就医，对参保人员通过虚构家庭成员关系等情形违规享受家庭共济待遇的，各地医疗保障部门应当立即停止相关当事人家庭共济待遇，追回使用的医保基金，并按照《社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规处理。



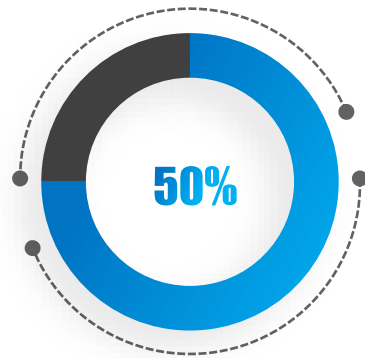
家庭成员在定点医药机构发生的符合个人账户资金使用范围的费用，应先使用其本人的个人账户资金支付，个人账户资金不足的部分，以及本人无个人账户的，通过家庭共济的方式支付。



- ◆ 家庭成员使用家庭共济资金缴纳城乡居民医保费以及购买商业医疗保险产品的，应使用家庭共济资金全额缴纳。
- ◆ 各家庭成员使用家庭共济资金，用完为止。家庭共济资金用完后，家庭共济关系延续。
- ◆ 主账户人和家庭成员在同时间段只能加入一个家庭共济关系，如需变更家庭共济关系，可以在退出后再加入新的家庭共济关系。

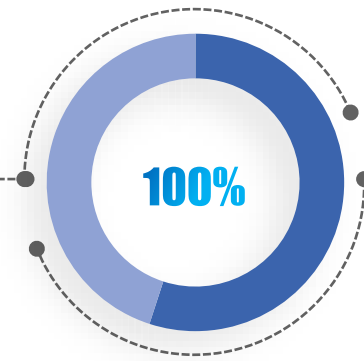


门诊共济改革其他措施



积极便利门诊用药保障服务

- ◆ 完善定点零售药店分级管理政策，将符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务纳入基本医疗保险统筹基金支付范围。
- ◆ 支持外配处方在定点零售药店结算和配药，根据全省处方流转平台建设进度，逐步实现符合条件的定点零售药店销售的医保政策范围内药品费用统筹基金支付比例与外配处方的定点医疗机构一致。



规范职工医保门诊慢性病、特殊病保障

- ◆ 全面执行全省统一的门诊特殊病保障政策，全面实现门诊慢性病保障由病种保障向费用保障过渡。
- ◆ 职工医保：将系统性红斑狼疮、慢性肾功能衰竭非透析治疗、肺结核3类病种纳入门诊特殊病保障范围。不设起付标准，基金支付比例90%，费用限额8000元。



门诊共济改革配套机制

优化医药服务管理 和医保公共服务

国谈药双通道管理、医保药品支付标准、零售药店集中带量采购、互联网+医疗服务、完善协议管理、推动基层医疗服务体系建设

02

01 加强医保基金监督管理

查处门诊过度医疗、个人账户使用分析、门诊费用智能监控

03

完善与门诊共济保障 相适应的付费机制

门诊统筹基金总额预算管理、门诊医保支付方式改革。



基本医保待遇



PART 02 住院待遇



职工医保住院待遇

住院起付线：起付标准以内的医疗费用由**个人自负**，可自主选择用个人账户结余金额予以抵冲。

首次住院

- 三级医院：在职职工800元，退休人员600元；
- 二级医院：在职职工600元，退休人员400元；
- 一级及基层医院：在职职工300元，退休人员200元。

第二次及以上

- 当年第二次住院的起付标准为首次起付标准的50%；
- 当年第三次及以上住院的起付标准统一为100元。

长期住院

超过180天的，每180天作一次住院结算，超过180天的部分按再次住院处理。

★起付线以上部分：

4万元以下的部分，按在职职工**90%**、退休人员**95%**的比例结付；
4万元以上的部分，统一按**95%**的比例结付。





居民医保住院待遇

参保人员	医疗机构等级	起付线	报销比例	封顶线
老年居民 其他居民	三级	800	起付线 ~ 4 万： 75% 4 万 ~ 10 万： 80% 10 万 ~ 20 万： 85% 20 万 ~ 35 万： 90%	35万
	二级	500		
	一级	300		
学生儿童 大学生	三级	500		
	二级	500		
	一级	500		
注： 年度内第二次住院起付线为第一次的 50%， 第三次及以后起付线为 100 元。				

- 参保居民在结算年度内住院、门诊特殊病和门诊慢性病累计医疗费用以35万元为封顶线，超过封顶线以上的医疗费用，居民医保基金不再支付。



PART 04

医保目录



目录名称

药品

诊疗项目

耗材

管理权限

国家

省

市



药品

2860种

- **甲类药品：**

全部纳入医保报销范围，按照规定的比例报销

- **乙类药品：**

个人先按照比例自付后，再纳入报销范围按照规定的比例报销

医保药品有支付标准，超过支付标准的部分自费



诊疗 项目

- **诊疗项目：**指医疗机构提供的服务项目，包括诊察、检查、检验、护理、手术、床位等
- **分类管理：**依据价格管理，按照三类医院、二类医院、一类医院、社区、老年护理院、门诊卫生所、药店使用权限分类管理
- **支付规则：**限价管理，定点医疗机构诊疗服务项目价格超过医保支付限价的，医保基金不予支付



耗材

单价200元以下

全部支付的诊疗服务项目对应材料自费比例为0
部分支付的诊疗服务项目对应材料自费比例10%

单价200-3万元以下

国产材料自费10%
进口材料自费30%

单价3万-5万元

自费30%



03

门诊特殊病 慢性病



PART 01
门诊慢特病



门诊特殊病待遇 (职工、居民)

