

濮阳市人民政府办公室文件

濮政办〔2022〕16号

濮阳市人民政府办公室 关于印发濮阳市基本医疗保险和生育保险 市级统筹实施办法的通知

各县（区）人民政府，开发区、工业园区、示范区管委会，市直各单位：

《濮阳市基本医疗保险和生育保险市级统筹实施办法》已经市政府研究同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。



（此件公开发布）

濮阳市基本医疗保险和生育保险 市级统筹实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善基本医疗保险和生育保险制度,增强制度公平性,提高医疗保障待遇水平,维护参保人员合法权益,使参保人员共享改革发展成果,根据《中华人民共和国社会保险法》《河南省人民政府办公厅关于全面做实基本医疗保险和生育保险市级统筹的意见》(豫政办〔2020〕31号)、《濮阳市人民政府办公室关于印发濮阳市全面做实基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案的通知》(濮政办〔2021〕25号)等有关规定,结合我市实际,制定本办法。

第二条 基本医疗保险(以下简称基本医保)包括职工基本医疗保险(以下简称职工医保)和城乡居民基本医疗保险(以下简称居民医保)。生育保险与职工医保合并实施,实行同步参保登记、基金合并运行、统一征缴管理、统一监督管理和经办服务一体化。

第三条 市级统筹实行基本政策、待遇标准、基金管理、经办服务、定点管理和信息系统全市“六统一”。坚持以收定支、收支平衡、略有结余原则,结合筹资能力、经济社会发展、人民健康需求等情况,合理设置基本政策、待遇标准,确保基

金稳健运行。

第四条 职工医保、生育保险年度为每年的7月1日至次年的6月30日；居民医保为自然年度。自2023年1月1日起，基本医保（含生育保险）统一调整为自然年度。

第二章 职工医保

第五条 本市行政区域内所有用人单位和职工应依法参加职工医保。

第六条 缴费基数。用人单位缴费基数为职工工资总额，个人缴费基数为本工资收入。

职工月工资低于全省全口径城镇就业人员平均工资60%的，按60%计算缴费基数，超过全省全口径城镇就业人员平均工资300%的部分，不计入缴费基数。

医疗保障经办机构（以下简称经办机构）每年应按年度按规定核定参保单位和职工信息、上年度参保职工工资总额，调整参保单位和参保职工缴费基数。

第七条 缴费费率。职工医保费由用人单位和职工个人共同缴纳，其中用人单位缴费费率为6.5%，职工个人缴费费率为2%。财政全额供给单位缴纳的医保费，由各级财政安排。原以农民工身份参保的人员，统一按照职工身份随用人单位参加职工医保。

第八条 缴费年限。参保职工达到法定退休年龄、累计缴费年限男职工满 30 年、女职工满 25 年，同时实际缴费年限不低于 10 年的，退休后不再缴纳职工医保费，按规定享受退休医保待遇。2000 年 7 月 1 日我市职工医保制度实施前，符合国家规定的连续工龄或工作年限，计入累计缴费年限。参保职工退休（退职）时累计缴费年限不足的，以退休当月核定的缴费基数，按照用人单位缴费费率，一次性补齐达到累计缴费年限的医保费差额，所缴费用全部计入统筹基金，次月起享受退休待遇；也可选择继续缴费至累计缴费年限，继续缴费期间，按照在职职工享受医保待遇，达到累计缴费年限，次月起享受退休职工医保待遇。不得将办理职工医保退休人员待遇与在参保地按月领取基本养老金绑定。

本办法实施前的退休人员，申请参加职工医保的，以申请医保待遇时上年度全省全口径城镇就业人员月平均工资为基数，按照用人单位缴费费率，一次性足额缴费达到最低缴费年限，自缴费次月起享受退休职工待遇。

第九条 灵活就业人员参加职工医保，按照全省全口径城镇就业人员月平均工资为缴费基数，可以选择 8.5%或 4.9%的费率缴纳医保费。选择 8.5%的费率缴纳医保费，参照在职职工划拨个人账户；选择 4.9%的费率缴纳医保费，只享受统筹基金支付待遇，不划拨个人账户。

灵活就业人员参保缴费满 6 个月后享受职工医保待遇。选

择 4.9%的费率缴纳医保费的灵活就业人员退休时，申请享受退休人员个人账户待遇的，应以退休时的全省全口径城镇就业人员平均工资为补缴基数，按照差额费率补齐医保费，自次月起享受退休职工个人账户待遇。

