

01

京津冀统筹区内就医

热点问题

津冀参保人在北京就医，是否能享受北京的医保待遇？

答：不能。天津市、河北省各统筹区参保人员，在北京就医直接结算的医疗费用，按照“北京的医保目录、参保地报销政策”执行。全额结算费用按照参保地规定执行。

医保目录为医保药品目录、医疗服务设施、诊疗项目范围；报销政策为起付线、报销比例、封顶线。

京津冀参保人区域内跨省就医，能实时报销、直接结算吗？

答：所在参保地如支持其参保人员在异地直接结算相关医疗费用（详情需咨询参保地），参保人员在区域内开通直接结算业务的定点医院、药店就医购药，持社会保障卡按规定就医，可直接结算相关的医疗费用。

京津冀三地哪些定点医院，可以实时报销、直接结算？

答：参保人员可登录“国家医保服务平台”，查询已开通直接结算业务的统筹地区、定点医院信息。

京津冀三地医保直接结算的报销政策是什么？

答：北京市、天津市、河北省各统筹区参保人员，在京津冀区域内就医，不论是住院还是门诊，医保药品目录、医疗服务设施和诊疗项目范围均执行就医地的医疗保险政策；起付线、报销比例、封顶线等均执行参保地的医疗保险政策。

京津冀参保人员在区域内就医，需要选具体的定点医院就医吗？

答：普通门诊、住院就医不需要。门诊慢特病就医需按参保地规定办理资格认定或登记（备案）手续。

02

北京参保人去津冀就医

热点问题

京津冀就医无需备案后，本市参保人员在津冀发生费用的报销待遇有变化吗？

答：4月1日后，本市参保人员在津冀两地发生费用的报销待遇不变，执行北京市相关政策。

北京市职工基本医疗保险住院待遇标准					
参保人员类别	起付线	报销比例			
		医疗费用金额段	一级医院	二级医院	三级医院
在职职工	本年度第一次住院1300，第二次及以后每次650	1300-3万	90.00%	87.00%	85.00%
		3万-4万	95.00%	92.00%	90.00%
		4万-10万	97.00%	97.00%	95.00%
		10万-50万		85.00%	
退休职工	本年度第一次住院1300，第二次及以后每次650	1300-3万	97.00%	96.10%	95.50%
		3万-4万	98.50%	97.60%	97.00%