

烟台市人民政府办公室文件

烟政办发〔2022〕27号

烟台市人民政府办公室 关于印发烟台市职工基本医疗保险和生育保险 实施办法烟台市居民基本医疗保险实施办法的通知

各区市人民政府（管委），市政府有关部门，有关单位：

《烟台市职工基本医疗保险和生育保险实施办法》《烟台市居民基本医疗保险实施办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。



（此件公开发布）

烟台市职工基本医疗保险和生育保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我市职工基本医疗保险、生育保险制度，增强基金抗风险能力，提高保障水平，维护职工合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《国务院办公厅关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》和《山东省医疗保障待遇清单（2020版）》等有关规定，结合我市实际，制定本实施办法。

第二条 职工基本医疗保险、生育保险实行市级统筹，并坚持以下原则：

（一）坚持应保尽保、保障基本，尽力而为、量力而行，保障水平与本市经济发展水平和各方面承受能力相适应。

（二）基金按“以收定支、收支平衡、略有结余”筹集使用。

（三）基本医疗保险基金实行社会统筹和个人账户相结合。

（四）职工基本医疗保险费用由用人单位和职工双方共同负担，享受职工基本医疗保险退休待遇的人员不缴纳基本医疗保险费；生育保险费用由用人单位缴纳，职工个人不缴纳生育保险费。

（五）本市区域内所有用人单位及其职工均应参加职工基本医疗保险、生育保险。

第三条 本市区域内的机关、事业单位、企业、社会团体、

民办非企业单位及其职工（含新中国成立前参加工作的老工人），城镇个体经济组织业主及其从业人员均应参加职工基本医疗保险和生育保险。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员（以下统称灵活就业人员）、自主择业军转干部、领取失业金期间的失业人员，按规定只参加职工基本医疗保险，享受职工基本医疗保险待遇，不参加生育保险。

第四条 市医疗保障行政部门主管全市职工基本医疗保险、生育保险工作。各区市医疗保障行政部门负责做好本区域内职工基本医疗保险、生育保险工作。各级发展改革、民政、公安、财政、人力资源社会保障、卫生健康、退役军人、市场监管、税务等部门应按照各自职责做好相关工作。

第二章 筹资标准

第五条 基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户金构成。用人单位缴纳的基本医疗保险费按规定的比例划入统筹基金和个人账户，职工缴纳的基本医疗保险费全部划入个人账户。灵活就业人员只需缴纳划入统筹基金部分的基本医疗保险费，未办理职工基本医疗保险退休待遇前，不计发个人账户金。

第六条 用人单位根据上年度职工工资总额申报单位和个人人的基本医疗保险费缴费基数，职工个人的缴费基数不低于全省

全口径城镇单位就业人员平均工资的 60%、不高于 300%。

第七条 用人单位基本医疗保险费与生育保险费按同一缴费基数实行统一征缴，按月缴纳。企业单位按缴费基数的 7.8% 比例缴纳基本医疗保险费和生育保险费，机关事业单位按缴费基数的 7.3% 比例缴纳基本医疗保险费和生育保险费，在职职工按缴费基数的 2% 比例缴纳基本医疗保险费，由用人单位代扣代缴。灵活就业人员按缴费基数的 6.3% 比例缴纳基本医疗保险费，2024 年起按 7% 比例缴纳；中断缴费的，本人自愿，可按缴费时职工基本医疗保险最低缴费基数 7% 的比例补缴中断月份职工基本医疗保险费。

第八条 参加职工基本医疗保险的人员，办理退休手续时，其职工基本医疗保险缴费年限（含视同缴费年限）达到最低缴费年限的，退休后可按规定享受退休人员职工基本医疗保险待遇；未达到最低缴费年限的，退休后不享受退休人员职工基本医疗保险待遇。本人自愿，可按规定一次性补缴至最低缴费年限，补缴后按规定享受退休人员职工基本医疗保险待遇；也可按灵活就业人员继续缴纳职工基本医疗保险费，按在职职工享受待遇。

山东省外按月领取基本养老金、在我市实际缴纳职工基本医疗保险累计 10 年及以上的退休人员，在不重复享受基本医疗保险待遇的情况下，可申请享受我市退休人员职工基本医疗保险待遇。申请时未达到我市职工基本医疗保险最低缴费年限的，应按规定一次性补缴至最低缴费年限。

