

# 本溪市医疗保障局 本溪市财政局 文件 本溪市卫生健康委员会

本医保发〔2022〕26号

---

## 关于进一步调整医疗保险待遇标准的通知

市医疗保障事务服务中心，各县区医疗保障局、财政局、卫生健康局，各医保定点医疗机构，各有关单位：

为完善我市医疗保险制度，进一步减轻参保人员医疗费负担，根据《关于印发辽宁省贯彻落实医疗保障待遇清单制度实施方案的通知》（辽医保发〔2021〕9号）和《关于印发辽宁省医疗保险异地就医结算管理办法（2022年版）的通知》（辽医保发〔2022〕19号），决定对全市城镇职工基本医疗保险（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”）待遇保障标准进行调整。现将有关事宜通知如下：

### 一、调整市内住院起付标准和基金支付比例

（一）职工医保。参保人员在三级定点医院、二级及以下定点医院、基层医疗机构（社区卫生服务中心和乡镇卫生



院)就医的,起付标准分别调整为800元、500元、200元/人次,在职职工和退休人员统筹基金支付比例分别调整为80%、85%、90%和85%、90%、95%。在一个年度内多次住院的,起付标准依次降低200元,但最低不低于200元/人次。

(二)居民医保。参保人员在三级定点医院、二级及以下定点医院、基层医疗机构(社区卫生服务中心和乡镇卫生院)就医的,起付标准分别调整为800元、400元、200元/人次,统筹基金支付比例分别调整为65%、80%、85%。在一个年度内多次住院的,起付标准依次降低200元,但最低不低于200元/人次。

(三)参保人患有结核病、病毒性肝病或精神病的,在专科医院或市卫生部门批准的具有相应专业资质的医疗机构住院治疗的,不设起付标准。取消《关于印发〈本溪市城乡居民基本医疗保险实施细则〉的通知》(本医保发〔2019〕39号)第十八条“参保的在校学生和18周岁以下非在校城镇居民患有流行性腮腺炎、风疹、麻疹、水痘、猩红热和幼儿急疹,在专科医院或具有相应专业资质的医疗机构住院,不设起付标准”的政策。

(四)参保人在市内或备案地非定点医疗机构急诊住院,符合《辽宁省基本医疗保险急危重病异地就医结算参考病种及关键标准》及我市规定纳入急诊抢救住院结算范围情形的,参照市内同级别医疗机构住院待遇标准执行。

## 二、调整市外异地就医住院起付标准和基金支付比例

(一)异地转诊住院。职工医保省内、省外异地转诊住



院起付标准统一调整为 1500 元/人次，政策范围内报销比例统一调整为 70%。居民医保异地转诊住院省内、省外异地转诊住院起付标准统一调整为 1500 元/人次，政策范围内报销比例统一为 55%。

（二）临时外出住院。职工医保临时外出住院起付标准调整为 2000 元/人次，政策范围内报销比例调整为 60%。城乡居民临时外出住院起付标准维持 2000 元/人次不变，政策范围内报销比例调整为 45%。

（三）急诊抢救住院。符合《辽宁省基本医疗保险急危重病异地就医结算参考病种及关键标准》及我市规定纳入急诊抢救住院结算范围情形的，在市外或备案居住地以外异地急诊住院起付线和政策范围内报销比例按上述我市异地转诊住院标准执行。

（四）急诊抢救留观。参保人在市外及备案地外住院前急诊抢救留观治疗费用、急诊抢救死亡门诊治疗费用、转诊患者转院后异地住院前在急诊留观室发生的医疗费用、转入医院因病因不明无法收入病房或无住院病床等原因而在急诊抢救留观治疗期间发生的符合基本医疗保险规定的医疗费用，统筹基金不设起付标准，职工参保人由统筹基金支付 60%；城乡居民参保人由统筹基金支付 45%。自 2022 年 11 月 1 日起，城镇职工和城乡居民医保参保人在市内或备案地市内住院前急诊抢救留观治疗费用、急诊抢救死亡门诊治疗费用不再单独结算，纳入普通门诊统筹支付范围。

