

潍坊市医疗保障局文件

潍医保发〔2020〕63 号

关于印发《潍坊市职工医疗保险与生育保险待遇清单》《潍坊市城乡居民基本医疗保险待遇清单》的通知

各县市区医疗保障局、市属各开发区劳动人事局：

为贯彻以人民为中心的发展思想，不断提高依法行政水平和保障绩效，公平适度保障人民群众基本医疗保险权益，按照《潍坊市人民政府关于印发潍坊市职工医疗保险与生育保险实施办法的通知》（潍政发〔2020〕9 号）、《潍坊市人民政府关于印发潍坊市城乡居民基本医疗保险实施办法的通知》（潍政发〔2020〕11 号），编制了《潍坊市职工医疗保险与生育保险待遇清单》《潍坊市城乡居

民基本医疗保险待遇清单》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



潍坊市职工医疗保险与生育保险待遇清单

为明确我市职工医疗保险与生育保险保障内涵,厘清待遇支付边界,实现医疗保障制度可持续发展,现将职工医疗保险与生育保险待遇清单公布如下。

一、住院待遇支付政策

参保人员在市内定点医疗机构发生的政策范围内的住院医疗费用,纳入职工医保基金支付范围。根据医疗机构等级确定起付标准和支付比例。

起付标准:在一(含社区卫生服务中心,下同)、二、三级医疗机构发生的住院医疗费用,首次住院起付标准分别为 400 元、600 元、900 元,年度当中第二次住院起付标准降低 100 元,从第三次住院开始,一级医疗机构不再设置起付标准,二级医疗机构起付标准为 200 元,三级医疗机构起付标准为 300 元。参保人员按规定市内转诊住院的,合并计算按首诊医疗机构计算起付标准。

支付比例:在一、二、三级医疗机构发生的政策范围内的住院医疗费用,起付标准以上至 2 万元(含)以内的部分,职工基本医疗保险统筹基金对在职职工支付比例分别为 92%、88%、84%,对退休人员支付比例分别为 96%、94%、92%;2 万元以上至基本医疗保险统筹基金最高支付限额(含)以内的部分,对在职职工支付比例分别为 92%、90%、88%,对退休人员支付比例分别为 96%、

95%、94%，其余费用由个人负担。

最高支付限额：在一个医疗年度内，职工基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额为 10 万元。

二、门诊慢性病支付政策

对恶性肿瘤放化疗、尿毒症透析治疗、糖尿病、高血压Ⅲ期（合并心、肾、脑、眼并发症）等 74 种门诊慢性病，参保患者经当地医疗保险经办机构审核确认后，在选择的门诊慢性病定点医疗机构就诊，门诊医疗费用纳入职工医保基金支付范围。

起付标准：一个医疗年度内，参保人员发生的政策范围内医疗费用，作为一次住院费用承担起付标准。其中，在不同级别的定点医疗机构发生门诊医疗费用的，按照就高原则承担起付标准。

支付比例和最高支付限额：具体报销比例和支付限额详见《关于调整完善基本医疗保险门诊慢性病有关政策规定的通知》（潍医保发〔2019〕53 号）。在一个医疗年度内，参保人员发生的政策范围内的门诊慢性病和住院医疗费用合并计算，基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额为 10 万元。

三、大额医疗保险支付政策

参加大额医疗保险的人员患病，超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上的符合统筹基金支付范围的医疗费用，由大额医疗保险给予支付。

起付标准：大额医疗保险起付标准为 10 万元。

支付比例：大额医疗保险基金支付 90%，其余费用由个人负

担。

最高支付限额:大额医疗保险基金最高支付限额,2020 年度为 40 万元;2021 年度起为 50 万元。

四、重特大疾病支付政策

参保人员在一个医疗年度内发生的符合基本医疗保险支付范围的住院医疗费用(不包含经批准转外就医和异地急诊非定点就医的医疗费用中个人先自付部分),按规定经基本医疗保险、大额医疗保险、公务员医疗补助支付后,累计负担超出重特大疾病起付标准的部分,纳入职工重特大疾病保障范围。

