

# 2024 滨州市基本医保政策汇总

## 滨州市职工医疗保障政策（2024年）

就医类别	起付线			报销比例			
	一级医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构	一级医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构	
住院	在职职工	首次200元, 第二次100元, 第三次取消	首次600元, 第二次300元, 第三次取消	首次700元, 第二次350元, 第三次取消	90%	90%	支付1万以内85%, 1万及以上90%
	退休职工	200元	300元	400元	95%	95%	支付1万以内92.5%, 1万及以上95%
备注	年度最高支付限额20万元						
普通门诊	在职职工	200元	300元	400元	80%	70%	65%
	退休职工	200元	300元	400元	85%	75%	70%
备注	(1) 在职职工和退休职工年度统筹基金支付限额分别为3500元和4500元 (2) 年度内累计计算, 超过统筹基金年度支付限额, 进入职工大额医疗费用补助, 按80%比例支付, 最高支付1000元						
门诊慢特病	职工	700元			在职85%, 退休90%		
	备注	合并住院封顶线, 申报慢特病每人不超过4种。					
异地就医	异地长期居住人员	执行参保地起付线			在备案地就医, 执行参保地医保报销比例、就医地目录; 备案地以外, 按临时外出就医政策执行		
	临时外出就医人员	执行参保地起付线			省内跨市、跨省住院首先自付5%; 执行参保地报销比例、就医地目录		
	备注	参保人员省内跨市、跨省异地就医不受签约基层医疗机构范围和等级限制, 均可享受门诊统筹待遇并实现联网结算, 异地与本地报销金额合并计算, 不超过当年门诊统筹报销额度。					
大额医疗费用补助	职工大额与职工大病合并, 经基本医保、公务员医疗补助支付后个人负担的政策范围内医疗费用, 超过1.5万的部分, 按90%支付, 年度最高支付限额是60万元, 年度内累计计算。						
公务员医疗补助	住院和门诊慢特病医保政策范围内个人自付部分按照50%报销。						
长期护理保险	(1) 筹资标准: 在职职工单位缴费比例0.2%、个人缴费比例0.1%, 退休职工按照每月5元在个人账户中划拨; 财政补助15元/人/年。 (2) 护理形式: 专护、院护、家护三种形式。 (3) 支付标准: 专护: 参保人享受专护期间, 所发生的医疗护理费用, 按90%的比例报销, 职工护理保险资金按床日定额付费, 超支不补、结余留用 三级医院: 气管切开病人护理保险支付300元/床日, 其他病人支付210元/床日; 二级医院: 气管切开病人护理保险支付280元/床日, 其他病人支付180元/床日; 一级医院: 气管切开病人护理保险支付260元/床日, 其他病人支付150元/床日; 院护: 按《日常生活能力测定量表》评定分数, 20分以下(含20分)的, 支付70元/床日; 21-40分的, 支付60元/床日; 41-50分的, 支付50元/床日; 家护: 亲情护理模式: 居家护理待遇45元/日, 同时可申请居家护理机构短时服务, 每月最高支付时长为6小时, 结算标准60元/小时, 支付比例70%; 居家上门服务模式: 每月最高支付时长为30小时, 结算标准60元/小时, 支付比例90%						
	生育保险	(1) 产前检查费: 1000元(随生育津贴一并发放) (2) 生育医疗费: 对住院分娩发生的医保政策范围内医疗费, 生育一孩、二孩、三孩的, 统筹基金全额支付					

## 办理异地就医相关细则

### >>> 规范异地就医备案有效期限

全面实行承诺制自助备案: 异地长期居住人员办理登记备案, 备案时不设终止日期, 长期有效; 未在备案地发生医疗费用的, 可随时变更或取消备案; 在备案地发生医疗费用的, 变更备案或取消备案的时限统一规定为6个月。临时外出就医人员备案不再设置有效期, 备案后可在就医地就医并享受异地就医直接结算服务, 且不影响参保地就医及医保待遇。异地长期居住人员、临时外出就医人员备案后, 因故申请终止备案, 但终止备案前已办理异地入院手续的, 办理出院结算时可直接联网结算。

### >>> 允许补办异地就医备案

补办异地长期备案: 补办异地长期居住备案的, 按国家备案规定执行, 备案起始日期自补办备案之日最多可往前提前5日; 补办临时外出就医备案的, 备案起始日期不受限制。参保人员异地就医出院结算前完成异地就医备案的, 就医地联网定点医疗机构应为参保人员办理医疗费用异地联网结算。异地就医参保人员出院自费结算后按规定补办备案手续的, 可以按参保地规定申请手工报销。

### >>> 支持异地长期居住人员在备案地和参保地双向享受医保待遇

异地长期居住人员在异地就医备案: 异地长期居住人员在备案地就医结算时, 基本医疗保险基金的起付标准、支付比例、最高支付限额执行参保地本地就医标准。异地长期居住人员备案有效期内确需回参保地就医的, 通过提交备案就医地户籍证明、居住证或单位工作证明等材料, 可享受与参保地同等的医保待遇。异地长期居住人员备案未满6个月且未提供上述有关证明材料、或单纯采用个人承诺方式办理长期异地居住人员备案需返回参保地就医的, 按“临时外出就医人员”医保待遇政策执行; 备案超过6个月的, 可申请终止原长期异地就医备案, 返回参保地就医的, 享受与参保地同等医保待遇, 到省外其他统筹区就医的, 可根据实际就医需求重新办理异地就医备案。

