

遵义市医疗保障局文件

遵市医保通〔2022〕62号

遵义市医疗保障局关于印发《遵义市职工基本 医疗（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（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、省规定的基本医疗保险药品目录、医用耗材目录、诊疗服务项目与医疗服务设施标准（以下简称“三目录”）执行。职工基本医疗保险按乙类药品、乙类耗材及特殊诊疗项目先行自付比例为10%规定执行，其中特殊药品、中药配方颗粒、医疗机构制剂先行自付比例按省医保局规定执行。参保人员使用人工晶体、心脏起搏器的，医保支付限价分别为660元、25000元；国家、省、市制定医保支付标准的药品及耗材按规定报销。

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、急诊发生的医疗费用，纳入普通门诊报销。政策范围内医疗费用，超出年度起付标准的部分由统筹基金按比例支付，设置统筹基金年度支付限额。

(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”用药保障待遇

无靶器官损伤的高血压和糖尿病（以下简称“两病”）在定点医疗机构门诊购买“两病”直接治疗作用的药品纳入医保支付范围。

(一) 年度起付标准。不设年度起付标准。

(二) 支付比例。根据医疗机构等级设置支付比例。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）支付比例为 80%，二级医疗机构支付比例为 70%，三级医疗机构支付比例为 60%。

(三) 病种年度支付限额。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。

职工医保“两病”办理流程参照遵义市城乡居民医保“两病”

办理流程执行；“两病”用药目录执行全省统一的城乡居民基本医疗保险“两病”用药目录。

三、门诊慢特病待遇

（一）门诊慢特病病种及办理标准

病种目录及报销政策详见附件1《遵义市门诊慢特病病种及待遇标准》，根据病种级别（省级病种、市级病种）和病种类型分别设置年度起付标准、统筹基金年度支付限额及支付比例。

根据年度起付标准、支付限额门诊慢特病分为如下三类：一是普通慢特病，该类病种年度起付标准为150元、年度限额明确有具体的数值；二是一类特殊慢特病，该类病种不设年度起付标准、年度限额明确有具体的数值；三是二类特殊慢特病，该类病种不设年度起付标准、不设年度限额。

慢病认定标准详见附件2《遵义市门诊慢特病及“两病”病种办理标准》。

（二）支付范围

慢特病患者在定点医药机构门诊发生的与认定病种相关的药品、检查、治疗和医用耗材等费用，纳入支付医保支付，按“三目录”规定报销。

（三）医保支付规定

1. 参保人员办理门诊慢特病认定登记后，从认定次日起享受普通慢特病待遇。

2. 参保人员办理了多个普通慢特病病种认定登记的，年度起

付标准只支付一次，基金支付限额可以叠加，年度最高支付限额为 17000 元。

3. 参保人员办理了多个一类特殊慢特病病种认定登记的，基金支付限额叠加使用。

4. 普通慢特病、一类特殊慢特病病种的年度限额，仅限当年该病种使用，跨年不予结转累加。

5. 二类特殊慢特病的医疗费用在经基本医疗报销后的个人自付费用纳入大额医疗补助。

四、门诊特殊药品

特殊药品按国家及省政策执行动态调整，实行定医院、定医师、定患者、定药品、定用量的“五定”管理。待遇保障标准按照《遵义市医疗保障局关于完善国家谈判药品及特殊药品医保报销政策的通知》（遵市医保通〔2022〕54号）文件规定执行。

第二章 住院医疗待遇

参保人员因病住院的，住院费用纳入医保统筹基金报销。根据医院收费等级设置起付标准，根据参保人员类型（在职、退休）设置报销比例。

一、起付标准

乡镇收费等级医疗机构：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、双向转诊

起付标准按次核算、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标准；由下级医疗机构转往上级的，在上级医疗机构补足起付标准 差额。双向转诊的，报销比例按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

一、抢救医疗费用医保报销

抢救发生的医疗费用纳入医保支付范围，不设起付标准，按同级医疗机构住院报销比例报销。

二、单病种及日间手术医保报销

单病种（含普通单病种、中医优势病种结算、精神病床日付

费) 结算和日间手术医保待遇, 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, 药品和诊疗服务项目不区分甲乙类。

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) 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。产前检查费用超过定额的, 超过部分的费用由个人自付。

(二) 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(全自费、各类超标费除外), 支付比例为 100% (非医学需要选择性别的人工终止妊娠的除外)。

(三) 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、各类超标费除外), 不设起付标准, 统筹区内医疗

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（含各类病理性引产）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 个月且在达到办理生育前正常参保缴费的，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。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
 $\div 30$ 天 \times 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 $\div 30$ 天
 \times 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、各类单病种住院）、门诊特殊药品、二类特殊慢特病、抢救发生的医疗费用，在经过基本医疗保险统筹基金报销后，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标准的合规医疗费用（不含全自费、各类超标费用）分段按比例报销。

一、年度起付标准

大额医疗费用补助年度起付标准为 4000 元。

二、分段及报销比例。

起付标准以上、6 万元（含）以下的合规个人自付费用报销 70%；6 万元以上、10 万元（含）以下的合规个人自付费用报销 80%；10 万元以上的的合规个人自付费用报销 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、生育保险待遇不设年度支付限额。

四、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。

- 附件：1. 门诊慢特病种、定额和待遇标准一览表
2. 贵州省医疗保险省级慢特病门诊病种办理标准