按照 4.9%费率参保缴费的困难企业职工可参照执行，并以灵活就业人员身份享受退休人员的医保待遇。

第十条 失业人员领取失业保险金期间，由属地失业保险经办机构按月从失业保险基金中统一支付医保费(含个人缴纳部分)，缴费基数为上年度全省全口径城镇就业人员月平均工资的 60%，缴费费率为 8.5%。

第十一条 新成立单位或参保单位新增加人员，须在 30 日内到属地经办机构办理参加职工医保登记或职工医保关系转移。新参加职工医保人员当月缴纳医保费，缴费次月起享受医保待遇。用人单位、职工终止劳动关系，自申报次月起，停止医保待遇。

第十二条 参保单位及职工应按时足额缴纳医保费，未按时足额缴纳的，征收机构责令限期缴纳或补齐，并自欠缴之日起按日加收万分之五的滞纳金，该单位参保人员（不含退休人员）暂停享受由统筹基金支付的待遇。参保单位补齐欠费及加收的滞纳金后，恢复欠缴期间暂停的医保待遇。加收的滞纳金数额不得超出参保单位应补缴的医保费。

用人单位欠费的，当其职工因工作调动需办理职工医保关系转移接续或在职转退休手续时，该用人单位为其补齐欠费

后，方可办理相关手续。职工转入新单位参保缴费后，正常享受医保待遇。

第十三条 职工医保参保人员跨统筹地区就业，转出地已中止参保，在本市按规定参加职工医保的，可向转入地经办机构申请转移接续。参保职工医保关系由统筹区域外转移至我市的，符合本办法规定的缴费年限累计计算。

已连续2年（含）以上参加职工医保的人员，在职工医保关系转移接续前中断缴费3个月（含）以内补齐欠费的，自缴费之日起按规定享受待遇，中断期间的医保待遇按规定追溯享受。中断缴费3个月以上的，从缴费之日起设置3个月的待遇享受等待期。

第十四条 经法院判决或劳动仲裁裁决需补缴职工医保费的，按照职工当年的实际工资核定缴费基数和缴费比例计算补缴金额，不加收滞纳金。判决书或仲裁书中未明确职工当年实际工资的，按照同期上年度全市职工平均工资或全省全口径城镇就业人员平均工资核定缴费基数。补缴的职工医保费只计算缴费年限、补划个人账户，不再享受补缴期间应由职工医保统筹基金支付的待遇。

第十五条 职工医保待遇包括个人账户待遇、门诊慢性病待遇、重特大疾病门诊和住院待遇、门诊特定药品待遇、住院医疗保障待遇。

根据筹资标准变化、经济社会发展水平、基金运行情况以

及参保职工医保需求等因素，适时调整职工医保待遇。

第三章 职工生育保险

第十六条 本市行政区域内所有参加职工医保的用人单位及其职工同步参加生育保险。

第十七条 生育保险费由用人单位缴纳，其中由财政全额负担工资的用人单位缴费费率为 0.35%，其他用人单位缴费费率为 1%。领取失业保险金的失业人员、灵活就业人员不缴纳生育保险费。

第十八条 生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴，由职工医保统筹基金支付，不计入职工医保统筹基金年度最高支付限额。

退休女职工符合计划生育政策生育时，退休前缴纳生育保险费累计满 3 年以上的，只享受生育医疗待遇。因职工个人原因要求终止妊娠的（非医学指征终止妊娠），不享受生育保险待遇。女职工（含男职工无工作配偶）生育时产前检查费用由限额支付标准调整为定额支付标准，其他待遇标准按照现行职工生育保险有关规定执行。

第四章 居民医保

第十九条 本市行政区域内不属于职工医保覆盖范围的人员

都应参加居民医保。包括下列人员：（一）农村居民；（二）城镇非从业居民；（三）各类全日制普通高等学校、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、全日制研究生以及职业高中、中专、技校学生、小学生；（四）持我市居住证的非本市户籍（含港澳台居民）的未就业人员；（五）国家和我省规定的其他人员。

第二十条 缴费及标准。居民医保实行个人缴费和政府补贴相结合，建立政府和个人合理分担、可持续的筹资机制。居民医保个人缴费标准和财政补贴标准每年按照全省统一标准执行，由市医疗保障、财政、税务等部门向社会公布。