门诊特殊病

指诊断明确、病情相对稳定、费用负担相对较重，适合在门诊治疗、比住院更方便的疾病。调整后，我市职工医保共有10个门诊特殊病，居民医保共有12个门诊特殊病。

序号	病种	费用支付限额	费用限额	适用险种
1	恶性肿瘤	治疗期（放疗） 治疗期（化疗） 治疗期（介入治疗） 治疗期（生物靶向药物治疗） 治疗期（内分泌治疗） 康复期	无限额（职工）； 35万（居民） 与住院累计4万元以内90%，超过4万元95%（职工）； 90%（居民） 8000元	职工医保、居民医保
2	慢性肾功能衰竭	血液透析 腹膜透析 非透析治疗	无限额（职工）； 35万（居民） 8000元 与住院累计4万元以内90%，超过4万元95%（职工）； 90%（居民） 90%	职工医保、居民医保
3	器官移植术后抗排异治疗	无限额（职工）； 35万（居民）	与住院累计4万元以内90%，超过4万元95%（职工）； 90%（居民）	职工医保、居民医保
4	严重精神障碍	精神分裂症 分裂情感性障碍 偏执性精神病 双向情感障碍 癫痫所致精神障碍 精神发育迟滞伴发精神障碍 重症抑郁症 伴有精神病症状的躁狂症 本市持证精神残疾人	5300元（职工）； 4300元（居民） 100%	职工医保、居民医保
5	血友病	10万元	90%	职工医保、居民医保
6	再生障碍性贫血	8000元	90%	职工医保、居民医保
7	系统性红斑狼疮	8000元	90%	职工医保、居民医保
8	肺结核	8000元	90%	职工医保、居民医保
9	老年性白内障	3800元	90%	职工医保、居民医保
10	儿童I型糖尿病	8000元	90%	职工医保、居民医保
11	儿童孤独症	8000元	90%	职工医保、居民医保
12	儿童生长激素缺乏症	8000元	90%	职工医保、居民医保
13	家庭病床	每180天为一结算周期，每一周期起付标准为400元，限额4000元	90%	职工医保、居民医保



门诊特殊病政策调整



新增病种

职工医保：将系统性红斑狼疮、慢性肾功能衰竭非透析治疗、肺结核3类病种纳入门诊特殊病保障范围。

居民医保：将系统性红斑狼疮、慢性肾功能衰竭非透析治疗、肺结核、儿童Ⅰ型糖尿病、儿童孤独症、儿童生长激素缺乏症6类病种纳入门诊特殊病保障范围。



明确病种待遇

新增门诊特殊病病种不设起付标准，基金支付比例90%，费用限额8000元。

同时将职工严重精神障碍调整为在5300元限额内按100%的比例结付，居民提高至4300元。



明确统一管理方式和申请流程



明确门诊特殊病认定机构。

各级医疗保障部门指定的二级及以上定点医疗机构作为门特诊断和认定医疗机构，按照疾病临床路径和认定标准对门诊特殊病予以认定。

其中儿童Ⅰ型糖尿病、儿童孤独症、儿童生长激素缺乏症认定医疗机构须为儿童专科医疗机构或在设有儿童专科综合医疗机构。



明确门诊特殊病定点治疗医药机构。

符合条件的定点医疗机构可开展相应门诊特殊病治疗。参保人员可选择能够满足就医需要的定点医疗机构作为本人门诊特殊病治疗医疗机构。

门诊特殊病药品费用可在B级及以上的定点医药机构直接划卡结付。



明确门诊特殊病待遇申请流程。

门诊特殊病认定医疗机构的专科副主任及以上医师可对参保人员门诊特殊病予以诊断和认定，并由医师或医院医保部门通过信息系统传输诊断信息报医保经办机构备案后，参保人员即可享受相应的门诊特殊病待遇。

