

2025 年城乡居民医保待遇新老政策对比

2025 年城乡居民医保待遇政策调整范围：普通门诊、住院、大病、罕见病等。新老政策对比内容见下表：

城乡居民门诊待遇新老政策对比

医疗类别	2024 年待遇标准	2025 年待遇标准	调整内容
普通门诊	报销比例 55%，单次最高报销限额 25 元，年度最高报销限额 150 元。	报销比例 60%，年度最高限额 150 元。	提高报销比例，取消单次限额，产前检查纳入门诊待遇，异地长期居住人员在备案地一级及以下定点医疗机构享受普通门诊政策。
普通慢性病	报销比例 60%，按年度报销限额，多个病种限额以最高计算，每增加一个病种增加 500 元，最高增加 1000 元。	报销比例 60%，按年度报销限额，多个病种限额以最高计算，每增加一个病种增加 500 元，最高增加 1000 元。	省内转诊降 5 个百分点、省内非转诊降 15 个百分点；省外转诊降 10 个百分点、省外未转诊降 20 个百分点。
特殊慢性病	参照普通住院比例，年度内按就诊最高类别医疗机构计算 1 次起付线。	参照普通住院比例，年度内按就诊最高类别医疗机构计算 1 次起付线。	省内转诊降 5 个百分点、省内非转诊降 15 个百分点；省外转诊降 10 个百分点、省外未转诊降 20 个百分点(省外转诊 60%、未转诊 50%)。
两病门诊 (高血压、糖尿病)	报销比例 50%，高血压、糖尿病年度医保基金最高支付限额均为 200 元，同时患有两种疾病的，年度最高支付限额为 300 元，支付限额含普通门诊支付限额。	报销比例 50%，高血压、糖尿病年度医保基金最高支付限额均为 200 元，同时患有两种疾病的，年度最高支付限额为 300 元，支付限额含普通门诊支付限额。	二级及以下定点医疗机构改为市域内一级及以下基层定点医疗机构发生的政策范围内费用纳入保障待遇。
残疾辅助器具 (符合残联规定的残疾人)	大腿假肢 1700	大腿假肢 1700	取消定点装配机构
	小腿假肢 800	小腿假肢 800	
	助听器 3500 (7 岁以下儿童，含 7 岁)	助听器 3500 (7 岁以下儿童，含 7 岁)	
18 以下苯丙酮尿症、四氢生物蝶呤缺乏症	在省内省级或市级妇幼健康服务机构门诊就诊，年度累计报销限额 20000 元	在省内省级或市级妇幼健康服务机构门诊就诊，年度累计报销限额 20000 元	未调整
学生意外伤害门诊	超过 50 元以上至 8000 元的部分由医保基金支付 80%	超过 50 元以上至 8000 元的部分由医保基金支付 80%	继续执行

城乡居民住院待遇新老政策对比

2024 年待遇标准										2025 年待遇标准													
报销类型	定点医疗机构等级	省内					省外			定点医疗机构等级	省内					省外							
		市内		市外			起付线	报销比例			市内		市外			起付线	报销比例						
		起付线	报销比例	起付线	急诊、转诊	非急诊、非转诊		起付线	急诊、转诊		非急诊、非转诊	起付线	报销比例	起付线	急诊、转诊		非急诊、非转诊	起付线	急诊、转诊	非急诊、非转诊			
普通住院	乡镇卫生院	200	90%	400	80%	70%	按当次住院总费用 20% 计算（不足 2000 元的按 2000 元计算，最高不超过 10000 元）	60%	50%	一级医院	200	90%	300	85%	75%	按当次住院总费用 20% 计算（不足 2000 元的按 2000 元计算，最高不超过 10000 元）	60%	50%					
	一级及以下	200	85%		1000	70%				60%	50%	二级医院	500	80%	750				75%	65%			
	市域内县二级医院	500	80%	1400								65%	55%	三级（市属）	700				75%	1050	70%	60%	
	二级	500	75%											三级（省属）	1000				70%	1500	65%	55%	
	三级（市属）	700	70%	2000	60%	50%				40%（转诊） 30%（未转诊）		无保底											
	三级（省属）	1000	65%	45%（急诊、转诊） 35%（非急诊、未转诊）																			
	保底报销	45%（急诊、转诊）		35%（非急诊、未转诊）						40%（转诊） 30%（未转诊）			无保底										
分娩住院	正常分娩定额补助	1600																					
	剖宫产定额补助	2400																					
基本医疗封顶线 25 万元										基本医疗封顶线 30 万元													
异地长期居住人员在备案地和参保地双向享受医保待遇																							

