



滨州市医疗保障局

YB.BINZHOU.GOV.CN

2026滨州市基本医保政策汇编

滨州市职工医疗保障政策 (2026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				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				80%	70%	65%
	退休职工	200元	300元	400元	85%	75%	70%
	备注	(1) 在职职工和退休人员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					
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、跨省就医首先自付20%;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, 不超过当年度门诊统筹报销额度。					
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	<p>(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。</p> <p>(2) 护理形式: 专护、院护、家护三种形式。</p> <p>(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</p> <p style="padding-left: 20px;">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;</p> <p style="padding-left: 20px;">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;</p> <p style="padding-left: 20px;">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;</p> <p style="padding-left: 20px;">院护: 按床日定额付费, 失能等级5级, 支付70元/床日; 失能等级3-4级, 支付60元/床日; 失能等级2级, 支付 50元/床日。</p> <p style="padding-left: 20px;">家护: 支付45元/床日。</p>						
生育保险	<p>(1) 产前检查费: 6月1日前, 可选择1000元产前检查费随生育津贴发放或普通门诊报销 (二选一), 6月1日后, 纳入普通门诊报销。</p> <p>(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。</p>						

滨州市居民医疗保障政策 (2026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：65%。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：75% (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				
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、跨省就医首先自付20%执行参保地报销比例、就医地目录		
	备注					
大病保险	大病保险	起付线：17000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：1.7万元(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	(1) 筹资标准：共30元/人/年。其中居民医保基金：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、医疗专护三种形式。 (3) 支付标准：实行限额管理，待遇支付水平70%，对纳入医疗救助范围的困难群众可适当倾斜。 1.医疗专护：实行按床日定额包干结算。享受医疗专护的重度失能人员，在一、二、三级医疗机构每床日总费用分别按照120元、140元、160元标准。 2.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。 3.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					

滨州市医保扶贫和医疗救助政策 (2026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	8500	(1) 个人负担的合规医疗费用8500元至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
	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

医疗救助	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	支付限额 (元)
	低保对象、特困人员、返贫致贫人口	全额资助	0	70%	30000	5000	70%	20000
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	
依申请救助								
因病致贫重病患者	医疗救助对象以外的参保人	本市上年度居民人均可支配收入的25%	60%	30000	个人负担费用可追溯至自申请之月前 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。			

备注: 市外就医的要回参保地报销



中共滨州市委、滨州市人民政府主办