

济南市医疗保障局 济南市财政局 文件

济医保发〔2019〕5号

关于调整基本医疗保险部分政策的通知

各区县医疗保障局、财政局，济南高新区社会事务局、财政局，南部山区组织人事局、财政局，先行区社会事业部、综合管理部，莱芜高新区社会事务管理局、财政局：

为进一步完善我市基本医疗保险制度，提高参保人医疗保障待遇，按照基本医疗保险基金统筹层次，现就职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和居民基本医疗保险（以下简称居民医保）部分政策调整如下：

一、职工医保参保人在定点社区卫生服务机构发生的支付范围内的普通门诊医疗费用，支付比例由70%提高到80%。

二、将职工医保普通门诊统筹诊疗项目的支付范围扩大到与

住院诊疗项目范围一致。

三、提高职工医保住院床位费最高支付标准。三级医疗机构由40元/床日提高到50元/床日，二级医疗机构由30元/床日提高到40元/床日，一级及以下医疗机构由20元/床日提高到30元/床日。

四、将职工医保统筹基金对住院及门诊规定病种的最高支付限额由24万元提高到40万元。

五、将职工医保诊疗项目目录中30%和40%两档个人自付比例，统一调整为20%。

六、将职工医保医用耗材目录中40%的个人自付比例，调整为30%。

七、对职工医保参保人一个医疗年度内发生的住院、门诊规定病种和普通门诊统筹医疗费用，经职工医保统筹基金和大额医疗费救助金按规定支付后，个人累计负担的合规医疗费用超过1万元的部分由统筹基金给予二次支付。个人负担合规医疗费用1万元以上(含1万元)、20万元以下的部分统筹基金支付比例为80%，20万元以上(含20万元)的部分统筹基金支付比例为90%，上不封顶。

八、对符合规定的异地就医人员在北京就医发生的医事服务费，参照北京市医事服务费的收费和报销标准，门诊医事服务费按照三级医院40元、二级医院28元、一级医院19元的定额标准纳入职工医保支付范围，住院医事服务费全额纳入职工医保支付范围，再按规定比例报销。其他省市实行了医事服务费收费的，参照此原则执行。

九、职工医保参保人未按规定办理转诊转院手续自行外出就医的，发生的住院合规医疗费用，个人首先自付30%，剩余部分再按职工医保政策规定报销。

十、参加我市居民医保的0-6周岁（含6周岁）儿童，患有听力语言残疾、脑瘫、白内障、智力残疾、孤独症、肢残、低视力和因预防接种异常反应导致的残疾，经二级以上定点医疗机构诊断证明符合康复治疗条件的，将其在定点康复医疗机构发生的符合条件的康复项目和医疗费用纳入居民医保支付范围，参照门诊规定病种管理。一个医疗年度内，基本医保基金支付门诊康复和医疗费用每人累计不超过3万元。

十一、将高血压、糖尿病纳入居民医保门诊规定病种范围，实行限额动态管理。鉴定标准和费用支付范围参照我市职工医保的办法执行。

本通知自 2019 年 7 月 1 日起施行，有效期至 2024 年 6 月 30 日。



(此件主动公开)

济南市医疗保障局办公室

2019 年 6 月 13 日印发

校核人：王 波