起付标准:上年度我市在岗职工平均工资的 50%。

支付比例:基本医疗保险统筹基金报销 70%。

最高支付限额:在一个医疗年度内,支付限额为 50 万元。

五、职工大病保险政策

参保人员使用省确定的大病保险谈判药品,由大病保险给予一定补偿。

起付标准:一个年度内(1 月 1 日至 12 月 31 日)起付标准为 2 万元。

支付比例:起付标准以上部分给予 60% 的补偿。

最高支付限额:年度最高支付限额 20 万元。

六、普通门诊支付政策

参保人员在签约定点医疗机构发生政策范围内的门诊医疗费用,纳入普通门诊统筹资金支付范围,参保人员住院期间不享受门

诊统筹待遇。

起付标准:单次起付标准为 20 元。

支付比例:由普通门诊统筹资金支付 50%。

最高支付限额:一个医疗年度内最高支付限额为 500 元。

七、个人账户政策

参保人员个人账户的本金和利息为本人所有,可用于支付本人及近亲属的门诊、药店等费用。划入比例如下:

1. 在职职工:不满 45 周岁的,按缴费基数 的 2.9% 划入,45 周岁(含)以上的按 3.9% 划入。

2. 退休人员:不满 70 周岁的,按本人当月统筹支付的养老金的 4.5% 划入,70 周岁(含)以上按 5.5% 划入。

八、生育保险支付政策

(一)生育津贴支付政策

参加生育保险的女职工按规定享受生育津贴。参加公务员医疗补助的女职工,不享受生育津贴待遇。

支付标准:生育津贴按照职工所在用人单位上年度职工月平均工资 $\div 30$ 天 $\times$ 津贴产假天数计发。

1. 生育津贴产假天数:正常生育的 98 天;剖宫产的增加 15 天;生育多胞胎的,每多生育一个婴儿增加 15 天;婴儿 72 小时以内死亡的,享受 42 天津贴产假;

2. 流产津贴产假天数:怀孕未满 4 个月流产的,享受产假 15 天;怀孕满 4 个月流产的,享受产假 42 天。

《山东省人口与计划生育条例》增加的产假、护理假,视为出勤,工资照发,福利待遇不变。生育津贴和工资不重复享受。参加生育保险的女职工生育时连续足额缴费不满1年的,待用人单位连续为其足额缴纳生育保险满1年后,由医疗保险基金补发职工生育津贴。

(二)生育医疗费用支付政策

参保人员符合国家计划生育政策的生育医疗费用实行限额结算。

支付标准:

1. 产前检查费。参加生育保险的女职工生育时享受产前检查费,定额标准800元。

2. 生育医疗费。参加生育保险的女职工生育医疗费限额标准2200元。参加公务员医疗补助的女职工生育医疗费限额标准:非剖宫产3000元,剖宫产4000元。生育多胞胎的,每多生育一个婴儿增加500元。低于限额标准的,按实际发生额结算。

3. 流产医疗费用。限额标准:怀孕未满4个月流产的为400元,4个月及以上流产为800元。低于限额标准的,按实际发生额结算。

4. 计划生育手术医疗费。参加生育保险的职工放置(取出)宫内节育器,限额标准200元;绝育(复通)手术,限额标准1500元。

5. 男职工未就业配偶生育补助金。参加生育保险男职工的未

就业配偶,未享受生育医疗费待遇的,按照本市规定的职工生育医疗费标准的 50% 享受生育补助金;男职工未就业配偶参加城乡居民基本医疗保险的,其享受的生育医疗费待遇低于生育补助金标准的,由职工基本医疗保险统筹基金补足差额。

九、公务员医疗补助政策

参加公务员医疗补助的职工,享受公务员医疗补助政策。

支付标准:

1. 按个人缴费工资(退休的,按其养老金)1% 计入每个补助对象的基本医疗保险个人账户。

2. 政策范围内住院和门诊慢性病医疗费用经基本医疗保险支付后,由公务员医疗补助经费补助个人按比例负担部分的 50%。经大额医疗保险支付后,再由公务员医疗补助经费补助个人按比例负担部分的 50%。

3. 参加公务员医疗补助的女职工生育、流产发生的医疗费用,实行限额补助(参照生育保险支付政策)。

4. 政策范围内住院和门诊慢性病医疗费用,经基本医疗保险、大额医疗保险、公务员医疗补助支付后,个人累计负担超出上年度省全口径平均工资的 40% 以上至 6 万元(含)的,由公务员医疗补助经费补助不超过 60%;个人累计负担在 6 万元以上的,由公务员医疗补助经费补助不超过 70%;一个医疗年度最高补助 12 万元。

十、异地就医支付政策

1. **长期异地就医备案支付标准:**已办理长期异地就医备案的参保人员,在备案目的地发生的政策范围内的住院医疗费用,按参保地相应级别住院医疗机构支付标准执行;回参保地就医住院治疗发生的政策范围内的住院医疗费用,个人先自付 10%,剩余部分按照相应级别住院医疗机构支付标准执行。