第九条 破产企业应按照《中华人民共和国企业破产法》及

有关规定，优先偿付欠缴的职工基本医疗保险费和生育保险费，并以我市离休人员（含新中国成立前参加工作的老工人，下同）、一至六级残疾军人人均医疗费为缴费标准，一次性向医疗保障经办机构缴纳 10 年的基本医疗保险费；关闭、注销的企业也应按照上述办法为离休人员、一至六级残疾军人一次性缴纳 10 年的基本医疗保险费，专项用于保障上述人员的医保待遇。

第三章 统筹基金的支付条件、范围和标准

第十条 在我市既往无职工基本医疗保险参保缴费记录的人员首次参加职工基本医疗保险和生育保险的，自缴费的次月起享受职工基本医疗保险待遇和生育医疗费用保障待遇。

第十一条 中断缴费 3 个月以上重新参加职工基本医疗保险、生育保险并连续缴费满 3 个月的（不含补缴年限）职工，按规定享受职工基本医疗保险待遇和生育医疗费用保障待遇；连续缴费不满 3 个月的，不享受职工基本医疗保险待遇和生育保险医疗费用保障待遇。中断缴费不满 3 个月的，重新参保缴费后按规定享受职工基本医疗保险和生育医疗费用保障待遇，中断期间不享受待遇。

女职工生育时，我市企业单位为其连续足额缴纳职工基本医疗保险费和生育保险费满 12 个月的，由职工基本医疗保险基金按月发放生育津贴；连续足额缴费不满 12 个月的，待企业单位连续为其足额缴费满 12 个月后，由职工基本医疗保险基金按月补发生育津贴。

第十二条 用人单位整体中断缴纳职工基本医疗保险费和生育保险费的，自中断缴费次月起暂停其在职职工的基本医疗保险和生育保险待遇，按规定补齐欠费和滞纳金后恢复其在职职工的基本医疗保险和生育保险待遇。

第十三条 职工基本医疗保险统筹基金支付范围包括住院医疗费用、门诊慢特病医疗费用、普通门诊医疗费用、国家医保谈判药品门诊用药保障药品费用以及生育医疗费用、生育津贴等。支付范围应当符合国家、省、市基本医疗保险药品目录、诊疗项目及服务设施目录范围和支付标准及有关法律、法规。

第十四条 在职职工在一个自然年度内，因病每次住院的医疗费用（不含不予从统筹基金中支付的费用），在起付标准以上的部分，根据定点医疗机构级别实行分段累进制报销：一级定点医疗机构，起付标准以上至最高支付限额的部分按 90%比例支付；二级定点医疗机构，起付标准以上至最高支付限额的部分按 90%比例支付；三级定点医疗机构，起付标准以上至 10000 元（含）的部分按 85%比例支付、10000 元以上至最高支付限额的部分按 90%比例支付。退休人员在上述支付比例的基础上再提高 5 个百分点。

住院医疗费用分段累进报销时，累进费用为本自然年度内参保职工已结算的历次住院医疗费用、门诊慢特病医疗费用、国家医保谈判药品门诊用药保障药品费用中统筹基金支付范围内的累计医疗费用。

第十五条 职工基本医疗保险基金的住院起付标准为：一级

定点医疗机构 200 元、二级定点医疗机构 500 元、三级定点医疗机构 800 元。一个自然年度内第一次住院治疗的，起付标准不变；第二次住院治疗的，起付标准降低 50%；第三次及以上住院治疗的，起付标准每次均按 100 元执行。恶性肿瘤患者，在一个自然年度内因放疗、化疗、靶向药物治疗多次住院的，只负担一次起付标准。

第十六条 建立门诊慢特病保障制度。门诊慢特病分为甲类门诊慢特病和乙类门诊慢特病。

甲类门诊慢特病患者发生的符合政策规定的门诊医疗费用，由统筹基金按 85%比例支付。慢性肾功能衰竭（肾衰竭期）患者的门诊血液透析费用、腹膜透析费用及器官移植后服用环孢素 A 的费用在上述基础上再提高 10 个百分点。