第二十一条 缴费时间。居民医保费每年缴纳一次，缴费时间原则上为每年的9月至12月，参保居民缴费次年享受居民医保待遇。

第二十二条 居民医保待遇包括门诊统筹待遇、高血压糖尿病用药保障待遇、门诊慢性病待遇、重特大疾病门诊和住院待遇、门诊特定药品待遇、住院（含分娩）医保待遇。

根据筹资标准变化、经济社会发展水平、基金运行情况以及参保居民医保需求等因素，适时调整居民医保待遇。

第二十三条 新生儿医疗待遇。新生儿出生当年不缴纳居民医保费。新生儿的母或父参加我市居民医保的，可凭其母或父的身份证明、新生儿出生医学证明，以母或父的身份享受出生当年居民医保待遇，并在新生儿出生90天内按规定到经办机构办理参保登记；其父或母未参加居民医保的，按规定办理

参保登记后，享受出生当年居民医保待遇。当年9至12月出生的新生儿，应于次年3月31日前按规定办理参保缴费手续，从次年1月1日起享受居民医保待遇。

第五章 补充医疗保险

第二十四条 补充医疗保险包括职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险、企业事业补充医疗保险、公务员医疗补助等，是基本医保制度的补充与完善。

第二十五条 职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险是在基本医保基础上的全省统一的制度安排，在基本医保按规定支付后，个人负担的医疗费用按照规定进入职工大额医疗费用补助或城乡居民大病保险支付。职工大额医疗费用补助实行市级统筹，城乡居民大病保险实行省级统筹。

第二十六条 企业可按照不超过工资总额4%的比例建立企业补充医疗保险，事业单位可参照建立本单位补充医疗保险，进一步保障职工发生的符合规定的医疗费用。

第二十七条 各县（区）应当进一步建立健全公务员医疗补助制度，提高公务员医疗保障待遇水平。

第六章 保障范围

第二十八条 执行国家、省规定的基本医保药品目录、诊

疗项目目录和医疗服务设施范围及支付标准（以下简称“三个目录”）。参保人员发生的属于“三个目录”范围的医疗费用，由医保基金按规定支付。

第二十九条 住院普通床位费最高支付标准为每日每床 30 元。最高支付标准内，由基本医保统筹基金按比例支付；超出最高支付标准的部分由个人负担。

第三十条 “三个目录”中的乙类药品、特殊材料、特殊诊疗项目等，按规定实行个人首付比例政策，乙类药品、特殊材料个人首付比例执行全省统一政策，特殊检查、特殊治疗、输血费用等特殊诊疗项目个人首付比例为 20%。

医保支付标准按照全省统一规定执行。全省无统一支付标准的特殊材料，我市最高支付限价为 2 万元。

第三十一条 定点医疗机构门诊紧急治疗的参保人员需要住院的，其符合规定的急诊、抢救费用可并入住院费用；不需要住院或门诊紧急抢救无效死亡的，其符合规定的急诊费用按照住院标准支付。

除急诊、抢救外，在非定点医疗机构发生的医疗费用，基本医保基金不予支付。参保人员在我市非定点医疗机构发生的急诊费用，按照我市三级定点医疗机构住院标准支付。参保人员因急诊、抢救或精神类疾病等原因在外地住院治疗的，应在入院 7 个工作日内补办异地就医手续，医疗费用按照异地转诊标准支付。

第三十二条 基本医保基金不予支付的费用：(一)应当从工伤保险基金中支付的；(二)应当由第三人负担的；(三)应当由公共卫生负担的；(四)在境外就医的；(五)体育健身、养生保健消费、健康体检；(六)国家规定的基本医保基金不予支付的其他费用。

第七章 医疗服务价格和集中带量采购

第三十三条 建立灵敏有度的医疗服务价格动态调整机制，发挥价格合理补偿功能，稳定调价预期、理顺比价关系，医疗服务价格由市级统一管理。

第三十四条 做好常态化的药品和医用耗材集中带量采购和使用工作，各级医保、卫健、市场监管等部门要加强对定点医药机构落实药品和医用耗材集中带量采购政策和中选产品使用的监督检查，确保集中带量采购政策落实落地，为群众提供更多的质优价廉的药品和医用耗材。

第八章 医药服务管理

第三十五条 规范定点医药机构管理。医疗保障行政部门负责制定管理政策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对经办机构、定点医