01

概念

- ◆ 是指诊断明确、病情相对稳定、治疗周期较长、费用负担相对较轻，适合在门诊治疗、比住院更方便的疾病。

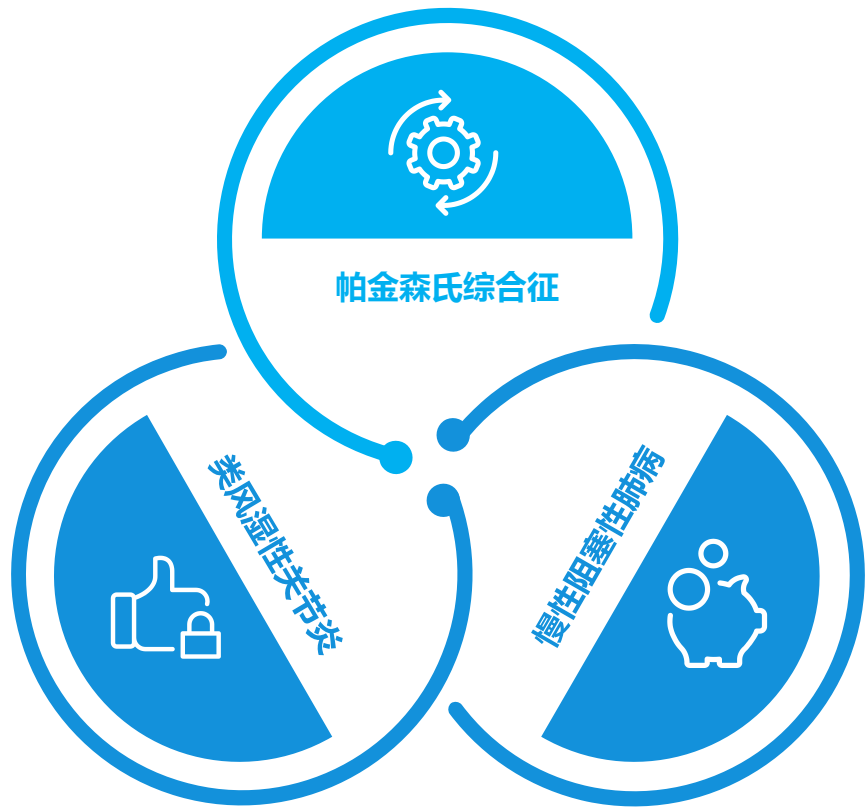
02

增设原因

- ◆ 病种设置地区较多；患者人数较多；符合临床需求；有明确的疾病准入标准。
- ◆ 新增病种实行全市统一认定标准、统一待遇标准、统一病种目录、统一管理方式。

门诊慢性病管理方式和申请流程参照门诊特殊病。

序号	病种名称	待遇标准
1	类风湿性关节炎	费用限额2500元， 支付比例80%
2	帕金森氏综合症	
3	慢性阻塞性肺病	





门诊两病待遇（居民）



为衔接各地两病用药保障待遇，取消两病待遇300元的起付线，将单病最高支付限额从1600元提高至2000元，同时患有两病的最高支付限额从2400元提高至3000元。

序号	病种名称	医疗费用限额（元）	支付比例
1	高血压	单病限额2000元； 同时患有两病，限额为3000元	三级定点医疗机构35%； 二级及以下定点医疗机构55%
2	糖尿病		



明确定点医药机构管理职责

定点零售药店在为门特患者配药时，应严格执行药品管理规定，明确专门药师责任到人。配备门特药品时应认真核对本人身份信息，严格审方验方，查阅病历或信息系统上次配药记录，并在病历上如实记录本次所配药品名称、用法及用量，并指导用药。

定点医疗机构医务人员在为门特患者诊治时，应认真核对身份信息，因病施治，合理用药，并在病历或信息系统上准确记录病史及治疗经过。

定点医疗机构违规为参保人员办理门特认定的，参保人员发生的相应门特费用，基本医疗保险统筹基金不予支付，由定点医疗机构承担。

参保人员及两定机构应严格遵守门特管理相关规定，医保经办机构对参保人员经核实不符合门特认定条件的、有相关欺诈骗保以及其他违规行为的，取消其门特待遇享受资格，涉及医疗机构的，不得开展门特认定工作，违反《医疗保障基金使用监督管理条例》相关条款的，按其规定处理。

