

济宁市医疗保障局 济宁市财政局 济宁市卫生健康委员会

文件

济医保发〔2023〕19号

关于印发《关于规范统一全市职工基本医疗保险待遇保障政策的实施方案》的通知

各县（市、区）医疗保障局、财政局、卫生健康局，济宁高新区人力资源部、济宁高新区财政金融局、济宁高新区发展软环境保障局，太白湖新区社会保障事业服务中心、太白湖新区财政金融局、市卫健委北湖度假区管理办公室，济宁经济技术开发区人力资源和社会保障服务中心、济宁经济技术开发区财政局、市卫健委经开区管理办公室，兖矿能源集团股份有限公司人力资源服务中心：

现将《关于规范统一全市职工基本医疗保险待遇保障政策的实施方案》印发给你们，请认真遵照执行。



2023 年 12 月 14 日

(此件依申请公开)

关于规范统一全市职工基本医疗保险 待遇保障政策的实施方案

为进一步健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次医疗保障体系，推动职工基本医疗保险（以下简称职工医保）省级统筹，根据山东省医疗保障局、山东省财政厅、山东省卫生健康委员会《关于规范统一职工基本医疗保险待遇保障政策的实施方案》（鲁医保发〔2023〕45号），并结合实际，制定本实施方案。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大精神，坚持把保障人民健康放在优先发展的战略位置，在发展中保障和改善民生，健全职工医保筹资和待遇调整机制。按照《关于规范统一职工基本医疗保险待遇保障政策的实施方案》（鲁医保发〔2023〕45号）要求，用3年左右的时间，规范统一全省职工医保政策，整合职工大额医疗费用补助和职工大病保险制度，缩小区域间医疗保障待遇差距，增强制度均衡性和可及性。

二、重点工作

（一）规范统一职工医保待遇政策

1. 住院待遇政策。参保人员在三级、二级、一级及以下定点医疗机构发生的职工医保政策范围内住院费用，一个自然年度内起付标准分别为 600 元、500 元、300 元。一个自然年度内，参保人员第二次住院起付标准减半，自第三次住院起不再设置起付标准，恶性肿瘤病人收取一次起付标准，精神病人住院不收取起付标准。职工医保住院（包括与住院合并计算的门诊慢特病，下同）统筹基金最高支付限额为 20 万元。年度起付标准以上、最高支付限额以下的住院费用，医保政策范围内统筹基金支付比例三级、二级、一级及以下定点医疗机构分别为 85%、85%、90%，退休人员比在职人员相应提高 5 个百分点。

2. 门诊慢特病待遇政策。我市执行全省统一的门诊慢特病基本病种目录和认定标准。现行政策中超出省规定基本病种目录的，通过普通门诊统筹制度等渠道予以解决，于 2025 年 1 月过渡到位。不断健全职工医保门诊共济保障机制，稳步提升普通门诊统筹待遇水平，对部分治疗费用相对较低的门诊慢特病病种，逐步实现由病种保障向费用保障过渡。

3. 医保药品、医用耗材等待遇政策。统一全市职工医保乙类药品个人先行自付比例，原则上不高于 20%。将符合基本医保政策规定的医用耗材纳入支付范围，对单价超过 1000 元的医用耗材纳入高值医用耗材管理，个人先行自付比例为 20%，其中，集采中选医用耗材个人先行自付比例为零。

符合医保规定的大型医疗设备检查、治疗项目，个人先行自付比例不超过 20%，2025 年执行全省统一的医保诊疗项目、医用耗材目录。

4. 异地就医待遇政策。规范职工医保异地就医待遇政策和管理要求，对临时外出人员在就医地发生的住院、门诊慢特病、普通门诊医疗费用个人先行自付比例为 10%，异地报销金额与本地报销金额合并计算。异地长期居住人员在备案地就医结算时，基本医疗保险基金的起付标准、支付比例、最高支付限额执行参保地就医报销待遇政策。强化异地就医基金管理和信息数据支撑，进一步做好异地就医直接结算工作。

（二）规范统一生育医疗费用待遇政策

生育医疗费待遇主要包括住院分娩医疗费、产前检查费、引（流）产医疗费、计划生育手术医疗费以及生育并发症、合并症医疗费。对住院分娩发生的医保政策范围内医疗费，实行“个人零负担”。参保人员住院分娩医疗费以外的其他符合规定的住院生育医疗费，逐步由定额报销向按职工医保住院政策报销过渡，于 2026 年 1 月过渡到位。参加生育保险的男职工，其配偶未享受生育医疗费待遇的，按照职工生育医疗费支付标准的 50% 享受生育医疗费待遇。