药机构进行监督。经办机构负责确定定点医药机构，签订服务协议，明确双方的责任、权利和义务，并报市级医疗保障行政部门备案。定点医药机构应当遵守医疗保障法律法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医药服务，提高服务质量，合理使用医疗保障基金。

第三十六条 参保人员在定点医药机构就医购药发生的医药费用，应由医疗保障基金支付的，定点医药机构先行垫付，再由经办机构按服务协议定期结算；应由个人支付的，由本人与定点医药机构结清。

第三十七条 持续推进分级诊疗制度建设；（一）参保人员应优先选择在基层定点医疗机构就医，凭身份证、医保电子凭证或社会保障卡可在市域内各定点医药机构直接就医、购药，按照定点医疗机构级别实行差异化报销政策；（二）参保人员确需转往市域外市级及以上定点医疗机构住院的，应先到参保地确定的具有转诊转院资格的定点医疗机构开具转诊转院证明，经参保地经办机构备案后就医。未按规定办理转诊转院手续的，按相应定点医疗机构级别支付比例降低 20%；（三）转诊转院包括上转、下转和同级互转。对按规定上转的参保人员，上转后只负担上下级定点医疗机构起付标准的差额部分；按规定下转或同级别定点医疗机构互转的参保人员，不再负担转入定点医疗机构的起付标准；（四）推进城乡居民家庭医生签约服务，发挥家庭医生作为居民健康和医

保控费双守门人作用。将签约对象常见病、多发病和慢性病纳入居民门诊统筹管理，将家庭医生签约服务费按规定纳入居民门诊统筹基金支付范围，引导城乡居民基层首诊，促进双向转诊。

第三十八条 实行异地居住就医备案。异地居住人员主要包括异地安置退休人员、异地长期居住人员和常驻异地工作人员。异地居住人员应按规定到参保地经办机构办理异地就医备案手续，发生的医疗费用按照我市相应医疗机构的待遇标准支付。

第三十九条 建立定点医药机构服务质量保证金制度。经办机构与定点医药机构结算应支付的医保基金时，预留 5% 的额度作为服务质量保证金。服务质量保证金根据定点医药机构年度服务质量考核结果予以返还。

第四十条 完善医保医师管理制度。进一步加强医保对医疗服务行为的监控力度，规范医保医师诊疗行为，将监管对象由医疗机构、医保医师逐步延伸至医保药师、医保护士等各类医务人员，将监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗绩效双控制。

第四十一条 持续深化医保支付方式改革。发挥医疗保障支付方式对医药服务健康发展的引导作用，在实施医疗保障基金总额预算管理的基础上，推行按病种、按人头、按床日等多元复合式支付方式，重点推行按病种分值付费（DIP）支付方

式改革。完善紧密型县域医共体、城市医疗集团等医疗联合体医保支付机制。探索符合中医药服务特点的支付方式，支持提供和使用适宜的中医药服务。建立健全协商谈判机制、激励约束机制和考核评价体系，提高基金使用效率。

第四十二条 参保人员跨年度连续住院的，应当在当年12月31日结清医疗费用（职工医保年度调整前，为当年6月30日结清医疗费用），只负担一次起付标准费用。

第九章 基金运行管理

第四十三条 基本医保基金分为职工医保基金和居民医保基金。职工医保基金由统筹基金和个人账户组成，生育保险基金并入职工医保统筹基金统一管理。居民医保基金全部为统筹基金。

第四十四条 职工医保统筹基金构成：（一）征收的职工医保费和生育保险费；（二）利息收入；（三）财政补贴收入；（四）转移收入；（五）历年基金累计结余结转；（六）滞纳金、违约金和各类捐助等其他收入。

第四十五条 居民医保统筹基金构成：（一）征收的居民医保费；（二）财政补贴收入；（三）利息收入；（四）历年基金累计结余结转；（五）违约金和各类捐助等其他收入。

第四十六条 全市基本医保基金纳入市社会保障基金财

政专户（以下简称市财政专户）统一管理，实行市级统收统支、收支两条线管理。

全市各类医保基金按险种分账管理，分县（区）核算。

第四十七条 市财政部门在市财政专户中分别设立职工基本医疗（生育）保险基金和居民医保基金财政专户。市经办机构分别设立职工基本医疗（生育）保险基金、居民医保基金支出账户（统称市支出户）。