2. **市外转诊支付标准:**参保人员因病情转诊到潍坊市外符合条件的医疗机构住院治疗的,在市外医疗机构住院治疗发生的政策范围内的住院医疗费用,个人先自负 10%,剩余部分按照三级医疗机构支付标准执行。

3. **市外急诊支付标准:**参保人员因出差、探亲、旅游等突发急诊急症在市外就医,办理备案手续后,个人先自付 10%,剩余部分按三级医疗机构支付标准执行。

4. **未经备案异地就医支付标准:**参保人员未经异地就医备案,发生的政策范围内异地住院医疗费用,个人先自付 30%,剩余部分按三级医疗机构支付标准执行。

十一、医保支付项目和标准

按照国家和省基本医疗保险药品目录、诊疗目录和医疗服务设施范围及相应标准执行。

支付标准:甲类药品、普通诊疗项目和医疗服务设施无个人首先自付,按基本医疗保险规定的比例支付。

乙类药品个人首先自付比例为 8%。乙类药品中国家谈判药品个人首先自付比例为 15%;高价检查治疗项目个人首先自付比

例为 6% ;高值医用耗材个人首先自付比例为 6%。

本清单未列出的待遇项目,按有关政策规定执行。

潍坊市城乡居民基本医疗保险待遇清单

为明确我市城乡居民基本医疗保险保障内涵,厘清待遇支付边界,实现医疗保障制度可持续发展,现将城乡居民基本医疗保险待遇清单公布如下。

一、住院待遇支付政策

参保人员在市内定点医疗机构发生的政策范围内的住院医疗费用,纳入城乡居民医保基金支付范围,根据医疗机构等级和个人缴费标准确定起付标准和支付比例。选择低档缴费的,参保人员在市内可任意选择二级及以下定点医疗机构,到三级定点医疗机构住院应经二级医疗机构出具转诊证明,报参保地医疗保险经办机构备案;选择高档缴费的,参保人员在市内可任意选择定点医疗机构。

起付标准:在一级(含社区卫生服务中心、镇卫生院,下同)、二级、三级医疗机构住院,起付标准分别为 200 元、600 元、900 元。在一个医疗年度内,在一级医疗机构第二次住院,起付标准降低 100 元,从第三次住院开始,不再承担起付标准;在二、三级医疗机构住院,每次都承担相应的起付标准。参保人员在三级医疗机构住院期间需转入二级及以下医疗机构进行康复或者恢复性治疗的,作为一次住院处理,不再承担起付标准。

支付比例:选择低档缴费的,参保人员在一、二、三级医疗机构

住院,支付比例分别为 85%、70%、55%;未经转诊直接到三级医疗机构住院治疗的,按转诊支付比例的 70% 支付;选择高档缴费的,参保人员在市内一、二、三级医疗机构住院,支付比例分别为 90%、80%、65%。实行基本药物制度的一级医疗机构,基本药物费用支付比例再提高 10 个百分点,最高不超过 95%。在市内参加城乡居民医保连续缴费满 3 年的(从 2018 年算起,不累计计算),住院报销比例提高 1 个百分点。

最高支付限额:在一个医疗年度内,城乡居民基本医疗保险年度最高支付限额为 15 万元。

二、门诊慢性病支付政策

对恶性肿瘤放化疗、尿毒症透析治疗、糖尿病等 46 种门诊慢性病,参保患者经当地医疗保险经办机构审核确认后,在选择的门诊慢性病定点医疗机构就诊,门诊医疗费用纳入城乡居民医保基金支付范围。

起付标准:一个医疗年度内,参保人员发生的政策范围内医疗费用,起付标准按照病人选择定点医疗机构的住院起付标准执行,与住院起付标准分别计算,在一、二、三级定点医疗机构起付标准分别是 200 元、600 元、900 元。患多种门诊慢性病的,合并执行一个最高起付标准。

支付比例和最高支付限额:具体报销比例和支付限额见《关于调整完善基本医疗保险门诊慢性病有关政策规定的通知》(潍医保发〔2019〕53 号)。在一个医疗年度内,参保人员发生的政策

范围内的门诊慢性病和住院医疗费用合并计算,城乡居民基本医疗保险基金支付不超过年度最高支付限额 15 万元。

三、大病保险支付政策

参保人员在一个医疗年度发生的住院（含门诊慢性病）医疗费用,经城乡居民基本医疗保险支付后,个人累计负担政策范围内的医疗费用超过居民大病保险起付标准的部分,由居民大病保险给予支付。