城乡居民大病保险待遇新老政策对比

2024 年待遇标准					2025 年待遇标准							调整内容
类型		省内 (含市内)	省外		类型		省内			省外		
			急诊、转 诊	非急诊、 非转诊			市内	市域外		急诊、转 诊	非急诊、 非转诊	
分段 比例	2-10 万元	60%	50%	40%	分段比 例(起 付线 1.5 万 元以 上)	0-5 万元		60%	55%			45%
	10-20 万元	70%	60%	50%		5-10 万元	65%	60%	50%	55%	45%	
	20 万元以上	80%	70%	60%		10-20 万元	75%	70%	60%	65%	55%	
	—					20 万元以上	80%	75%	65%	70%	60%	
起付线		2 万			起付线		1.5 万					
封顶线		30 万	20 万		封顶线		30 万					
特殊人群起付线 1 万，各段比例增加 5 个百分点，无封顶线。					特殊人群起付线 0.75 万，各段比例增加 5 个百分点，无封顶线。							
异地长期居住人员在备案地和参保地双向享受医保待遇。												

城乡居民罕见病待遇新老政策对比

2024 年待遇标准	2025 年待遇标准（大病）				调整内容		
1. 门诊医药费用比照住院费用处理； 2. 符合病情的目录外药品纳入大病保险支付； 3. 转外地治疗的医疗费用比照本市费用处理。	类型		省内	省外		符合《罕见病目录》、《罕见病药品目录》的门诊或住院的罕见病合规药品，大病保险单行支付，支付金额计入大病保险年度限额。	
				急诊、转诊	非急诊、非转诊		
	分段比例（起付线 2 万元以上）		0-5 万元	60%	50%		40%
			5-10 万元	65%	55%		45%
			10-20 万元	75%	65%		55%
			20 万元以上	80%	70%		60%
	封顶线		30 万（计入大病保险年度最高支付限额）				
	起付线		2 万				
特殊人群起付线 1 万，各段比例增加 5 个百分点、无封顶线； 已办理异地长期居住备案的跨省人员罕见病待遇按照省内政策执行。							

2025 年城镇职工医保待遇新老政策对比

2025 年城镇职工医保待遇调整范围：省内就医大病报销比例按不同就诊类型降低；罕见病待遇政策调整。新老政策对比内容见下表：

城镇职工大病保险待遇新老政策对比

2024 年待遇标准					2025 年待遇标准							调整内容
分段比例（起付线 2 万元）	起付线标准以上	省内（含市内）	省外		分段比例（起付线 2 万元以上）	起付线标准以上	市内	省内		省外		
			急诊、转诊	非急诊、非转诊				急诊、转诊	非急诊、非转诊	急诊、转诊	非急诊、非转诊	
	0-2 万元（含）	50%	40%	30%		0-2 万元（含）	50%	45%	35%	40%	30%	
	2 万-10 万（含）	60%	50%	40%		2 万-10 万（含）	60%	55%	45%	50%	40%	
	10 万-20 万（含）	70%	60%	50%		10 万-20 万（含）	70%	65%	55%	60%	50%	
20 万以上	80%	70%	60%	20 万以上	80%	75%	65%	70%	60%			
特殊人群起付线 1 万元，各段比例增加 5 个百分点，无封顶线												
异地长期居住人员在备案地和参保地双向享受医保待遇												

城镇职工罕见病待遇新老政策对比

2024 年待遇标准	2025 年待遇标准				调整内容		
1. 门诊医药费用比照住院费用处理； 2. 符合病情的目录外药品纳入大病保险支付； 3. 转外地治疗的医疗费用比照本市费用处理。	类型		省内	省外		符合《罕见病目录》、《罕见病药品目录》的门诊或住院的罕见病合规药品，大病保险单行支付，支付金额计入大病保险年度限额。	
				急诊、转诊	非急诊、非转诊		
	分段比例 (起付线 2 万元以上)		0-5 万元	60%	50%		40%
			5-10 万元	65%	55%		45%
			10-20 万元	75%	65%		55%
			20 万元以上	80%	70%		60%
	起付线		2 万				
	封顶线		无				
特殊人群起付线 1 万，各段比例增加 5 个百分点，无封顶线							
已办理异地长期居住备案的跨省人员罕见病待遇按照省内政策执行							