

# 徐州市医疗保障局 徐州市财政局文件 徐州市卫生健康委员会

徐医保待〔2019〕101号

---

## 关于统一全市城镇职工医疗保险待遇标准的通知

各县(市)、铜山区医疗保障局、财政局、卫生健康委员会：

为进一步完善我市城镇职工医疗保险(以下简称职工医保)制度,做实市级统筹,根据《省政府办公厅关于实施基本医疗保险和生育保险市级统筹的意见》(苏政办发〔2019〕79号)、《徐州市城镇职工医疗保险办法》(徐政规〔2019〕4号)等文件精神,结合我市实际,经市政府研究同意,现将统一我市职工医保待遇标准的有关事项通知如下：

## 一、统一全市普通门诊统筹待遇

(一)门诊统筹基金支付范围。门诊统筹基金主要支付医保甲类药品(含基本药物)、一般诊疗费和其他符合规定的诊疗费用,以及医疗保险支付范围内的中药饮片(含颗粒剂)费用。

(二)一个统筹年度内门诊统筹起付标准为 1500 元。低保、特困(指持有《徐州市特困职工证》和《徐州市困难职工证》的特困职工)、重度残疾人员(指持有残联核发的第二代残疾人证,且残疾等级为一级、二级的重度残疾人)按 50% 执行。

(三)参保人员在实行基本药物零差率销售的基层医疗卫生机构(含爱心医院)就医,超过起付标准所发生的政策范围内费用,门诊统筹基金按 75% 的比例予以补助;在其他基层医疗机构和 A 级定点零售药店,按 70% 补助;在二级医院(含县级医院,下同),按 60% 补助;在三级医院,按 50% 补助。低保、特困、重度残疾人员、70 周岁以上(含 70 周岁)退休人员,在上述比例基础上提高 10 个百分点;69 周岁以下(含 69 周岁)退休人员提高 5 个百分点。

(四)一个统筹年度内,普通门诊统筹基金最高补助限额为 1200 元。

## 二、统一全市门诊慢性病待遇

(一)门诊慢性病分为一类、二类、三类。除普通门诊统筹基金支付范围外,将符合范围的治疗该种慢性病的乙类药品纳入门诊慢性病基金支付范围。

(二)门诊慢性病起付标准为 1000 元,低保、特困、重度残疾人员、70 周岁以上退休人员按 50% 执行,69 周岁以下退休人员按 65% 执行。基金支付比例同普通门诊统筹。一个统筹年度内,一类、二类、三类门诊慢性病最高补助限额分别为 2500 元、2000 元、1500 元。

(三)同时患两种及以上慢性病的患者,在单个病种统筹基金最高补助限额的基础上,按另一病种统筹基金最高补助限额的 60% 进行再补助。

(四)普通门诊统筹和门诊慢性病待遇就高不就低,不得同时享受。

(五)各类门诊慢性病病种目录、基金可支付的乙类药品范围、鉴定办法和具体管理规定由市医疗保障局会同市卫生健康委员会另行制定。

### **三、统一全市门诊特定项目待遇**

(一)门诊特定项目病种范围包括恶性肿瘤放疗、化疗、介入治疗;恶性肿瘤非放疗、化疗、介入治疗;尿毒症患者透析;器官移植患者的抗排异治疗(包括肾、肺、肝、心移植,需长期服用抗排异药物);血友病;重症精神病(包括精神分裂症、重症抑郁症、伴有精神病症状的躁狂症、双相情感障碍症)。

(二)门诊特定项目起付标准同门诊慢性病,按照住院待遇予以补助。一个统筹年度内,尿毒症患者透析、器官移植患者的抗排异治疗刷卡结算最高支付限额为 13 万元,超出的费