乙类门诊慢特病实行起付标准和限额管理。除国家、省规定的病种外，乙类门诊慢特病患者发生的符合政策规定的门诊医疗费用起付标准为 300 元，起付标准以上部分按 80%比例支付，一个自然年度内不能超过该病种年度最高支付限额。参保职工最多可认定两种乙类门诊慢特病，在一个自然年度内发生的门诊慢特病医疗费用只负担一次起付标准。

第十七条 建立国家医保谈判药品门诊用药保障制度。从国家医保谈判药品中选取适宜门诊治疗、使用周期较长、疗程费用较高以及临床路径清晰、适用条件明确的药品，纳入门诊用药保障范围。参保职工门诊使用国家医保谈判药品门诊用药保障的药

品不设起付标准，个人按规定比例自付后符合政策规定的药品费用，由统筹基金按 80%比例支付。

第十八条 建立职工普通门诊保障制度。将参保职工日常门诊医疗费用纳入统筹基金支付范围。参保职工在职工普通门诊定点医疗机构就医发生的符合政策规定的门诊医疗费用，由统筹基金按比例支付，实行起付标准和限额管理。

第十九条 办理异地长期居住备案的人员，在长期居住地发生的符合政策规定的医疗费用，按照在我市本地就医的待遇政策结算。临时外出就医人员发生的符合政策规定的医疗费用，个人首先负担 10%，剩余部分按照在我市本地就医的待遇政策结算。

第二十条 在一个自然年度内，统筹基金支付的住院医疗费用、门诊慢特病医疗费用、国家医保谈判药品门诊用药保障药品费用不能超过最高支付限额。统筹基金的年度最高支付限额为 25 万元。

第二十一条 用人单位依法参加生育保险并按时足额缴纳生育保险费的，其职工按规定享受以下生育保险待遇：

（一）生育医疗费用。

1. 生育的医疗费用。缴纳生育保险的女职工在我市定点医疗机构住院分娩时发生的符合我市基本医疗保险、工伤保险、生育保险药品目录和诊疗项目及服务设施目录范围内的住院手术费、治疗费、检查检验费及分娩时因生育引起疾病、合并其他疾病的医疗费用纳入生育保险支付范围，产前检查费实行定额补助，标准为 1000 元，与生育的医疗费用合并支付。

女职工在异地分娩发生的医疗费用按照 4500 元（含产前检查费定额补助 1000 元）的标准给予补助。女职工在异地分娩时，因生育引起疾病、合并其他疾病发生的符合政策规定的医疗费用，按职工基本医疗保险规定支付，不与异地生育定额补助重复享受。

2. 计划生育的医疗费用。包括放置（取出）宫内节育器、皮下埋植术、取出皮埋术、流产术、引产术、绝育及复通手术所发生的医疗费用，实行按项目定额支付。

具体支付标准为：妊娠不满 4 个月以下流产的，定额为 400 元；妊娠 4 个月以上流产（含引产及死胎娩、取出）的，定额为 900 元；放置（取出）宫内节育器的，定额为 180 元；皮下埋植术、取出皮埋术，定额为 120 元；绝育手术的，定额为 1200 元；复通手术的，定额为 1500 元。

（二）生育津贴。生育津贴按照女职工所在用人单位上年度职工月平均工资除以 30 天乘以产假天数计发。女职工生育前 12 个月内在本市行政区域内变更工作单位的，按各用人单位缴费基数加权平均数作为用人单位上年度职工月平均工资。具体发放标准如下：

1. 女职工正常生育的享受 98 天生育津贴，符合剖宫产指征实行剖宫产的增加 15 天生育津贴，多胞胎生育的每多生育一个婴儿增加 15 天生育津贴。

2. 女职工怀孕未满 4 个月流产的，享受 15 天生育津贴；怀孕满 4 个月流产（含引产及死胎娩、取出）的，享受 42 天生育津贴。

国家、省规定增加的产假,视为出勤,工资由用人单位照发,福利待遇不变。生育津贴和工资不重复享受。机关事业单位的女职工生育期间的工资仍由单位发放,不享受生育津贴。

(三) 其他事项。

1. 参加生育保险男职工的未就业配偶,符合计划生育政策规定生育且未享受其他生育医疗费待遇的,按照异地生育的医疗费用定额补助标准的 50%享受生育补助金。

2. 以下情况住院发生的医疗费用按职工基本医疗保险规定支付:

- (1) 女职工因生育引起疾病、合并其他疾病住院未分娩的;
- (2) 符合入院指征的计划生育手术需入院治疗的。

第二十二条 下列医疗费用不纳入统筹基金支付范围:

- (一) 应当从工伤保险基金中支付的费用;
- (二) 应当由第三人负担的费用;
- (三) 应当由公共卫生负担的费用;
- (四) 在境外就医发生的费用;
- (五) 实施人类辅助生殖术发生的医疗费用(分娩除外);
- (六) 除急诊、急救外,在非协议定点医疗机构发生的费用;
- (七) 国家、省规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

第四章 个人账户的支付范围

第二十三条 医疗保障经办机构为参保职工建立基本医疗保险个人账户,每月按规定标准为参保职工计发个人账户金。个

个人账户金实行专款专用，由医疗保障经办机构负责记载和管理，采取“记账为主、发放为辅”的管理模式。个人账户余额可以结转使用和继承。

第二十四条 每年 1 月份，医疗保障经办机构按规定标准自个人账户中一次性代扣代缴大额医疗费用补助、长期护理保险个人缴费部分；无个人账户的，由个人主动按规定标准申报缴费。

第二十五条 个人账户金除用于支付参保职工在定点医药机构发生的医保政策范围内自付费用外，可以用于支付参保职工本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用，配偶、父母、子女参加居民基本医疗保险、长期护理保险、政府指导的普惠型商业医疗保险个人缴费。个人账户金不得用于公共卫生费用、体育健身、养生保健消费、健康体检等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

第二十六条 参保职工发生以下情况，可办理个人账户余额结清手续：

- （一）职工基本医疗保险关系从烟台市转出；
- （二）死亡；
- （三）出国定居。

第五章 基金管理和监督

第二十七条 职工基本医疗保险基金纳入财政专户，实行

“收支两条线”，专款专用、专户管理，任何单位和个人不得挤占挪用。市财政部门统一开设市级财政专户。区市医疗保障经办机构于每月向市级医疗保障经办机构书面申请本月职工基本医疗保险待遇支付计划，由市医疗保障经办机构审核汇总，经市医疗保障、财政部门审核确认后，从市级财政专户划转资金。

第二十八条 各区市当年职工基本医疗保险基金收支出现缺口时，根据职工基本医疗保险工作目标任务（扩面、征缴、清欠等）综合考核情况，由市职工基本医疗保险基金和区市财政按比例分担基金缺口。分担比例根据全市基金收支情况，由市医疗保障行政部门会同市财政部门确定。

第二十九条 建立基本医疗保险基金收支预算制度。基本医疗保险基金实行全市统收统支、分级核算、预算管理，由市医疗保障经办机构负责编制年度预算，经市医疗保障行政部门初核后，报市财政部门审核并汇总编制，由市财政部门报市政府审批，并经市人民代表大会审议通过后，下达执行。

第三十条 加快推进医保支付方式改革，控制医疗费用不合理增长。推进总额控制下，按疾病诊断分组（DRGs）、按门诊病例分组（APG）、总额预付、按床日、按病种、按人头等复合式支付方式改革。建立健全医疗保险基金监控和预警机制，加强基金核算和内控制度建设，不断提高基金使用效益。建立合理适度的“结余留用、超支分担”激励约束机制，引导定点医疗机构主动控制成本，规范诊疗行为。

第三十一条 市级和各区市医疗保障行政部门负责本级医保基金使用监督管理工作。构建政府监管、社会监督、行业自律和个人守信相结合的综合监管格局。加大监管力度，及时查处和纠正医保基金使用过程中的违法违规行为。强化监管能力建设，加大财政投入，为医保基金使用监管工作提供保障，建立和完善政府购买服务制度，积极引入第三方机构和专业人员协助开展检查。推进信用监管、社会监管和部门协同监管，建立医保基金社会监督员制度和投诉举报奖励制度，形成全社会共同维护医保基金安全的良好氛围。