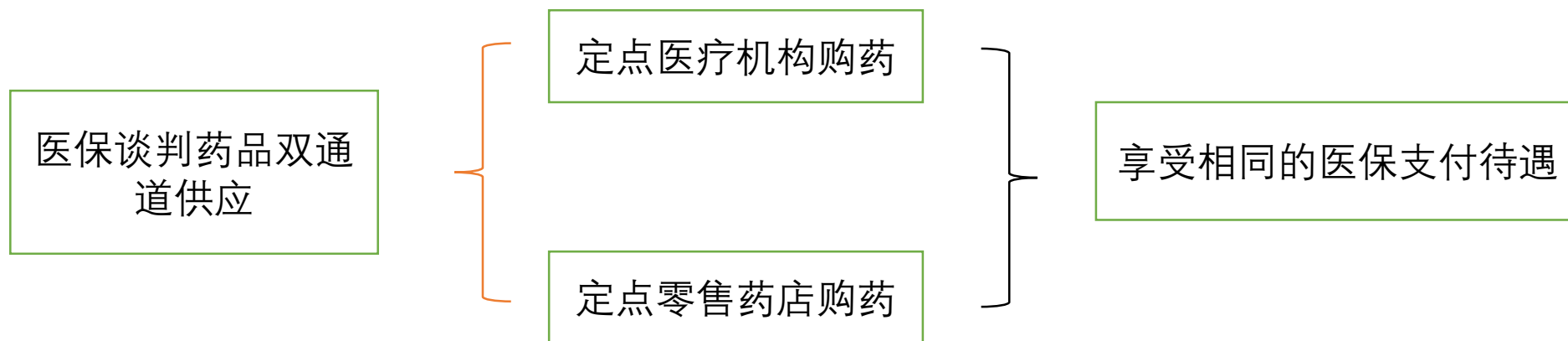


PART 02

单独支付 国谈药品

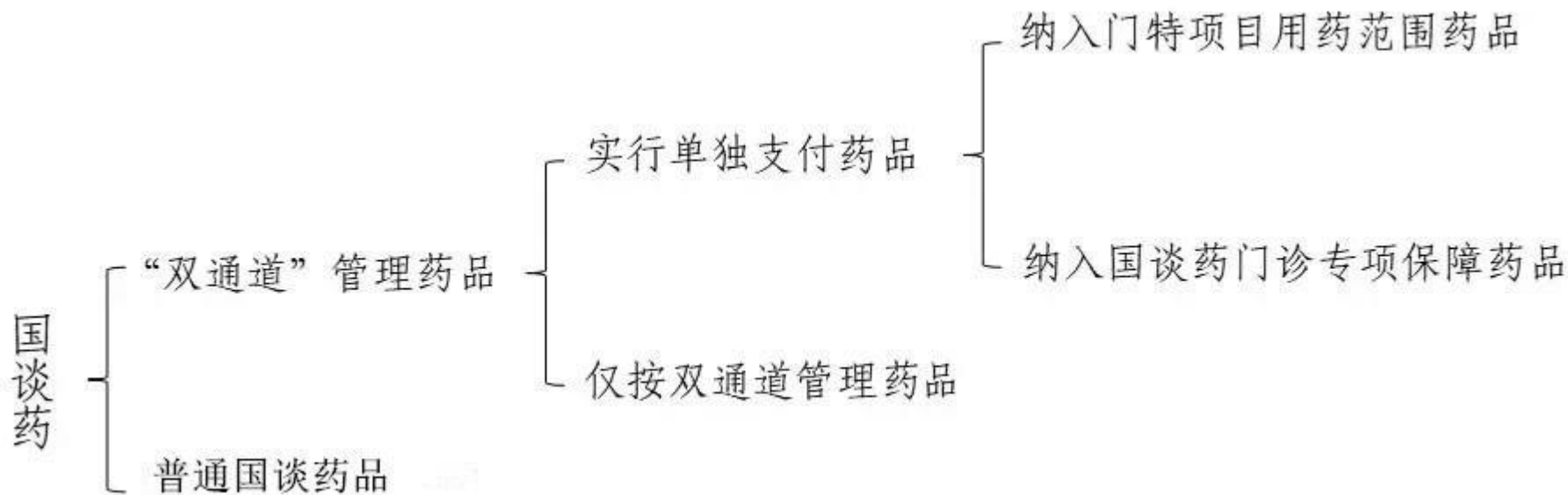


“双通道”用药保障机制





统一管理，分类保障



自2024年1月1日起苏州市正式执行
新版国家医保药品目录
双通道单独支付药品有**180种**
其中已纳入我市
门特用药范围的药品**88种**
纳入国谈药门诊专项保障药品**92种**



统一管理，分类保障

**纳入门特管理的双
通道单独支付药品**

按照门诊特殊病
用药管理

**国谈药门诊专项保
障药品**

职工医保支付90%，
居民医保支付80%，
不设起付线，直接
纳入医疗保险统筹
基金支付。一个医
保结算年度内，国
谈门诊保障用药费
用支付总限额为10
万元。

**仅按照双通道管理
药品**

按照普通乙类目录
药品管理



四定管理-定国谈药定点医疗机构

采取直接确认的方式，将我市具备相应诊疗技术的二级及以上定点医疗机构直接确认为我市国谈药定点医疗机构。





四定管理-定国谈药定点零售药店

采用遴选确认的方式，从B级药店、特药定点药店、门特慢病定点药店中进行遴选，将符合遴选条件的确定为我市国谈药定点零售药店。各市区国谈药定点零售药店至少确定一家。

国谈药定点零售药店负责对责任医师开具的处方核认，提供配药费用结算和配送服务，向当地医保经办机构实时上传药品结算、视频等相关数据信息。



四定管理-定责任医师

国谈药定点机构中对应学科的具有副高及以上技术职称的一线临床医师，并于2023年扩大至三级医疗机构的主治医师。

负责参保患者治疗各个阶段的诊疗服务和用药指导，包括诊断确认、用药申请、开具处方、复查评估等。



副主任医师及以上



四定管理-定用药资质

- 经国谈药定点医院国谈药医保责任医师诊断确需使用国谈药的，由责任医师填写《参保患者“双通道”管理及单独支付药品用药申请表》后，责任医师及其所在医疗机构实时通过线上系统向医保部门报送备案。
- 参保人员凭责任医师开具的电子处方或纸质处方，持医保电子凭证（或有效身份证件、医保卡）至约定的国谈药定点医药机构实名直接划卡结算。
- 参保患者享受医保待遇期间，须定期到国谈药医保责任医师处复查评估，并根据评估结果及时调整用药方案。复查评估时间最长不超过一年。



办理渠道

办理渠道		办理流程	办理材料
线下 办理 渠道	国谈药定点医疗机构“一站式”办理	①经国谈药定点医院国谈药医保责任医师（具体名单咨询各定点医院）诊断确需使用国谈药的，由责任医师填写《参保患者“双通道”管理及单独支付药品用药申请表》； ②责任医师及其所在医疗机构实时通过线上向医保部门报送备案； ③参保地医保经办机构审核通过后（一般1个工作日内），即时享受待遇。	国谈药医保责任医师填写的《参保患者“双通道”管理及单独支付药品用药申请表》，并准备疾病诊断材料（包括检验报告、出院小结、门诊病历等）、医保电子凭证（或有效身份证件、医保卡等）。
	参保地医保经办机构窗口	①申办人携带相关材料前往参保地经办机构窗口办理； ②工作人员对材料是否符合办理条件进行审核，若材料符合办理条件即时受理，若材料不符合的，一次性告知到位； ③经办机构审核通过在系统登记后，即可享受待遇。	
线上 办理 渠道	“苏州医保”微信公众号： 掌上大厅-医保云服务-门诊慢特病/国谈药登记	①申办人可通过网上或掌上提示提交备案所需材料照片； ②工作人员对材料是否符合办理条件进行审核，若材料符合办理条件即时受理，若材料不符合的，一次性告知到位； ③经办机构审核通过在系统登记后，即可享受待遇。	
	申请人可通过邮寄材料至参保地经办机构办理。		