起付标准:大病保险起付标准为 1.2 万元。

支付比例:实行分段报销,个人负担的政策范围内的医疗费用 1.2 万元(含) - 10 万元支付比例为 60%;10 万元(含) - 20 万元支付比例为 65%;20 万元(含) - 30 万元支付比例为 70%;30 万元(含)以上支付比例为 75%。

最高支付限额:一个医疗年度内最高支付限额为 40 万元。

四、普通门诊支付政策

参保人员在签约基层定点医疗机构发生的政策范围内的门诊医疗费用,纳入普通门诊统筹资金支付范围,参保人员住院期间不享受门诊统筹待遇。

起付标准:不设起付标准。

支付比例:由普通门诊统筹基金支付 50%。

最高支付限额:一个医疗年度内最高支付限额为 450 元。

五、高血压糖尿病门诊用药保障政策

参保人员经医疗机构诊断,明确患有高血压、糖尿病确需采取

药物治疗的,在二级及以下定点医疗机构门诊发生的降血压、降血糖药品费用纳入城乡居民医保基金支付范围。

起付标准:一级及以下医疗机构不设起付标准;二级医疗机构起付标准为 100 元。

支付比例:60%。

最高支付限额:一个医疗年度内,高血压、糖尿病最高支付限额分别为 300 元、400 元;同时患有高血压、糖尿病的,最高支付限额为 525 元。

六、生育医疗支付政策

参保人员符合计划生育政策的住院分娩医疗费用纳入城乡居民医保基金支付范围。参保人员因生育引发疾病的医疗费用,参照疾病住院相关标准支付。

支付标准:实行住院分娩定额支付,支付标准为 800 元。

七、异地就医支付政策

1. 长期异地就医备案支付标准:办理长期异地就医备案的参保人员,在备案目的地发生的政策范围内的住院医疗费用,按市内相应级别住院医疗机构支付标准执行。

2. 市外转诊支付标准:参保人员因病情转诊到潍坊市外符合条件的医疗机构住院治疗的,在市外医疗机构住院治疗发生的政策范围内的住院医疗费用,个人先自负 10%,剩余部分按照三级医疗机构支付标准执行。

3. 市外急诊支付标准:参保人员在市外发生急危重症住院治

疗的,应在住院 3 日内(但须出院前)告知参保地医疗保险经办机构备案。按规定及时备案的,个人先自负 10% ,剩余部分按照三级医疗机构支付标准执行。

4. 未经备案异地就医支付标准:其他情况到市外医疗机构住院治疗的,个人先自负 30% ,剩余部分按市内三级医疗机构支付比例执行。

八、贫困人口倾斜政策

建档立卡贫困人口、特困人员、低保对象、贫困重度残疾人享受大病保险倾斜政策。

起付标准:大病保险起付标准为 5000 元。贫困人口使用特药不设起付线。

支付比例:个人负担的合规医疗费用 5000 元(含)以上、10 万元以下的部分给予 65% 补偿;10 万元(含)以上、30 万元以下的部分给予 75% 补偿;30 万元(含)以上的部分给予 85% 补偿。使用特药合规医疗费用给予 60% 补偿,

最高支付限额:大病保险不设最高支付限额。一个医疗年度内特药最高支付限额 20 万元。

九、鼓励支持政策

1. 学生儿童(在本市行政区域内的全日制普通高等院校、科研院所、普通中等专业学校、中等职业学校、技校、普通中小学校、特殊教育学校、托幼机构等在校学生,以及其他 18 周岁以下具有本市户籍或持有本市居住证的居民)统一按低档缴费,享受高档

待遇。

2. 城乡居民医保的缴费年限可折算成职工的缴费年限,即每缴费满 5 年可折合职工医保缴费 1 年。

十、医保支付项目和标准

按照国家和省基本医疗保险药品目录、诊疗目录和医疗服务设施范围及相应标准执行。

支付标准:甲类药品、普通诊疗项目和医疗服务设施无个人首先自付,按基本医疗保险规定的比例支付。

乙类药品个人首先自付比例为 20%。乙类药品中国家谈判药品个人首先自付比例为 30%;高价检查治疗项目个人首先自付比例为 22%;高值医用耗材个人首先自付比例为 30%。

本清单未列出的待遇项目,按有关政策规定执行。