

遵义市医疗保障局文件

遵市医保通〔2023〕1号

遵义市医疗保障局关于印发《遵义市职工基本医疗保险（生育）保险待遇标准》的通知

各县、自治县、区（市）医疗保障局，市医保服务中心，市医疗保障信息中心，市直定点医疗机构：

《遵义市职工基本医疗保险（生育）保险待遇标准》经报请市人民政府同意，现予以印发，2023年1月1日起执行。



（公开属性：主动公开）

遵义市职工基本医疗（生育）保险待遇标准

遵义市职工基本医疗（生育）保险待遇，包括门诊、住院、生育保险及大额医疗费用补助待遇等。职工基本医疗（生育）保险正常待遇期内的参保人员在定点医药机构发生的医疗（生育）费用按规定享受对应待遇，在非定点医药机构发生的医疗费用由个人全额承担，基金不予支付。

遵义市职工基本医疗（生育）保险基金支付范围按照国家、贵州省规定执行，医疗费用执行基本医疗保险药品目录、医用耗材目录及诊疗项目与医疗服务设施标准（以下简称“三目录”）。参保人员使用进口药品（特殊药品除外）、进口材料（限价材料除外）的，按三目录规定的比例先行自付；特殊药品、限价材料按省市相关规定进行报销。

医疗保障行政部门逐步建立完善药品、耗材医保支付限价机制。

第一章 门诊医疗待遇

一、普通门诊

参保人员在定点医疗机构（不含定点零售药店）门诊发生政策范围内的医疗费用，超出年度起付标准的费用，扣除全自费、乙类自付、超标自费后由统筹基金按比例支付。

(一) 年度起付标准。年度起付标准为 150 元。

(二) 支付比例。按职工类型和医疗机构等级分别设置支付比例。其中，在职人员一级及以下医疗机构（含社区卫生服务中心、乡镇卫生院、综合门诊部、社区卫生服务站、诊所、村卫生室等）支付比例为 70%，二级医疗机构支付比例为 60%，三级医疗机构支付比例为 50%；退休人员支付比例高于在职职工 5 个百分点。

(三) 年度支付限额。普通门诊每人每年统筹基金支付限额为 2000 元。年度限额限当年使用，不结转累加。

二、“两病”用药待遇

无靶器官损伤的高血压和糖尿病（以下简称“两病”）门诊购药纳入报销。

对“两病”有直接治疗作用的药品（参照城乡居民基本医疗保险“两病目录”）纳入支付范围，不设起付线，根据医疗机构等级按比例支付。其中，一级及以下医疗机构（含综合门诊部、社区卫生服务站、诊所、村卫生室等）支付 80%，二级医疗机构支付 70%，三级医疗机构支付 60%。

高血压病种年度支付限额为 800 元，糖尿病病种年度支付限额为 1200 元。同时认定了高血压、糖尿病的，支付限额合并计算。年度限额限当年使用，不结转累加。

三、门诊慢特病待遇

(一)慢特病医保支付政策。省级确定病种按省级规定报销；市级确定的病种参照省级病种报销规定执行，根据病种分别设置年度起付线、支付比例和年度支付限额。

病种目录及报销政策详见附件1《慢特病病种及报销政策》，慢病认定标准详见附件2《慢特病及"两病"认定标准》。

(二)慢特病医保支付规定

1. 参保人员办理普通慢特病认定登记后，从认定次日起享受普通慢特病待遇。

2. 门诊慢性病年度起付标准确定为150元。认定登记了多种慢性病的，年度起付标准只支付一次，基金支付限额可以叠加，叠加后的年度最高支付限额为17000元。

3. 病种年度限额限当年使用，不结转累加。

四、门诊特殊药品

特殊药品按《国家基本医保药品目录》执行国家、省动态调整。实行定医院、定医师、定患者、定药品、定用量的“五定”管理。参保职工符合使用特殊药品条件的，门诊发生的特殊药品费用，扣除个人先行自付金额后，剩余部分费用医保支付92%；住院期间使用特殊药品的，特殊药品费用纳入住院总费用按规定支付。

第二章 住院医疗待遇

参保人员因病住院的，住院费用纳入报销。根据医院收费等级设置起付线，根据参保人员类型（在职、退休）设置支付比例。

一、起付线

乡镇级医疗机构：100 元；

县级收费等级医疗机构：400 元；

市级收费等级医疗机构：800 元；

省级收费等级医疗机构：1200 元。

二、报销比例

乡镇级医疗机构：在职人员报销 88%、个人自付 12%；退休人员报销 91%、个人自付 9%；

县级收费等级医疗机构：在职人员报销 87%、个人自付 13%；退休人员报销 90%、个人自付 10%；

市级收费等级医疗机构：在职人员报销 83%、个人自付 17%；退休人员报销 86%、个人自付 14%；

省级收费等级医疗机构：在职人员报销 82%、个人自付 18%；退休人员报销 85%、个人自付 15%。

三、住院前门诊费用报销办法

参保人员在同一定点医疗机构门急诊转住院的，入院前三天内与本次住院治疗疾病相关的门急诊医疗费用，在住院后合并到住院总费用按住院待遇报销；未住院的，按普通门诊待遇报销。