第六章 服务管理

第三十二条 建立健全基本医疗保险定点就医制度。除急诊、急救外，参保职工应到我市定点医药机构就诊；异地长期居住或临时外出就医的，按基本医疗保险异地就医政策规定执行。

第三十三条 医疗保障经办机构负责医药机构协议管理的申请受理和评估确认，对管理区域内定点医药机构实行协议管理，双方在平等沟通、协商谈判的基础上，签订服务协议，明确服务范围、服务内容、服务质量、费用结算、违约处理等内容及双方的责任、权利和义务。

第三十四条 建立定点医药机构年度考核机制，对定点医药机构进行日常管理和监督检查，完善分级管理考核办法。推行医保医师信用管理制度，强化行业自律，实行守信激励和失信惩戒。

完善医保医师准入、监管、退出机制。

第三十五条 定点医药机构要积极配合医疗保障经办机构做好医疗保障服务工作。扎实推进医药卫生体制改革，加强内部管理，规范服务行为，提高技术水平，降低医疗成本，保障参保职工的基本医疗需求，减轻参保职工个人负担。

第三十六条 定点医药机构应当及时通过医疗保障信息系统全面准确传送医疗保障基金使用有关数据，向医疗保障部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息，向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。

第七章 附 则

第三十七条 职工基本医疗保险和生育保险的筹资标准、保障范围和待遇标准等，由市医疗保障行政部门根据经济社会发展水平以及各方承受能力，结合我市实际适时调整。

第三十八条 建立大额医疗费用补助制度。大额医疗费用补助由在职职工和退休人员按每人每年 36 元标准一次性缴纳。医疗费用超过基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额以上符合政策规定的部分，由大额医疗费用补助按 90%比例支付，一个自然年度内最高支付限额为 40 万元。

第三十九条 鼓励有条件的用人单位，在参加职工基本医疗保险的基础上，建立补充医疗保险，补充医疗保险费在工资总额 5% 以内的部分，可直接从成本中列支。补充医疗保险办法经用人

单位职工代表大会或职工大会讨论通过后实施，并报同级医疗保障、财政部门备案。

公务员医疗补助办法由医疗保障部门会同财政部门另行制定。

第四十条 实行职工大病保险制度。具体办法按省有关规定执行。

第四十一条 离休人员、一至六级残疾军人的医疗保险办法按原规定执行。

第四十二条 本办法自 2023 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2027 年 12 月 31 日。原《烟台市职工基本医疗保险实施办法》（烟台市人民政府令第 138 号）、《烟台市人民政府办公室关于印发烟台市生育保险和职工基本医疗保险合并实施意见的通知》（烟政办发〔2019〕24 号）同时废止。

烟台市居民基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善居民基本医疗保险制度，保障居民基本医疗需求，根据《中华人民共和国社会保险法》《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》和《山东省医疗保障待遇清单（2020版）》等有关规定，结合我市实际，制定本实施办法。

第二条 居民基本医疗保险实行市级统筹，并坚持以下原则：

（一）坚持应保尽保、保障基本，尽力而为、量力而行，保障水平与本市经济发展水平和各方面承受能力相适应。

（二）权利与义务对等，待遇与缴费挂钩。

（三）基金按“以收定支、收支平衡、略有结余”筹集使用。

第三条 本市区域内不属于职工基本医疗保险应参保人员及按规定享有其他保障的人员以外的其他所有城乡居民，均应依法参加居民基本医疗保险。

第四条 市医疗保障行政部门主管全市居民基本医疗保险工作。各区市医疗保障行政部门负责做好本区域内居民基本医疗保险工作。

各区市政府（管委）负责本区域内居民基本医疗保险的组织实施工作。乡镇政府（街道办事处）具体负责本区域内居民基本医疗保险的政策宣传、参保登记、材料审核和缴费服务等工作，指导村（社区）做好居民基本医疗保险参保缴费工作。