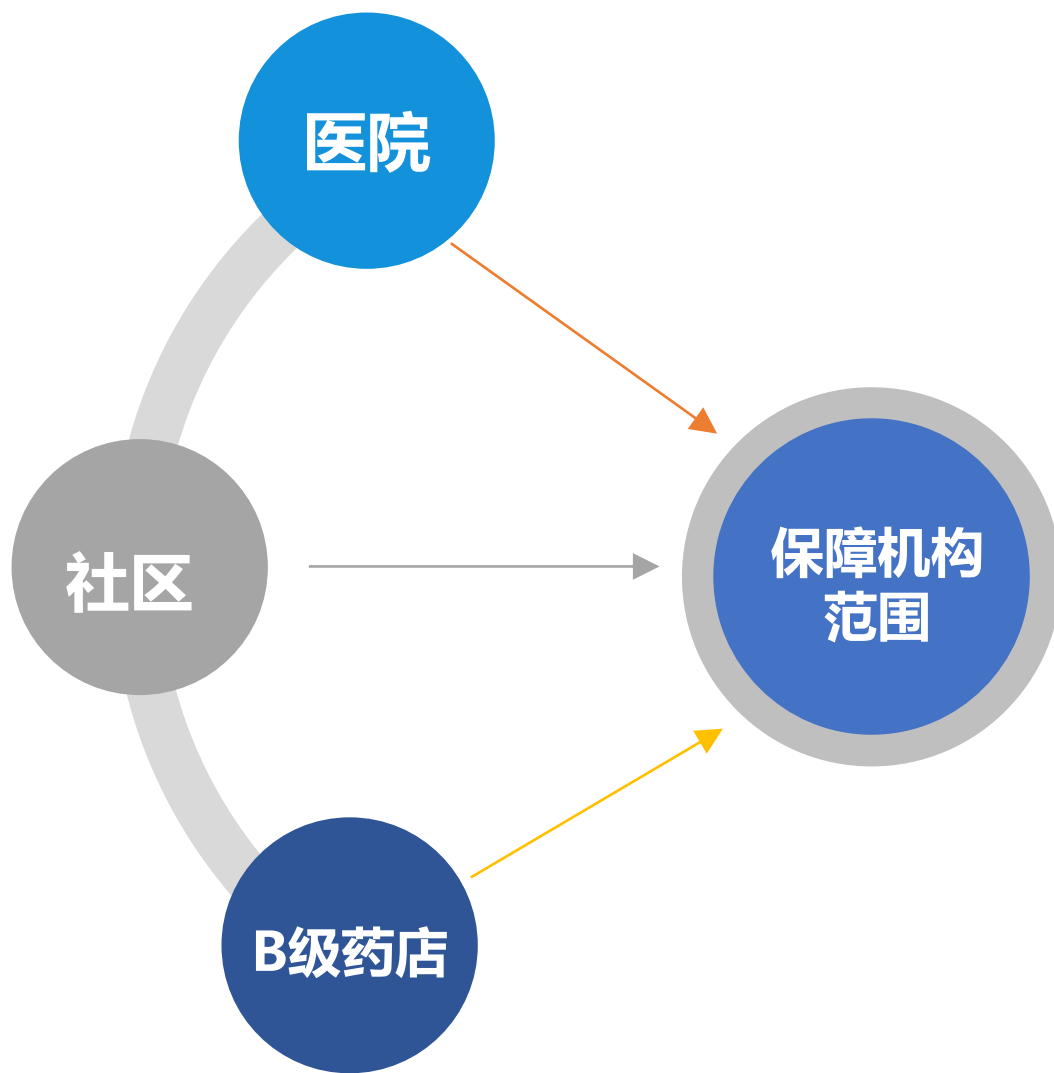
04

大病保险



2024年起大病保险市级统筹

	参保职工	参保居民
医保基金	职工医保基金按180元/人/年划转 (其中30元从个人账户划转; 150元从统筹基金中划转)	居民医保基金按80元/人/年划转
财政	/	10元
合计	180元	90元



在医保定点医院、定点社区卫生服务中心（卫生站）和B级定点零售药店等机构发生的**自付费用**以及符合大病保险目录的自费费用（以下简称**合规自费费用**）。

费用分类	费用区间段	普通参保人员 支付比例	实时救助人员 支付比例
自付费用	5000元（含）～1万元（不含）	/	55%
	1万元（含）～3万元（含）	50%	55%
	3万元（不含）～10万元（含）	60%	65%
	10万元（不含）～20万元（含）	70%	75%
	20万元（不含）以上	85%	90%

费用分类	费用区间段	普通参保人员 支付比例	实时救助人员 支付比例
合规 自费 费用	6000元（含）～3万元（含）	/	70%
	3万元（不含）～5万元（含）	60%	75%
	5万元（不含）～20万元（含）	70%	80%
	20万元（不含）以上	85%	90%

大病保险结付方式全市统一确定为实时划卡。

发生的大病保险费用由商保公司委托医保经办机构与各定点医药机构结付，商保公司与医保经办机构定期清算。



05

救助待遇



救助对象

医疗救助公平覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民，根据救助对象类别实施分类救助，救助对象包括以下人员：

- 1、特困人员
- 2、低保人员
- 3、困境儿童
- 4、精减退职职工
- 5、低保边缘人员
- 6、困难家庭重病重残人员

- 7、支出型大病人员
- 8、临救大病人员
- 9、重点优抚对象
- 10、特困职工
- 11、重度残疾人
- 12、市人民政府规定的其他特殊困难人员



救助待遇

医疗救助待遇包括参加居民医保保费补助和实时医疗费用救助，实时医疗费用救助待遇包括以下几方面：

1、救助定点医疗机构免收诊疗费（包括普通门诊诊察费、普通门诊中医辩证论治、一般诊疗费等非专家非特需类诊疗费）。

2、每一结算年度内，医疗救助基金支付门诊、住院政策范围内个人自付费用的总限额为30万元；门诊自付费用每一结算年度在1万元限额内由医疗救助基金按救助对象对应比例进行救助；住院自付费用每一结算年度在规定限额内由医疗救助基金按救助对象对应比例进行救助；特困人员、困境儿童救助比例为100%，其他对象救助比例为85%。