用手工结算；恶性肿瘤放疗、化疗、介入治疗统筹基金最高支付限额为 1 万元；恶性肿瘤非放疗、化疗、介入治疗最高支付限额为 4000 元；血友病最高支付限额为 1 万元。重症精神病实行按病种收付费，结算标准为每人每月 300 元，由医保基金全额支付，个人无自付；不具备执行按病种收付费条件的，可按项目支付，一个统筹年度基金最高支付限额为 6000 元。

（三）同时患两种及两种以上门诊特定项目疾病的参保人员，在单个病种统筹基金最高支付限额的基础上，最高支付限额再增加 3000 元。

（四）普通门诊统筹和门诊特定项目待遇就高不就低，不得同时享受。

（五）门诊特定项目和门诊慢性病待遇可以同时享受，起付标准和基金支付分别计算。同属于门诊特定项目和门诊慢性病用药、诊疗项目范围的，按照门诊特定项目享受待遇。

（六）门诊特定项目基金可支付的乙类药品范围、鉴定办法和具体管理规定由市医疗保障局会同市卫生健康委员会另行制定。

#### **四、统一全市住院待遇**

（一）市内住院治疗的起付标准为：三级医疗机构 1000 元，二级医疗机构 500 元，一级医疗机构及社区卫生服务机构 200 元。

（二）一个统筹年度内多次在一、二、三级医疗机构住院治

疗的起付标准依次递减 100 元,但三级医疗机构最低不低于 300 元,二级医疗机构最低不低于 200 元,一级医疗机构最低不低于 100 元。

(三)低保、特困、重度残疾人员、70 周岁以上退休人员按以上标准的 50% 执行,69 周岁以下退休人员按以上标准的 65% 执行。

(四)在市内不同级别定点医疗机构住院治疗,统筹基金起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用,统筹基金支付比例见下表。

**职工医保市内住院医疗费用统筹基金支付比例**

政策范围内医疗费用 (以上含本数,以下不含本数)	基金支付比例(%)		
	一级及社区	二级	三级
起付标准以上至 1 万元以下	94	92	85
1 万元以上至 5 万元以下	96	94	90
5 万元以上	98	96	92
备注:低保、特困、重度残疾人员、70 岁以上退休人员的个人自付比例按规定的 50% 执行,69 周岁以下退休人员按规定的 65% 执行。县级医院升格为三级医院、卫生院和社区卫生服务中心转设为二级医院,收费标准未相应升级的,医保仍按照原级别支付;收费标准升级后,医保按升级后的级别支付。			

(五)需要紧急救治的急危重伤病以及门急诊留院观察转入住院的病人,其医疗费用与住院费用合并计算。

(六)同一统筹年度内,基本医疗保险统筹基金(含门诊医

疗待遇)最高支付限额为 10 万元。

## **五、统一全市职工大额医疗费用补助待遇**

(一)职工大额医疗费用补助基金筹集标准为每人每年 200 元,参保单位和个人(含在职职工和退休人员)各缴纳 100 元。以个人身份参保人员由个人全额缴纳。

(二)一个统筹年度内,职工大额医疗费用补助基金(含门诊医疗待遇)最高支付限额为 18 万元。

(三)统筹基金最高支付限额以上至 10 万元政策范围内的医疗费用,职工大额医疗费用补助基金支付比例为:在职职工 90%;69 周岁以下退休人员 92%;70 周岁以上退休人员 93%。

(四)10 万元以上政策范围内的医疗费用,职工大额医疗费用补助基金支付比例:在职职工 95%;69 周岁以下退休人员 97%;70 周岁以上退休人员 98%。

## **六、统一全市补充医疗保险待遇**

(一)补充医疗保险基金由参保人员个人帐户和统筹基金分别按照每人每年 36 元和 48 元的标准筹集。

(二)一个统筹年度内,在基本医疗保险、职工大额医疗费用补助提供医疗保障的基础上,参保人员因住院和门诊特定项目发生的政策范围内医疗费用,以上年度全市城镇居民年人均可支配收入的 50% 左右设置起付标准,对超过起付标准的部分,由补充医疗保险基金按医疗费用高低分段确定支付比例,原则上医疗费用越高支付比例越高,不设最高支付限额,支付比例不低于 50%。低保、特困、重度残疾人员的基金支付比例