发展改革部门负责将居民基本医疗保险纳入国民经济和社会发展规划，并督促落实。

教育部门负责组织各类学校、幼儿园内学生和儿童统一参加居民基本医疗保险，做好宣传发动、参保登记、组织缴费等工作。

财政部门负责政府补助资金的预算安排、资金拨付、基金监督等工作。

卫生健康部门负责托育机构内儿童统一参加居民基本医疗保险，做好宣传发动、参保登记、组织缴费等工作，对各级定点医疗机构和医务人员的服务行为进行监管，采取措施控制医疗费用过快增长。

民政、退役军人、残联、乡村振兴等部门按照各自职责负责做好特困人员、低保对象、低保边缘家庭成员、优抚对象、重度残疾人、返贫致贫人口、防止返贫监测帮扶对象等特殊群体（以下统称特殊群体）的身份确认和组织参保缴费等工作。

税务部门负责居民基本医疗保险费的征缴工作。

公安、市场监管、药品监管等部门按照各自职责做好居民基本医疗保险工作。

第五条 各区政府（管委）应履行居民基本医疗保险属地管理职责，做好居民参加基本医疗保险的宣传、调度、组织等工作。

第二章 基金筹集

第六条 居民基本医疗保险实行个人缴费和政府补助相结合的筹资方式，建立居民个人缴费正常调整机制，合理划分政府

与个人的筹资责任，在提高政府补助标准的同时，适当提高个人缴费标准。居民按规定缴纳基本医疗保险费，享受相应的医疗保险待遇。

（一）成年居民个人缴费标准分两档，2023年缴费标准为：一档每人每年370元，二档每人每年520元。

（二）各类在校学生和其他未成年居民（以下统称未成年居民）2023年个人缴费标准为：各类在校学生按每人每年170元缴费，其他未成年居民按成年居民一档缴费标准缴费。

（三）政府补助标准按国家和省规定执行，国家、省补助后的差额部分由市和各区市分担。

（四）成年居民可根据经济条件和医疗保障需求，自愿选择缴费档次，个人缴费档次一经选定，年度内不予变更。其中，特殊群体按二档标准缴费。各级政府按相关规定对特殊群体个人缴费部分给予全额资助。

（五）乡镇政府（街道办事处）、村（居）委会应积极创造条件对居民参保给予资金扶持。

居民个人缴费标准和政府补助标准按照国家 and 省要求，根据我市经济社会发展水平、居民收入状况、医疗消费需求、基金结余等情况，由市医疗保障行政部门会同市财政部门适时调整。

第七条 居民基本医疗保险实行年缴费制度，每年9月1日至12月31日为下一年度集中参保缴费期，居民于集中参保缴费期内缴纳下一年度基本医疗保险费的，待遇享受期为次年1月1

日至12月31日；在集中缴费期后缴纳当年度居民基本医疗保险费的，只需缴纳个人缴费部分，缴费完成后待遇享受等待期为3个月。已缴纳的居民基本医疗保险费在进入待遇享受期后不办理退费。

（一）在校学生按学籍以学校为单位组织参保登记和缴费，其他居民由其户籍所在地或居住地乡镇政府（街道办事处）组织参保登记和缴费，特殊群体由民政、退役军人、残联和乡村振兴等部门统一组织参保登记和缴费。

（二）新生儿自出生之日起6个月内办理参保登记并缴纳出生当年居民基本医疗保险费的，自出生之日起享受出生当年居民基本医疗保险待遇；出生6个月以上不满12个月内参保缴费的，自缴费次月起享受居民基本医疗保险待遇；出生12个月及以上参保缴费的，按缴费时的相关政策执行。

（三）积极实施全民参保登记，优化征缴方式，推行持卡缴费、网上缴费等简便、安全、高效、易于接受的个人缴费方式，努力扩大覆盖面，提高参保率。

第八条 财政部门应当每年安排专项资金作为居民基本医疗保险政府补助资金。市、县两级政府应及时按省、市财政部门规定拨付办法上解补助资金。

第三章 基金支付范围和标准

第九条 居民基本医疗保险基金支付范围包括住院医疗费用、门诊慢特病医疗费用、国家医保谈判药品门诊用药保障药品

费用、普通门诊医疗费用、高血压糖尿病门诊用药保障药品费用、生育医疗费用、未成年居民意外伤害门诊医疗费用等。支付范围应当符合国家、省、市基本医疗保险药品目录、诊疗项目及服务设施目录范围和支付标准及有关法律、法规。

