

揭阳市人民政府办公室关于印发 揭阳市基本医疗保险待遇标准调整方案的通知

揭府办〔2016〕58 号

各县（市、区）人民政府（管委会），市府直属各单位：

《揭阳市基本医疗保险待遇标准调整方案》已经市人民政府五届 74 次常务会议讨论通过，现印发给你们，请认真组织实施。实施过程中遇到问题，请径向市人力资源社会保障局、财政局反映。

揭阳市人民政府办公室

2016 年 9 月 21 日

揭阳市基本医疗保险待遇标准调整方案

为贯彻国家和省关于深化医药卫生体制改革有关文件要求，进一步提高我市基本医疗保险待遇水平，结合我市实际，制订如下调整方案。

一、城乡居民基本医疗保险缴费及待遇标准

（一）缴费标准。

城乡居民参加基本医疗保险每人每年按 150 元标准缴费。

（二）住院起付标准。

1. 本市定点医疗机构住院的起付标准：一级医院 200 元，二级医院 300 元，三级医院 400 元；

2. 市外定点、非定点医疗机构（即属当地定点医疗机构，下同）住院的起付标准：一级医院 300 元，二级医院 400 元，三级医院 600 元。

（三）住院报销比例。

1. 本市定点医疗机构住院的报销比例分别为：一级医院 90%，二级医院 80%，三级医院 70%（县域三级医院 75%）；

2. 市外定点医疗机构住院（包括本市转诊）的报销比例分别为：一级医院 85%，二级医院 75%，三级医院 65%；

3. 市外非定点医疗机构住院（包括本市转诊）的报销比例分别为：一级医院 80%，二级医院 65%，三级医院 55%；

4. 参保人在本市非定点医疗机构、市外非当地定点医疗机构（即既不属本市在市外的定点医疗机构，也不属所在市的定点医疗机构，下同）住院的，其医疗费用不列入基本医疗保险基金支付范围；

5. 对特殊病种（只限确诊为恶性肿瘤、身体器官功能不全达到血液或腹膜透析标准的严重疾病、器官移植及器官移植后抗排斥治疗）的医疗费用报销给予倾斜，在市内定点医疗机构住院的报销比例分别为：一级医院 90%、二级医院 85%、三级医院 80%；在市外定点或非定点医疗机构住院的报销比例分别为：一级医院 85%、二级医院 75%、三级医院 70%。

（四）住院报销限额。

基本医疗保险统筹基金每人年累计实际支付限额 30 万元，限额内个人自付及超限额部分的医疗费用报销按大病保险制度执行。

二、城镇职工基本医疗保险待遇标准

（一）住院起付标准。

1. 本市定点医疗机构住院的起付标准：一级医院 200 元，二级医院

300元，三级医院400元；

2. 市外定点医疗机构、市外非定点医疗机构住院的起付标准：一级医院300元，二级医院400元，三级医院600元。

(二) 住院统筹基金支付比例。

1. 参保职工（包括在职、退休，下同）在本市定点医疗机构住院的，统筹基金支付比例为90%；

2. 参保职工在市外定点医疗机构住院的，统筹基金支付比例为85%；

3. 参保职工在市外非定点医疗机构住院的，统筹基金支付比例为80%；

4. 参保职工在本市非定点医疗机构及市外非当地定点医疗机构住院的，其医疗费用不列入基本医疗保险基金支付范围；

5. 对特殊病种（只限确诊为恶性肿瘤、身体器官功能不全达到血液或腹膜透析标准的严重疾病、器官移植及器官移植后抗排斥治疗）的医疗费用报销给予倾斜，参保职工在市内定点医疗机构住院的报销比例统一为95%，在市外定点或非定点医疗机构住院的报销比例统一为85%。

(三) 住院统筹基金支付限额。

基本医疗保险统筹基金每人年累计实际支付限额30万元，限额内个人自付及超限额部分的医疗费用报销按大病保险制度执行。

三、大病保险制度

参保人在保险期间超过基本医疗保险统筹基金起付标准部分的医疗费用，在基本医疗保险支付待遇后，个人年度累计自付的符合基本医疗保险用药、诊疗项目范围和医疗服务设施标准的费用（包括基本医疗保险统筹基金年度累计支付限额内应由个人支付的住院费用、超过基本医疗保险统筹基金年度累计支付限额的住院费用，以下简称“自付费用”）

超过1.5万元以上的，由承保机构按以下标准赔付：

（一）城乡居民大病保险参保人，自付费用年度累计超过1.5万元以上部分，在市内定点医疗机构住院的，由承保机构按65%比例赔付；在市外定点、非定点医疗机构住院的，由承保机构按60%比例赔付，年度累计赔付限额为20万元；

（二）城镇职工大病保险参保人，自付费用年度累计超过1.5万元以上部分，在市内定点医疗机构住院的，由承保机构按90%比例赔付；在市外定点、非定点医疗机构住院的，由承保机构按85%比例赔付，年度累计赔付限额为40万元。

四、城乡居民基本医疗保险普通门诊待遇标准

参保人每次普通门诊的一般诊疗费10元，统筹基金支付7元，个人支付3元；除一般诊疗费外的基本医疗费用统筹基金按60%比例支付，同一天统筹基金最高支付限额为40元（含一般诊疗费统筹基金支付7元），其余部分由参保人自付。参保人每人每年普通门诊统筹基金最高支付限额为400元。普通门诊统筹按自然年度结算年度限额，限额在当年度使用，不能结转下一年度，不能转让他人使用。参保人门诊就医登记间隔期不少于5天，间隔期少于5天的统筹基金不予支付。

五、困难企业退休人员及困难企业军转干部参加大病医疗保险

按《揭阳市困难企业退休人员参加城镇基本医疗保险工作方案》（揭市劳社〔2009〕113号）确认的困难企业退休人员及困难企业军转干部参加城镇职工基本医疗保险的，所需大病医疗保险保费由城镇职工基本医疗保险基金统一支付。

六、执行时间

本方案从2017年1月1日起执行。