2024年济南市职工医保政策

一、普通门诊统筹待遇

自2024年1月起,职工医保参保人在普通门诊统筹定点医疗机构就诊不受定点数量限制,定点医疗机构间起付标准合并计算。

（一）普通门诊统筹支付标准

一个医疗年度内，在职职工参保人发生的统筹金支付范围内普通门诊医疗费用按照以下标准支付：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构级别 | 起付标准（元/年） | 统筹支付比例 | 最高支付限额（元/年） |
| 三级定点医疗机构 | 800 | 60% | 6000 |
| 二级定点医疗机构 | 400 | 70% |
| 一级定点医疗机构、定点社区卫生服务机构 | 200 | 80% |

注：（1）退休职工统筹支付比例提高5个百分点。

（2）本统筹区内定点中医综合性医院的起付标准降低20%。

（3）退休职工普通门诊统筹年度支付限额提高至7000元。

（二）免费药物

治疗高血压的基本药物(卡托普利片、硝苯地平片、阿司匹林肠溶片、氢氯噻嗪片）、治疗糖尿病的基本药物（二甲双胍片、格列吡嗪片）、治疗冠心病的药物（硝酸异山梨酯片），向普通门诊统筹在定点社区卫生服务机构结算的职工参保人免费提供。一个医疗年度内，免费药物金额累计不超过240元，超过部分按照普通门诊统筹规定予以报销。

二、住院基本待遇

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 医疗机构级别 | 在职人员 | 退休人员 |
| 起付标准 | 三级医疗机构 | 1000元 | |
| 二级及一级医疗机构 | 400元 | |
| 社区医疗机构 | 200元 | |
| 报销比例 | 三级医疗机构 | 起付标准-1万元报销85%；1万-40万元报销88%；40万-60万元报销90% | 起付标准-1万元报销88%；1万-40万元报销91%；40万-60万元报销90% |
| 二级及以下医疗机构 | 起付标准-1万元报销90%；1万-40万元报销93%；40万-60万元报销90% | 起付标准-1万元报销93%；1万-40万元报销96%；40万-60万元报销90% |

注：1.在一个医疗年度内，第二次住院的起付标准相应降低50%，第三次住院不再计算起付标准。

       2.本统筹区内定点中医综合性医疗机构降低20%，精神卫生专科医疗机构无起付线。

三、职工大额医疗费用补助待遇

（一）二次支付待遇：在一个医疗年度内，参保人发生的住院、门诊慢特病和普通门诊统筹医疗费用，经基本医疗保险等按规定报销后，个人累计负担的合规医疗费用给予二次支付。

个人负担合规医疗费用6000元（含）以上至20万元以下的部分，报销比例为80%；20万元（含）以上的部分，报销比例为90%。

符合报销条件的参保人，在出院结算时自动享受，无需任何申请手续。

（二）额度报销：在一个医疗年度内，参保人发生的住院医疗费用，经基本医疗保险等按规定报销后，个人累计负担的合规医疗费纳入职工大额医疗费用补助，起付标准2万元，报销比例为60%，最高支付限额为40万元。

符合报销条件的参保人，在出院结算时自动享受，无需任何申请手续。

（三）特药报销：针对特药（盐酸沙丙蝶呤片、盐酸多柔比星脂质体注射液）：起付标准为2万元，报销比例为80%，一个医疗年度内最高支付限额为40万元；针对罕见病用药（注射用伊米苷酶、注射用阿糖苷酶α、注射用阿加糖酶β）：起付标准为2万元，2万元-40万元以下的部分支付80%，40万元（含）以上的部分支付85%，一个医疗年度内最高支付90万元。