第十条 居民基本医疗保险基金的住院起付标准为：一级定点医疗机构 300 元，二级定点医疗机构 500 元，三级定点医疗机构 800 元；第二次住院治疗的，起付标准降低 50%；第三次及以上住院治疗的，起付标准每次均按 100 元执行。恶性肿瘤患者，在一个自然年度内因放疗、化疗、靶向药物治疗多次住院的，只负担一次起付标准。

第十一条 在一个自然年度内，参保居民因病每次住院发生的符合政策规定的医疗费用（不含不予从基金中支付的费用，下同），在起付标准至最高支付限额以内的部分，根据定点医疗机构级别按以下标准支付：

（一）按一档缴费的，一级定点医疗机构实施基本药物制度的按 90%比例支付，未实施基本药物制度的按 70%比例支付；二级定点医疗机构按 58%比例支付，三级定点医疗机构按 45%比例支付。

（二）按二档缴费的，一级定点医疗机构按 90%比例支付，二级定点医疗机构按 72%比例支付，三级定点医疗机构按 60%比例支付。

（三）未成年居民、在校学生享受二档缴费的居民基本医疗保险待遇。

第十二条 建立门诊慢特病保障制度。门诊慢特病分为甲类门诊慢特病和乙类门诊慢特病，乙类门诊慢特病病种参保居民只能认定一个。参保居民经门诊慢特病认定备案后，发生的符合政策规定的门诊慢特病医疗费用纳入居民基本医疗保险基金支付范围，除国家、省规定的病种外，一个自然年度内起付标准为 300 元，不同的缴费档次享受不同的门诊慢特病待遇。参保居民同时认定甲、乙类门诊慢特病的，在一个自然年度内发生的门诊慢特病医疗费用只负担一次起付标准。

第十三条 建立国家医保谈判药品门诊用药保障制度。从国家医保谈判药品中选取适宜门诊治疗、使用周期较长、疗程费用较高以及临床路径清晰、适用条件明确的药品，纳入门诊用药保障范围。参保居民门诊使用国家医保谈判药品门诊用药保障的药品不设起付标准，个人按规定比例自付后符合政策规定的药品费用，一档、二档缴费的由基金分别按 40%、60%比例支付。

第十四条 建立居民普通门诊保障制度。普通门诊重点解决参保居民多发病、常见病的门诊医疗费用。参保居民在居民普通门诊定点医疗机构就医发生的符合政策规定的门诊医疗费用，不设起付标准，由基金按 50%比例支付，一档缴费的参保居民年度最高支付限额为 200 元，二档缴费的参保居民年度最高支付限额为 350 元。

第十五条 建立高血压糖尿病门诊用药保障制度。将参保居民中的高血压、糖尿病患者门诊使用降血压或降血糖的药品费用

纳入居民基本医疗保险基金支付范围,实行基层医疗机构定点管理。

第十六条 参保居民中符合计划生育政策的孕妇产前检查、住院分娩按孩次实行定额支付,标准为:一孩 1000 元、二孩 1500 元、三孩 3000 元。

第十七条 未成年居民发生意外伤害事故,符合政策规定的门诊医疗费用,超过 60 元以上的部分由基金按 90%比例支付,一个自然年度内最高支付限额为 3000 元。

第十八条 办理异地长期居住备案的人员,在长期居住地发生的符合政策规定的医疗费用,按照在我市本地就医的待遇政策结算。临时外出就医人员发生的符合政策规定的医疗费用,个人首先负担 10%,剩余部分按照在我市本地就医的待遇政策结算。

第十九条 一个自然年度内,基金支付住院医疗费用、门诊慢特病医疗费用、国家医保谈判药品门诊用药保障药品费用、生育医疗费用、未成年居民意外伤害门诊医疗费用不能超过年度最高支付限额。基金年度最高支付限额:一档缴费的为 18 万元,二档缴费的为 22 万元。

第二十条 下列医疗费用不纳入基金支付范围:

- (一) 应当从工伤保险基金中支付的费用;
- (二) 应当由第三人负担的费用;
- (三) 应当由公共卫生负担的费用;
- (四) 在境外就医的费用;
- (五) 除急诊、急救外,在非定点医疗机构发生的费用;
- (六) 国家、省规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