在门急诊连续抢救无效死亡的，门诊医疗费用可按住院待遇标准纳入医保报销范围。

四、双向转诊

起付线按次核算、支付。统筹区内双向转诊住院时，由上级医疗机构转往下级的，免除下级医疗机构住院起付线；由下级医疗机构转往上级的，在上级医疗机构补足起付线差额。双向转诊的，报销比例按转院、出院结算时所在医院对应的标准执行。

第三章 其他医疗待遇

其他医疗待遇包括单病种结算、中医优势病种结算、床日付费、日间手术医保报销待遇等，其病种目录、支付标准、支付比例、支付方式和限（定）额支付标准等由市医疗保障局按照国家及省有关规定另行制定。

第四章 生育保险待遇

生育保险待遇包含生育医疗费用和生育津贴。生育医疗费用包含门诊医疗费用和住院医疗费用。

一、生育医疗费用

单位职工及配偶，享受生育保险医疗待遇。

（一）生育门诊待遇

1. 产前检查

享受生育保险待遇的女职工怀孕，孕期必要的检查纳入保障范围。产前检查实行定额结算，定额标准为 1200 元。产前检查实际医疗费用低于或者超过 1200 元的，按 1200 元定额支付。产前检查相关费用可使用个人账户支付。

2. 计划生育手术

计划生育手术包括放置或取出宫内节育器，流产术、引产术，结扎，绝育及复通术等，产生的医疗费由基本医疗（生育）统筹基金全额支付（非医学需要选择性别的人工终止妊娠的除外）。

（二）生育住院待遇

住院待遇包括住院保胎和住院分娩两种情形。产生的医疗费用（全自费除外），不设起付线，统筹区本地医疗机构支付比例为 90%、非统筹区医疗机构支付比例为 80%。

二、生育津贴

参加生育保险并按规定缴纳生育保险费的单位女职工在生育或终止妊娠（流产、引产（含各类病理性））期间按国家和省、市的有关规定享受产（休）假。分娩或终止妊娠时连续缴费不少于 6 个月且之后正常参保缴费的，享受生育津贴待遇。

生育津贴与女职工本人工资不得重复享受。

机关和全额拨款、差额拨款事业单位女职工（含在编职工、合同制职工、临时聘用职工等），由单位发放本人工资，如本人工资低于生育津贴的，差额由职工基本医疗（生育）保险基金补

齐后发放给个人；企业、自收自支事业单位女职工，生育津贴发放给所在单位，生育津贴高于本人工资的，差额由单位补齐给个人。失业人员生育津贴发放给本人。

在职职工生育津贴=分娩时所在单位上年度职工月平均工资
 $\div 30 \text{ 天} \times \text{产（休）假天数}$ 。

失业人员生育津贴=分娩时我市执行的月失业保险金 $\div 30 \text{ 天}$
 $\times \text{产（休）假天数}$ 。

第五章 大额医疗费用补助待遇

参保人员在一个自然年度内，住院（不含生育住院）、特殊药品、门诊慢特病特殊病种的费用，在经过基本医疗报销后，应由个人自付的合规医疗费用（全自费、各类超标费用除外）累计达到起付标准以上的，由大额医疗补助基金对超过起付线的合规费用（不含全自费、各类超标费用）分段按比例支付。

一、起付线

大额医疗费用补助起付线为 4000 元。

二、分段及补助比例。

起付线以上、6 万元（含）以下自付费用报销 70%；6 万元以上、10 万元（含）以下的个人自付费用报销 80%；10 万元以上的个人自付费用报销 90%。

第六章 年度限额

一、基本医疗统筹基金年度支付限额。参保人员所有门诊、住院医疗待遇由统筹基金支付的，统筹基金每人每年度最高支付限额为 25 万元。

二、大额医疗费用补助年度补助限额。纳入补助范围的个人自付费用，由大额医疗费用补助基金予以补助，每人每年度最高补助限额为 30 万元。

三、年度限额以自然年度核算；跨年住院的，以出院日期为准累计核算年度限额。

四、生育保险待遇无年度支付限额。

附件：1. 门诊慢特病种、定额和待遇标准一览表

2. 慢特病及”两病”认定标准

遵义市医疗保障局办公室

2023年1月3日印发

共印 2 份