第四十八条 中央、省级和市级财政的居民医保参保补助资金直接划入市财政专户，各县（区）财政的居民医保参保补助资金应及时足额上解至市财政专户。

第四十九条 建立基金预算管理机制。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，统一编制基金预算，下达各县（区）年度收支计划，预算年度终了，按规定编制基金决算。

第五十条 建立风险预警机制。加强全市基金总体运行情况的监测和分析研判，综合管控基金风险，当基金累计结余连续半年突破基金风险预警线时，可根据实际情况适时调整医保政策，并出台缺口分担机制，确保基金安全运行。职工医保预警线为 6 个月，居民医保预警线为 3 个月。基金预算管理办法和缺口分担机制由市财政部门另行制定。

第五十一条 本办法实施前，市本级及各县（区）发生的基本医保基金应付未付定点医疗机构和定点零售药店的医药费用，由市本级及县（区）基本医保基金支付，累计结余基金

不足支付的，由同级人民政府清偿；本办法实施后，全市累计结余基金分市本级、县（区）单独记账管理，用于弥补省级统筹前各自基金超支。

第十章 监督管理

第五十二条 医保部门应建立健全内部控制机制，实现财务信息公开，定期公布基金收支情况，接受社会监督。综合运用行政、司法、信用评价、信息化技术、社会监督等手段，健全严密有力的基金监管和执法机制，确保基金合理使用、安全可控。

第五十三条 定点医药机构应依照有关法律法规和政策规定提供医药服务，提高服务质量，履行服务协议，合理使用医保基金，维护参保人员合法权益，积极主动配合监督检查，向社会公开医药费用、费用结构等信息。

第五十四条 用人单位应依法依规为职工缴纳医疗保险和生育保险费，及时向经办机构提交登记、变更、注销等相关信息，主动接受、积极配合医保部门稽核检查。

第五十五条 参保人员应妥善保管本人医保凭证，防止他人冒名使用，不得转借他人使用。就医、购药时应主动出示本人医保凭证接受查验。

第五十六条 积极引入信息技术服务机构、会计师事务所

所、商业保险机构等第三方力量参与医保基金监管，建立和完善政府购买服务制度，推行按服务绩效付费，提升监管的专业性、精准性和效益性。

第五十七条 建立部门联动机制，完善部门间相互配合、协同监管的综合监管制度，开展联合检查，形成监管合力。卫健、市场监管、财政、审计、公安等部门按照各自职责做好相关工作。

第五十八条 建立健全医保基金社会监督员制度，落实欺诈骗保举报奖励措施，强化社会监督。

第十一章 附 则

第五十九条 根据国家、省规定，整合困难群众大病补充保险和医疗救助制度，健全统一完备的医疗救助制度，覆盖医疗费用负担较重的困难职工和困难城乡居民，确保困难群众基本医疗有保障，不因罹患重特大疾病影响基本生活。

第六十条 各级政府对医保制度运行提供经费保障。

第六十一条 各项医保制度筹资和待遇标准、市级统筹相关配套文件，由市医保部门根据有关规定适时调整、制定。

第六十二条 离休干部医疗保障、一至六级残疾军人医疗保障暂不纳入市级统筹范围，其筹资及医疗保障待遇等按照国家、省、市有关规定执行。

第六十三条 原濮阳市居民医保中原油田办事处继续承办相关的居民医保具体事务。

第六十四条 本办法自 2022 年 4 月 1 日起施行。

附件：市级统筹医疗保障政策待遇标准（试行）

附 件

市级统筹医疗保障政策待遇标准（试行）

一、住院待遇

（一）参保人员在定点医疗机构住院发生的政策范围内合规医疗费用，起付标准以下由个人支付；起付标准以上、年度最高支付限额以下由统筹基金按比例支付。

（二）居民医保住院差异化支付标准

类别	医院范围	起付标准	支付比例
乡级	乡镇卫生院 （社区医疗机构）	150 元	150—800 元 75% 800 元以上 90%
县级	二级（含）或相当规模 以下医院	400 元	400—2000 元 63% 2000 元以上 83%
市级	二级（含）或相当规模 以下医院	600 元	600—4000 元 55% 4000 元以上 75%
	三级医院	1200 元	1200—4500 元 50% 4500 元以上 70%
省级	二级（含）或相当规模 以下医院	600 元	600—4000 元 53% 4000 元以上 72%
	三级医院	2000 元	2000—7000 元 50% 7000 元以上 68%
省外		2000 元	2000—7000 元 50% 7000 元以上 68%