### 三、调整医疗保险统筹基金年度最高支付限额



职工医保和居民医保统筹基金年度最高支付限额均由每人每年6万元调整为每人每年8万元。职工大额医疗费用补助保险基金年度最高支付限额由每人每年40万元调整为每人每年50万元。

#### 四、调整居民医保门诊统筹和“两病”门诊用药保障待遇标准

(一) 门诊统筹待遇标准。自2023年1月1日起，居民医保门诊统筹起付标准为每人每年50元，最高支付限额调整为每人每年500元。居民医保门诊统筹起付标准以上最高支付限额以下的合规门诊费用由统筹基金支付，三级综合定点医院门诊支付比例为50%，三级中医和二级及以下定点医院支付比例为55%，县域内二级定点医院、实行基本药物管理的基层定点医疗机构、精神病及传染病专科定点医疗机构门诊支付比例为60%。自2022年11月1日起，统一设定职工医保和居民医保门诊统筹定点门诊范围。2022年11-12月期间，居民医保门诊统筹各等级定点医院门诊基金支付比例参照上述规定执行，2022年度起付标准和最高支付限额维持不变，即起付标准每人每年50元，最高支付限额每人每年300元。

异地长期居住人员在居住地门诊联网结算定点医药机构发生的门诊医疗费用支付政策，参照上述市内门诊统筹待遇标准执行。其中，统筹基金支付比例按照定点医疗机构级别执行，不区分中医和专科。

(二) “两病”门诊用药保障待遇标准。自2023年1月



1日起，“两病”门诊用药保障不设基金支付起付标准，高血压病种门诊用药保障年度基金支付限额由每人每年100元调整为200元；糖尿病病种(含同时患有高血压)由每人每年200元调整为300元，医保政策范围内基金支付比例统一调整为60%。

## 五、调整城乡居民大病保险支付范围

(一) 取消本医保发〔2019〕39号第二十六条规定的“0-7岁儿童人工耳蜗与基本医疗保险目录不一致的药品、诊疗设施、服务项目，基本医疗保险基金不再支付，纳入大病保险支付范围。人工耳蜗成本费最高支付限额10万元，不设报销比例；人工耳蜗植入住院及手术费用最高支付限额1.4万元、人工耳蜗术后康复训练费用最高支付限额1.4万元，支付比例为70%。”的政策。城乡居民大病保险不再支付人工耳蜗成本及手术费用，住院和术后康复训练费用按照医疗保险现行政策执行。

(二) 取消本医保发〔2019〕39号文件第二十六条“患急性淋巴细胞白血病、急性早幼粒细胞白血病、先天性房间隔缺损、先天性室间隔缺损、先天性动脉导管未闭、先天性肺动脉瓣狭窄、再生障碍性贫血、免疫性血小板减少症、血友病、噬血细胞综合征、淋巴瘤、神经母细胞瘤、骨及软组织肉瘤、肝母细胞瘤、肾母细胞瘤、视网膜母细胞瘤等重大疾病的0至14周岁(含14周岁)儿童，大病起付线统一降低50%，支付比例统一为70%。”的政策。

(三) 取消本医保发〔2019〕39号文件第二十六条“未



经转诊到市外医院住院的,大病保险支付比例统一为 30%。”的政策。城乡居民临时外出住院(未经转诊)的,大病保险按现行分段支付比例执行。城乡低保对象、特困人员、孤儿、返贫致贫人口和监测帮扶对象的大病保险支付比例由 70%提高到 75%(含未经转诊临时外出备案住院)。

#### 六、调整乙类项目先行自付比例

无特殊规定的医疗保险乙类管理的药品、医疗服务项目个人先行自付比例统一调整为 15%。

除特殊规定执行时间的事项,本通知自 2023 年 1 月 1 日起执行。联网结算及手工报销均以出院日期为准,其住院期间的医疗费用按出院时政策执行。市医疗保障经办机构和各定点医疗机构要认真组织实施,做好政策调整前后的衔接工作。

本通知由市医疗保障局负责解释,此前文件与本通知不一致的,一律以本通知为准。



本溪市卫生健康委员会

2022 年 12 月 12 日

(信息公开形式: 主动公开)

本溪市医疗保障局机关党总支办公室

2022 年 12 月 12 日印发