救助待遇

3、经审核享受器官移植后抗排异治疗、恶性肿瘤（治疗期）和慢性肾功能衰竭（血液透析、腹膜透析）门诊特殊病医疗待遇的救助对象，门诊与住院共用救助限额，其门诊自付费用在30万共用限额内由医疗救助基金分别按85%、90%、95%的比例予以救助。

4、享受实时医疗救助待遇的城乡居民医疗保险救助对象，在结算年度内发生的符合规定的住院、门诊特殊病和门诊慢性病的医疗费用累计超过基本医保支付封顶线后，发生的门诊和住院自付费用由医疗救助基金按照95%的比例进行救助。



06

长期护理保险



长期护理保险

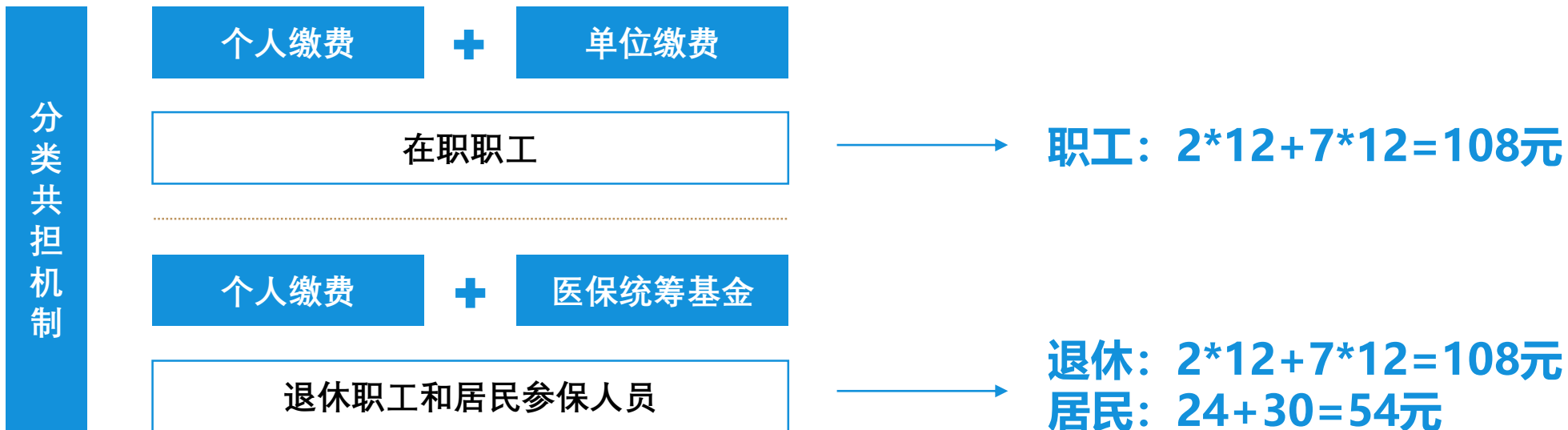
保障范围：长期护理保险制度以长期处于失能状态的参保人群为保障对象，重点解决重度失能人员基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理等所需费用。

参保范围：我市职工医保和居民医保参保人群。

享受对象：因年老、疾病、伤残等原因导致失能失智，规范治疗病情稳定后，经失能评定和资格认定符合国家失能评估标准的，可享受长期护理保险待遇。



筹资标准





待遇标准

机构护理（元/天）		居家护理（元/小时）	
中度	重度	中度（13次/月，每次两小时） 重度（18次/月，每次两小时）	
		普通护理	医疗护理
23	30	40 (其中个人承担2.5)	50 (其中个人承担2.5)