城乡居民医保统筹基金年度最高支付限额为 15 万元。

参保居民在县级及其以上中医医院住院，起付标准降低 100 元。使用中医药服务的住院医疗费用，报销比例提高 5%。

中医药服务项目指纳入基本医疗保险报销范围的中药饮片、中成药、中药制剂和中医诊疗项目。

参保居民年度内第二次及多次在县级及其以上医院住院，14 周岁及其以下人员住院，起付标准减半。年满 80 周岁老人政策范围内住院医疗费用，支付比例提高 5%。

参加居民医保的孕产妇住院分娩，住院医疗费实行限额支付。限额标准为：自然分娩 1000 元，剖宫产 2000 元。实际住院费用低于限额标准的据实结算，超过限额标准的按限额标准支付。病理性产科住院分娩医疗费用按居民医保住院待遇的有关规定执行。

（三）职工医保住院差异化支付标准

医院范围	起付标准（元）	支付比例	
		在职	退休
一级及基层定点医疗机构	300	90%	95%
二级定点医疗机构	500	85%	90%
三级医院	900	80%	85%
市域外定点医疗机构	1200	75%	80%

职工医保统筹基金年度最高支付限额为 11 万元。

一个医保年度内，参保职工第二次及多次住院的，起付标准减半；因同种疾病 30 日内二次住院的，第二次住院不再负担起付标准费用。

二、职工医保个人账户

暂按 2011 年濮阳市城镇职工基本医疗保险和生育保险市级统筹实施细则的相关规定执行。

三、居民门诊统筹和高血压糖尿病门诊用药待遇

(一) 筹资标准及支付范围。居民医保门诊统筹所需资金按照当年居民个人缴费标准的 40% 从居民医保统筹基金中划拨，主要支付参保居民在参保地定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用和家庭医生签约服务费，支付高血压糖尿病(以下简称“两病”)门诊用药保障费用。原居民医保家庭账户资金可以结转使用。

(二) 付费方式。门诊统筹实行总额预算管理下的按人头付费，由门诊统筹基金支付，单独核算。各县(区)要加强门诊统筹管理，确保就医和药品的可及性、便利性。

(三) 定点管理。原则上将基层医疗机构以及高校医疗机构等纳入定点范围。基层医疗机构不能满足居民门诊医疗需求的，可将县级医疗机构纳入定点范围。居民“两病”定点医疗机构要与门诊统筹保持一致、统一管理。

(四) 支付标准及要求

1. 门诊统筹。居民在定点医疗机构发生的政策范围内普通门诊费用，不设起付线，支付比例为 60%，年度最高支付限额 400 元。年度最高支付限额，原则上单次使用额度不超过 30%；以个人为单位使用，家庭成员间不可统筹使用。

2. “两病”待遇。居民在参保地定点医疗机构就医发生的政策范围内“两病”门诊药品费用，不设起付线，支付比例为 60%，月支付限额 20 元(年度最高支付限额 240 元)。医

保医师可为“两病”患者开具不超过3个月的长处方。

四、门诊慢性病待遇

全市统一选择部分需长期或终身在门诊治疗且医疗费用较高的疾病（或治疗项目），纳入基本医保门诊慢性病医疗待遇管理范围。统筹基金按照不低于70%的比例支付，不设起付标准，实行定点治疗、限额管理。

五、重特大疾病和门诊特定药品待遇

执行省、市统一的重特大疾病住院和门诊、门诊特定药品医疗待遇政策，政策范围内医疗费用不设起付标准，实行定点医疗、按病种付费、限额（定额、定量）管理。

（一）职工医保。住院病种在限价标准内的医疗费用由统筹基金按比例支付，县级、市级、省级定点医疗机构支付比例分别为85%、75%、70%；其超过限价标准的医疗费用由定点医疗机构承担。门诊病种由统筹基金按照在职人员85%、退休人员90%的比例支付，终末期肾病门诊腹膜透析按照90%的比例支付。

门诊特定药品由职工基本医保统筹基金按照在职人员85%、退休人员90%的比例支付。

（二）居民医保。支付比例在职工医保在职人员支付比例的基础上降低5%。