在其他参保人员支付比例的基础上提高 5 个百分点。补充医疗保险具体规定由市医疗保障局另行制定。

(三) 下列医疗费用不纳入补充医疗保险支付范围:

1. 特殊医用材料超过医保支付标准以上的医疗费用;
2. 因犯罪、酗酒、吸毒、自杀、自残(精神病人在不能辨认或控制自己行为时除外)等造成自身伤害发生的医疗费用,按照政策规定报销后的医疗费用;
3. 参保人员非正常转诊转院,按照基本医疗保险和职工大额医疗费用补助政策规定报销后的医疗费用;
4. 个人先行支付比例为 30% (含 30%) 以上的乙类药品(特药除外)、诊疗项目,其个人先行支付的医疗费用。

## **七、统一全市异地就医待遇**

(一) 驻外人员待遇同市内就医。

(二) 异地转诊人员市外住院起付标准为每次 1500 元,基金支付比例在市内相应级别医疗机构住院报销比例的基础上,下降 5 个百分点;门诊待遇同市内。

(三) 异地就医未办理备案的住院医疗费用,起付标准为每次 1500 元;报销比例在市内相应级别医疗机构的基础上,下降 20 个百分点;门诊费用不予支付。经审核,符合急诊抢救标准的医疗费用,按照市内就医享受待遇。

## **八、统一全市其它相关待遇**

(一) 政策范围内的特殊医用材料支付标准为:费用区间为单价 $\leq 200$  元的,个人先行自付比例为 0;费用区间为  $200 <$

单价 $\leq 10000$ 元的,个人先行自付比例为25%;费用区间为 $10000 < \text{单价} \leq 50000$ 元的,个人先行自付比例为30%;单价超过50000元的,50000元以下的部分个人先行自付比例为30%,50000元以上的部分个人先行自付比例为100%。

市医疗保障局可会同市卫生健康委员会制定部分特殊医用材料医保最高支付标准。

(二)医保支付类别为乙类的床位费(监护、层流病房床位费除外)按每天不超过40元标准纳入医保基金支付范围,个人先行支付比例为10%。实际床位费低于40元的按实际计算。超过40元的部分个人自费。

(三)取消乙类中药饮片(限复方使用的除外)10%的个人先行自付比例。

(四)因犯罪、酗酒、吸毒、自杀、自残等造成自身伤害发生的医疗费用,按照政策规定应报销额的30%予以支付。精神病人在不能辨认或控制自己行为时的自杀、自残,按照正常标准予以支付。

## 九、选择定点单位享受门诊待遇的有关规定

(一)享受普通门诊统筹待遇不需选择定点单位。

(二)享受医保门诊慢性病待遇参保人员应选择1家定点基层医疗机构、2家二级或三级定点医院就医以及1家B级定点零售药店购药。专科医疗机构的专科门诊、中医医疗机构和A级药店不需选择。在选择定点单位就医购药,其产生的费用按规定计入门诊慢性病起付标准。当统筹年度内就医购药



的费用超过起付标准后,只有在选定的定点医疗机构继续发生的医疗费用,才能由门诊统筹基金按规定给予补助。

(三)享受门诊特定项目的参保人员可选择2家定点医疗机构(其中1家为基层定点医疗机构)就医。专科医疗机构的专科门诊、中医医院不需选择。

(四)在选择之外的其他定点单位就医购药的费用只能使用个人帐户资金和现金支付,发生的费用不累计起付标准,不享受统筹基金支付的门诊待遇。定点单位一经选定,在一个统筹年度内原则上不予变更。

十、本通知自2020年1月1日起执行。



(此文件公开发布)

上... 徐州... 医疗保障局... 办公室... 2019年11月21日印发