秦皇岛市医疗保险待遇 | 新的职工医疗保险待遇有哪些？

为进一步深化我市医疗保障制度改革，全面规范我市医疗保障政策，《秦皇岛市职工基本医疗保险和生育保险市级统筹实施细则》《秦皇岛市市本级职工大病保险实施细则》经市政府常务会议审议通过，2022年1月1日正式实施。我市医疗保障政策调整坚持保障基本、公平享有的原则，以建立权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系为目标，实现待遇、管理、服务、经办的全面规范，不断增强医保基金抵御风险和统筹共济的能力，充分发挥医保基金保障民生、促进经济社会稳定发展的作用，推动我市医疗保障制度可持续发展的局面，维护人民群众基本医疗有保障的需求。

《秦皇岛市职工基本医疗保险和生育保险市级统筹实施细则》

一是调整个人账户划入标准。

按照“统帐结合”方式参加职工基本医疗保险的参保人员建立个人账户。

个人账户由参保地经办机构根据用人单位和个人缴费情况按照规定标准按月划入。

在职职工：

1、个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人参保缴费基数的**2%**，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；

2、用人单位和灵活就业人员欠缴基本医疗保险费时，个人账户停止划入，补缴后再按规定补划。

退休人员：

1、个人账户由统筹基金按月定额划入，划入额度为**2021年度我市参保退休职工基本养老金月平均水平的2%**。

2、在职职工转退休的，从**次月**起为其变更个人账户计入标准。

这一待遇政策的调整是按照国家和省关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制落实的，目的是按照国家要求为建立门诊共济保障制度提供支撑。

二是扩大个人账户支付范围，实现职工个人账户家庭互济。

职工个人账户可以用于支付参保人员本人及其配偶、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，以及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。不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

三是提高门诊待遇水平。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **年 度** | **起付标准** | **合规费用报销比例** | | | **最高支付限额** | **与门诊慢特病待遇共享** |
| 在职 | 退休 | 跨省异地 |
| 2021年度  （原政策） | 300元 | 30% | 30% | -5% | 1200元 | 否 |
| 2022年度  （新政策） | **100元** | **50%** | **60%** | -5% | **2000元** | **是** |

备注：1、省内二级及以上定点医疗机构享受我市同等的普通门诊支付政策。

2、参保患者普通门诊、门诊慢特病待遇可同时享受，就诊时应分别开具处方、分别结算。

通过门诊“一降两提高”参保患者门诊就医待遇得到全面提升；门诊慢特病与普通门诊待遇同时享受，将以往参保职工普通门诊、门诊慢特病待遇只能选择一项，调整为普通门诊、门诊慢特病待遇可同时享受，进一步增强慢特病患者门诊治疗保障能力。

四是提高职工基本医保支付限额。将职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额由原每人每年12万元提高到15万元。调整支付限额后，增强了职工基本医保的保障能力。

五是降低一、二级定点医疗机构住院起付线。将一级定点医疗机构住院起付线由原600元调整为400元，二级定点医疗机构住院起付线由原700元调整为600元。通过降低基层医疗机构住院起付线，加大对基层医疗机构政策倾斜，提高参保职工待遇，方便参保职工就近就医。

六是住院待遇——省内及京津直接定点医疗医院

政策范围内合规医疗费用报销比例

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构级别 | 一级 | 二级 | 三级 |
| 起付标准 | 400元 | 600元 | 800元 |
| 在职职工 | 95% | 92% | 87% |
| 退休职工 | 96% | 95% | 92% |

住院待遇——省外（不含我市京津直接定点医院）

政策范围内合规医疗费用报销比例

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构级别 | 一级 | 二级 | 三级 |
| 起付标准 | 400元 | 600元 | 800元 |
| 在职职工 | 90% | 87% | 82% |
| 退休职工 | 91% | 90% | 87% |

《秦皇岛市市本级职工大病保险实施细则》

将职工大病保险基金年度最高支付限额由原每人每年40万元提高到50万元，不断增强大病保险“保大病”的能力。职工在基本医疗保险最高支付限额以上、大病保险最高支付限额以内的住院（含门诊特殊疾病）合规医疗费用采取“分段计算”的办法支付。具体比例为：10万元以下为90%，10万元（含）至20万元（含）为92%，20万元以上为95%。打破以往90%的固定报销比例，使参保职工得大病后，花费越高报销比例越高，进一步减轻大病患者负担。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **报销类型** | **分段计算** | **报销比例** | | **年度最高**  **支付限额** |
| 省内（含京津直接定点） | 省外异地 |
| 住院+  门诊特殊病 | 10万元以下 | 90% | -5% | **50万元** |
| 10万元（含）-20万元（含） | 92% |
| 20万元以上 | 95% |