(滨州医保)

## 滨州市居民医疗保障政策（2024年）

就医类别	起付线			报销比例		
	一级医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构	一级医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构
住院	200元	500元	1000元	90%	75%	60%
	一个自然年度内, 二、三级医院住院第三次不收取起付线, 年度最高支付限额20万元					
门诊统筹	普通门诊	(1) 起付线: 不设起付标准。报销比例: 60%。医药费年度限额: 400元 (2) 报销范围: 限于本县区范围内的定点乡镇卫生院、社区卫生服务中心(站)、一体化管理村卫生室及高等院校校内医院				
	“两病”门诊	(1) 起付线: 不设。报销比例: 70% (2) 年度限额: 高血压年度300元, 普通糖尿病年度400元; 糖尿病(使用胰岛素)年度600元; 高血压合并糖尿病年度600元				
门诊慢特病	居民	起付线: 200元			报销比例: 65%	
	备注	(1) 甲类病种与住院统筹合并使用年度封顶线(甲类病种: 1. 恶性肿瘤门诊治疗; 2. 白血病; 3. 尿毒症透析治疗; 4. 组织器官移植(抗排异治疗); 5. 血友病) (2) 乙类病种年度限额3000元。门诊药品单独支付病种年度限额10000元 (3) 申报慢特病每人不超过2个病种				
异地就医	异地长期居住人员	执行参保地起付线			在备案地就医, 执行参保地医保报销比例、就医地目录; 备案地以外, 按临时外出就医政策执行	
	临时外出就医人员	执行参保地起付线			省内跨市、跨省住院首先自付5%; 执行参保地报销比例、就医地目录	
	备注	参保人员省内跨市、跨省异地就医不受签约基层医疗机构范围和等级限制, 均可享受门诊统筹待遇并实现联网结算, 异地与本地报销金额合并计算, 不超过当年门诊统筹报销额度				
大病保险	大病保险	起付线: 15000元。补偿比例: 经基本医疗保险报销后, 个人负担的合规医疗费用按以下比例补偿: 1.5万元(含)至10万元之间的补偿60%; 10万元(含)至20万元之间的补偿65%; 20万元(含)至30万元之间的补偿70%; 30万元(含)以上的补偿75%。年度限额: 40万元				
	大病保险特殊药品	起付线: 20000元。补偿比例: 80%。年度限额: 40万元				
	戈谢病、庞贝氏病、法布瑞病	起付线: 20000元。补偿比例: 2万元-40万元报销比例80%, 40万元以上报销比例85%。年度限额: 90万元				
长期护理保险(阳信、惠民试点)	(1) 筹资标准: 共30元/人/年。其中居居民医保基金: 15元/人/年, 居民个人: 10元/人/年, 财政补助: 5元/人/年。 (2) 护理形式: 居家护理、机构护理、医疗护理三种形式。 (3) 支付标准: 医疗护理: 实行按床日定额包干结算, 享受医疗护理的重度失能人员, 一、二、三级医疗机构每床日总费用分别为120元、140元、160元 机构护理: 实行按床日定额包干结算, 享受机构护理的重度失能人员, 按照每床日总费用40元标准 居家护理: 享受居家护理的重度失能人员按日定额结算, 标准为20元/天					
	生育保险	城乡居民医保参保人员一孩、二孩住院分娩医疗费定额报销1500元, 三孩3000元				

备注: 如遇政策调整, 以新政策规定为准。

## 滨州市医保扶贫和医疗救助政策（2024年）

大病保险倾斜	人员类别	类别	起付线(元)	报销比例			封顶线(元)
	特困人员、低保对象、返贫致贫人口(居民)	大病保险	6500	(1) 个人负担的合规医疗费用6500至10万元以下的按65%补偿; (2) 10万至20万以下的按70%补偿; (3) 20万至30万以下按75%补偿; (4) 30万以上按80%补偿;			不设支付限额
医疗救助	特困人员、低保对象、返贫致贫人口(职工、居民)	大病保险特殊药品	0	个人负担的合规医疗费用按80%补偿			40万
	人员类别	参保补贴	医疗救助			再救助	
			起付线(元)	报销比例	支付限额(元)	起付线(元)	报销比例
	低保对象、特困人员、返贫致贫人口	全额资助	0	70%	30000	5000	70%
低保边缘家庭、防止返贫监测帮扶对象	定额资助	3000	50%	30000	10000	70%	20000
因病致贫重病患者	依申请救助		个人负担费用可追溯至自申请之前12个月, 一次身份认定享受一个医疗年度救助待遇和救助限额, 一个年度内不得重复申请。				
	医保帮扶对象以外的参保人	本市上年度居民人均可支配收入的25%	60%	30000			

备注: 市外就医的要回参保地报销