（三）规范统一职工大额医疗费用补助和职工大病保险制度

按照统一待遇、规范管理、委托经办、降本增效的原则，将职工大额医疗费用补助、职工大病保险统一为“职工大额医疗费

用补助”。根据职工大额医疗费用补助资金运行情况，市医疗保障部门会同市财政部门适时调整缴费标准和待遇标准。

1. 参保范围。凡参加基本医疗保险的在职职工、退休人员和灵活就业人员，应同时参加职工大额医疗费用补助。

2. 缴费标准。职工大额医疗费用补助由医保基金、单位缴费和个人缴费共同筹资，有条件的可通过公务员医疗补助、企事业单位补充医疗保险等多渠道筹资。职工大额医疗费用补助按每人每年 140 元筹资，其中，在职职工和退休人员所属用人单位缴纳 72 元，个人缴纳 48 元，职工基本医疗保险基金划拨 20 元；灵活就业人员个人缴纳 120 元，职工基本医疗保险基金划拨 20 元。

3. 待遇标准。职工大额医疗费用补助资金主要用于补助职工住院超出基本医保支付限额以上符合医保规定的费用，经职工医保按规定报销后年度个人累计负担超出一定数额的部分，以及其他符合医保规定的费用。其中，对超出职工医保住院最高支付限额以上符合医保规定的费用，职工大额医疗费用补助一个自然年度内支付限额为 50 万元，支付比例为 90%。根据职工大额医疗费用补助基金支撑能力，将普通门诊超出统筹基金支付限额以上的符合医保规定的费用纳入补助范围。我市职工大病保险待遇政策继续执行。

三、保障措施

(一) 加强组织领导。规范统一职工医保待遇保障政策是

推动职工医保省级统筹的重要内容，也是逐步消除医保待遇地区间发展不平衡的重要举措，各县（市、区）要统一思想认识，提高政治站位，进一步细化政策措施，确保工作顺畅接续、平稳过渡。

（二）规范决策权限。严格落实医疗保障待遇清单和《山东省社会保险基金预算绩效管理实施办法》（鲁财社〔2022〕64号）有关要求，按照决策权限开展事前绩效评估，履行待遇保障政策调整备案程序。对违反待遇清单制度或未经备案擅自出台调整政策的，发现一起、通报一起，并责令纠正。

（三）重视宣传引导。各县（市、区）要制定切实可行的政策宣传解读方案，采用灵活多样的形式，大力宣传规范统一职工医保待遇保障政策对提高广大职工待遇水平，推动医疗保障高质量发展和促进共同富裕的重要意义。要加强对群众反映问题的答疑解惑，主动回应社会关切，营造良好舆论氛围。

本实施方案中除另有规定执行时间的，其他自2024年1月1日起施行。今后，如国家、省调整相关政策，按新调整后的政策执行。

按照《山东省医疗保障条例》规定，医疗保障经办机构应当建立健全医疗保障基金监管制度，加强对医疗保障基金使用情况的监督检查，发现违法违规行为，应当及时移送有关部门处理。医疗保障经办机构应当建立健全医疗保障基金监管制度，加强对医疗保障基金使用情况的监督检查，发现违法违规行为，应当及时移送有关部门处理。

《山东省医疗保障条例》第三十二条规定，医疗保障经办机构应当建立健全医疗保障基金监管制度，加强对医疗保障基金使用情况的监督检查，发现违法违规行为，应当及时移送有关部门处理。

《山东省医疗保障条例》第三十三条规定，医疗保障经办机构应当建立健全医疗保障基金监管制度，加强对医疗保障基金使用情况的监督检查，发现违法违规行为，应当及时移送有关部门处理。医疗保障经办机构应当建立健全医疗保障基金监管制度，加强对医疗保障基金使用情况的监督检查，发现违法违规行为，应当及时移送有关部门处理。

《山东省医疗保障条例》第三十四条规定，医疗保障经办机构应当建立健全医疗保障基金监管制度，加强对医疗保障基金使用情况的监督检查，发现违法违规行为，应当及时移送有关部门处理。医疗保障经办机构应当建立健全医疗保障基金监管制度，加强对医疗保障基金使用情况的监督检查，发现违法违规行为，应当及时移送有关部门处理。

《山东省医疗保障条例》第三十五条规定，医疗保障经办机构应当建立健全医疗保障基金监管制度，加强对医疗保障基金使用情况的监督检查，发现违法违规行为，应当及时移送有关部门处理。医疗保障经办机构应当建立健全医疗保障基金监管制度，加强对医疗保障基金使用情况的监督检查，发现违法违规行为，应当及时移送有关部门处理。