第四章 基金管理和监督

第二十一条 居民基本医疗保险基金纳入财政专户，实行“收支两条线”，专款专用、专户管理，任何单位和个人都不得挤占挪用。市财政部门统一开设市级财政专户。区市医疗保障经办机构于每月向市级医疗保障经办机构书面申请本月居民基本医疗保险待遇支付计划，由市医疗保障经办机构审核汇总，经市医疗保障、财政部门审核确认后，从市级财政专户划转资金。

第二十二条 各区市当年居民基本医疗保险基金收支出现缺口时，根据居民基本医疗保险工作目标任务（扩面、征缴等）综合考核情况，由市居民基本医疗保险基金和区市财政按比例分担基金缺口。分担比例根据全市基金收支情况，由市医疗保障行政部门会同市财政部门确定。

第二十三条 建立基本医疗保险基金收支预算制度。基本医疗保险基金实行全市统收统支、分级核算、预算管理，由市医疗保障经办机构负责编制年度预算，经市医疗保障行政部门初核后，报市财政部门审核并汇总编制，由市财政部门报市政府审批，并经市人民代表大会审议通过后，下达执行。

第二十四条 加快推进医保支付方式改革，控制医疗费用不合理增长。推进总额控制下，按疾病诊断分组（DRGs）、按门诊病例分组（APG）、总额预付、按床日、按病种、按人头等复合式支付方式改革。建立健全医疗保险基金监控和预警机制，加强基金核算和内控制度建设，不断提高基金使用效益。建立合理适度的

“结余留用、超支分担”激励约束机制，引导定点医疗机构主动控制成本，规范诊疗行为。

第二十五条 市级和各区市医疗保障行政部门负责本级医保基金使用监督管理工作。构建政府监管、社会监督、行业自律和个人守信相结合的综合监管格局。加大监管力度，及时查处和纠正医保基金使用过程中的违法违规行爲。强化监管能力建设，加大财政投入，为医保基金使用监管工作提供保障，建立和完善政府购买服务制度，积极引入第三方机构和专业人员协助开展检查。推进信用监管、社会监管和部门协同监管，建立医保基金社会监督员制度和投诉举报奖励制度，形成全社会共同维护医保基金安全的良好氛围。

第五章 服务管理

第二十六条 建立健全基本医疗保险定点就医制度。除急诊、急救外，参保居民应到我市定点医药机构就诊；异地长期居住或临时外出就医的，按基本医疗保险异地就医政策规定执行。

第二十七条 医疗保障经办机构负责医药机构协议管理的申请受理和评估确认，对管理区域内定点医药机构实行协议管理，双方在平等沟通、协商谈判的基础上，签订服务协议，明确服务范围、服务内容、服务质量、费用结算、违约处理等内容及双方的责任、权利和义务。

第二十八条 建立定点医药机构年度考核机制，对定点医药

机构进行日常管理和监督检查，完善分级管理考核办法。推行医保医师信用管理制度，强化行业自律，实行守信激励和失信惩戒。完善医保医师准入、监管、退出机制。

第二十九条 定点医药机构要积极配合医疗保障经办机构做好医疗保障服务工作。扎实推进医药卫生体制改革，加强内部管理，规范服务行为，提高技术水平，降低医疗成本，保障参保居民的基本医疗需求，减轻参保居民个人负担。

第三十条 定点医药机构应当及时通过医疗保障信息系统全面准确传送医疗保障基金使用有关数据，向医疗保障部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息，向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。

第六章 附 则

第三十一条 居民基本医疗保险的保障范围和待遇标准等，由市医疗保障行政部门根据经济社会发展水平以及各方承受能力，结合我市实际适时调整。

第三十二条 实行居民大病保险制度，具体办法按照省有关规定执行。

第三十三条 本办法自 2023 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2027 年 12 月 31 日。原《烟台市居民基本医疗保险实施办法》（烟台市人民政府令第 138 号）同时废止。

抄送：市委有关部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，
市检察院，有关人民团体，中央、省属驻烟有关单位。

烟台市人民政府办公室

2022年12月13日印发