享受条件和申请流程

享受条件

1. 参加长期护理保险。
2. 丧失生活自理能力连续满6个月以上。

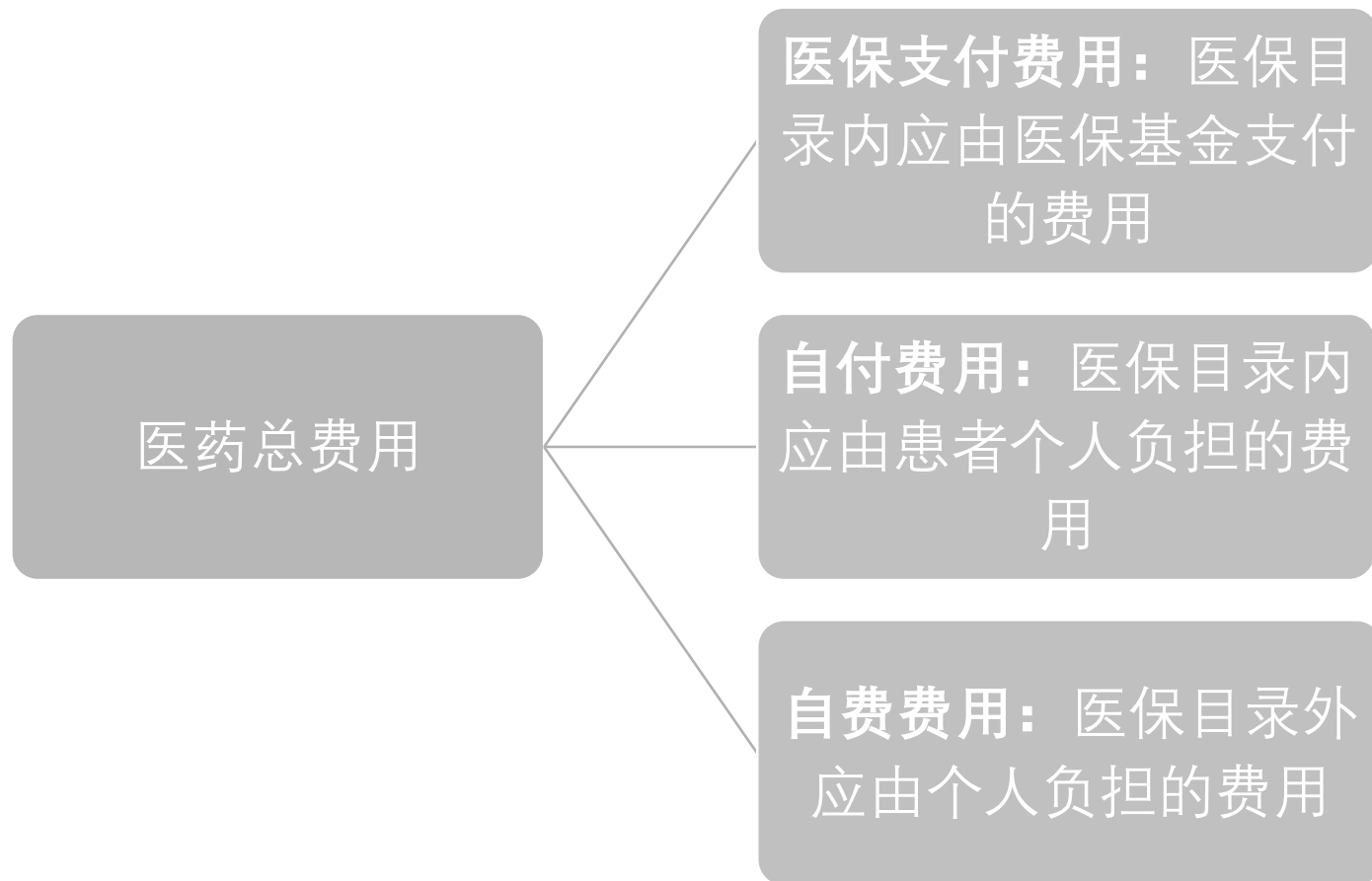
申请流程

申请人员可自主选择定点护理服务机构，由本人、监护人或定点护理机构向商保机构提出评估申请。



07

商业保险





江苏医惠保-苏惠保

**江苏医惠保1号** **2023年度**

暖心江苏 医惠保护万家

158元保费不变 4重保障更暖心

**政府指导可信赖**

全省老少都能保 **医保个账可缴费**

指导单位：江苏省医疗保障局
监督单位：中国银行保险监督管理委员会江苏监管局

适用人群：参加江苏省城镇职工基本医疗保险、城乡居民医疗保险人员等
参保日期：即日起至2022年12月31日
保障日期：2023年01月01日至2023年12月31日
咨询电话：4000651066

不限年龄 不限户籍 不限职业 不限健康状况

**东来人寿** **SHOOCOW LIFE** **相守4年 诚护家人**

苏惠保2023

政府指导 苏州定制

79元保一年 享500万医疗保障

指导单位：
苏州市医疗保障局 苏州市财政局 苏州市人民政府国有资产监督管理委员会
苏州市人力资源和社会保障局 苏州市民政局 苏州市卫生健康委员会
苏州市地方金融监督管理局 苏州市大数据管理局 苏州银保监分局
苏州市医疗保障基金管理中心 苏州市社会保险基金管理中心

保障升级·续保优待
苏州定制 全市覆盖

**政府指导放心保**

「五大保障」
79元保500万，更享6000元住院津贴



08

医保公共服务



医保公共服务机构

1

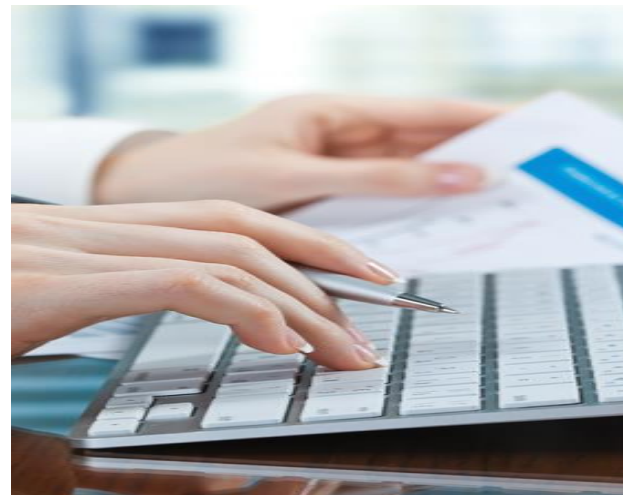
医保经办机构（市、县两级医保中心）

2

街道、乡镇、社区和村（为民服务中心、居委会等）

3

部分医保定点医院和银行网点





常见的医保公共服务-参保登记



职工参保

单位参保

所在单位统一进行网上和现场办理。

灵活就业参保

个人携带材料，前往户籍或居住地所在社区工作机构申报登记。

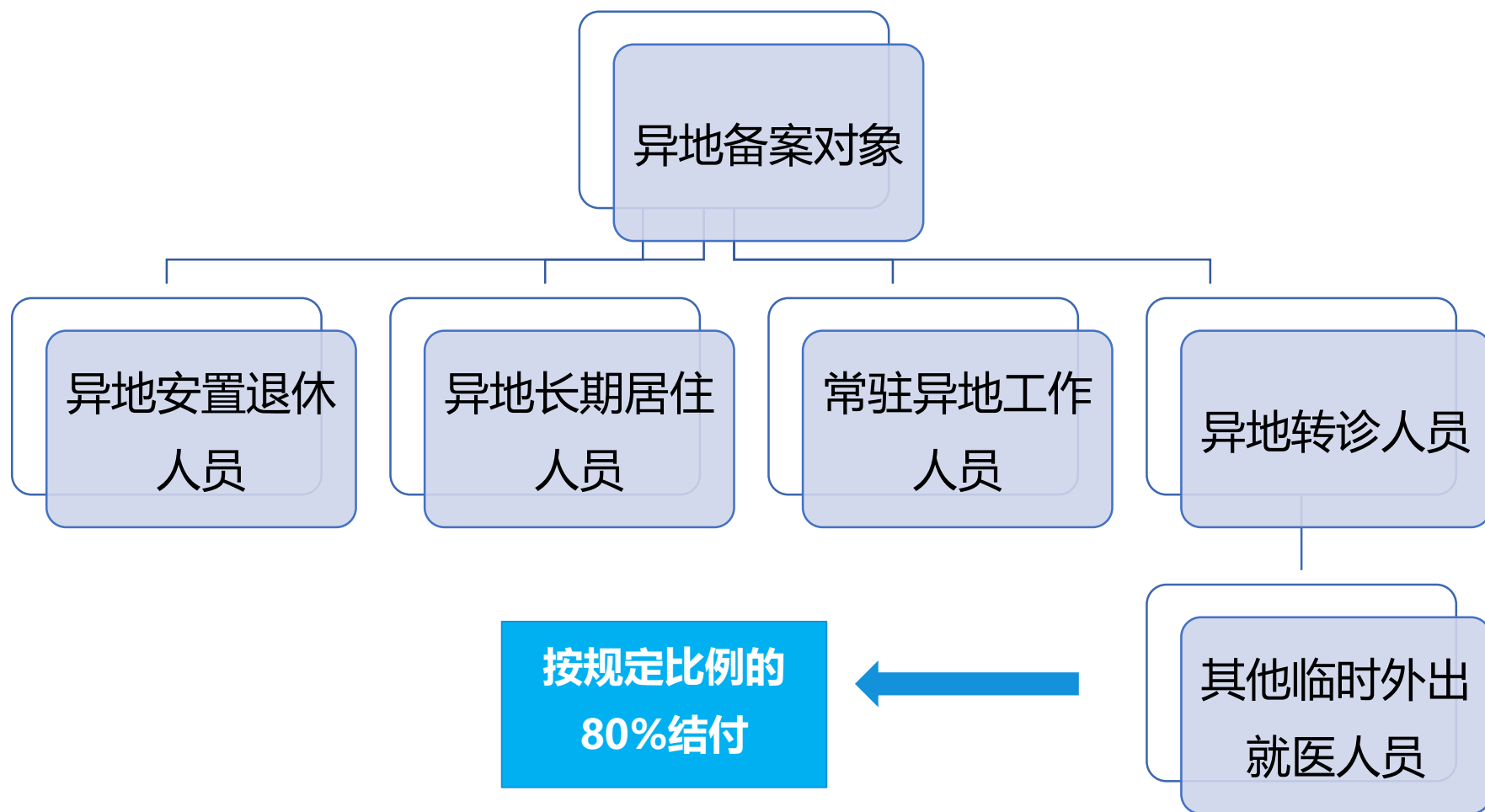


居民参保

市区的在校学生（包括幼儿园）：

由学校统一办理

其他人员：**到户籍所在地的社区、街道以及医保中心（社保中心）等进行办理，也可以关注苏州医保微信公众号进行办理。**



01 备案渠道

掌上办

- 1.国家异地就医备案小程序（仅支持跨省异地就医备案）
- 2.江苏医保云



网上办

江苏省政务服务网



窗口办

医（社）保经办机构柜面



自助办

邮寄、自助机



02办理流程

业务申请



业务受理



业务经办



结果反馈



办理时限：

- 1.线上业务：不超过2个工作日；
- 2.窗口业务：即时办结。

03待遇享受

就医

异地就医直接结算执行就医地医疗机构的就医流程和服务规范。

省内

省内异地就医结算按照“参保地目录，参保地政策”结算。

跨省

跨省异地就医结算按照“就医地目录，参保地政策”结算。



医保零星报销

主要适用以下范围：



已办理异地就医备案手续，在就医地发生的符合医保规定的但无法直接结算的医疗费用。



因突发急、危、重病，在非医保定点医疗机构发生的医疗费用，或者外出期间因突发急危重病，就近在外地医疗机构发生的急诊、急救医疗费用。



2019年12月1日后，未按参保地规定办理转诊手续，直接到参保地以外的医保定点医院就医，发生的符合医保规定的医疗费用。这类费用会降比例报销。



其他符合规定的医疗费用。



医保电子凭证

卡时代



码时代



医保电子凭证申领渠道

1. 国家医保服务平台
2. 支付宝—市民中心
3. 微信—“我的医保”公众号
4. 江苏医保云APP
5. 银联云闪付APP
6. 商业银行APP







医保咨询服务渠道

线下渠道：

医保经办机构

街道（乡镇）为民服务中心、社区（村）为民服务站、及部分银行
网点

线上渠道：

苏州医保官网（<http://ybj.suzhou.gov.cn/>）

苏州医保微信公众号

苏周到APP、江苏医保云APP、江苏政务服务网等

热线电话：

12393 12345

苏州医保微信公众号



中国医保 一生守护

谢谢聆听