

## 职工医保政策一览表(2024.1.1)

筹资政策	职工基本医疗保险	单位缴费部分		个人缴费部分		
		单位性质	单位			
		机关事业单位	7.3% (无生育津贴)		2%	
		企业	8%		2%	
		困难企业	6.5%		/	
		灵活就业人员	灵活就业人员以不低于全省上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资60%的标准为缴费基数，可选择5.5%、7%或9%的缴费比例缴纳职工医保费。选择5.5%缴纳职工医保费的，原待遇政策不变（即：不建立个人账户，不享受门诊统筹和生育保险待遇）；选择按7%缴纳职工医保费（不建立个人账户）或按9%缴纳职工医保费（其中2%划入个人账户）的，享受职工医保和生育医疗费待遇。不享受生育津贴待遇。自2026年1月起，不再设置5.5%的缴费比例，统一到7%、9%的缴费比例。			
职工大额医疗费用补助	120元	80元 (统筹金)		40元		
职工长期护理保险	70元	基本统筹划拨	财政补贴		个人缴纳	
		30元	10元		30元	
	中断缴费	#####				
	退休人员	参加职工医保按规定办理退休手续并按月领取基本养老金人员，基本医保累计缴费年限（含视同缴费年限）男满25周年、女满20周年，且实际缴费年限不低于10周年。自2026年1月1日起，享受退休人员基本医保待遇的最低缴费年限调整为男职工累计30年、女职工累计25年。				
	转移接续	参保职工自转出地办理减员当月起，3个月内接续基本医疗保险关系并补缴中断缴费期间费用的，自参保缴费的当月起享受职工医保待遇，转入地按规定支付其补缴期间发生的医疗费用；超过3个月接续基本医疗保险关系并参保缴费的，自参保缴费的次月起享受职工基本医疗保险待遇，补缴中断缴费期间费用的，只计算基本医疗保险缴费年限，欠费期间发生的医疗费用医疗保险统筹基金不予支付。灵活就业人员省内跨统筹地区转移接续基本医疗保险关系的，按照以上规定执行。				
	个人账户	在职	退休			
		在职职工个人缴纳2%全部计入个人账户，自2024年1月1日起，单位缴纳部分不再划入个人账户。	退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，70周岁以下退休人员每月划入额度为100元，70周岁及以上退休人员每月划入额度为125元。			

职工基本医疗保险	住院待遇	定点医疗机构	起付线		报销比例	在职	退休	1. 一个医疗年度内,参保人第二次住院起付标准减半,自第三次住院起不再设置起付标准。 2. 参保人员在定点中医医疗机构住院治疗,住院起付线标准按照80%计算,住院医疗费用基本医疗保险基金支付比例提高5个百分点,最高不超过95%。	基本统筹年度最高支付限额  20万	
		一级及以下医院	300元			90%	95%			
		二级医院	500元			88%	93%			
		三级医院	800元			86%	91%			
	低保、重残	起付线再降低一半				提高5%,最高95%				
	门诊慢特病待遇	起付线	600元	甲类		在职	退休	1. 尿毒症肾透析实行个人负担限额、定点医院统筹金定额支付的“双定”结算。 2. 严重精神障碍不设起付标准,年度统筹基金支付限额为10000元。 3. 同时患有两种及以上乙类病种患者的年度限额=基础限额+增加限额;基础限额取其中病种限额高值,增加限额统一确定为1400元。		
				乙类		85%	90%			
	门诊统筹待遇	一级及以下定点医院	200元(当年度累计)			80%	85%			年度最高支付限额
		二级医院	400元(当年度累计)			70%	75%	在职		退休
		三级医院	800元(当年度累计)			60%	65%	3500元		4500元
医保药品、诊疗项目和医疗服务设施待遇	1. 乙类药品个人先行自付比例高于 20%的降为 20%,其他按原规定执行。 2. 将符合基本医保政策规定的医用耗材纳入支付范围,对单价超过 1000 元(含)的医用耗材纳入高值医用耗材管理,个人先行自付比例为 20%,其中,纳入医保支付范围的集采中选的医用耗材个人先行自付比例为零。 3. 符合医保规定的大型医疗设备检查、治疗项目个人先行自付比例高于 20%的降为 20%,其他按原规定执行。									
职工大额医疗费用补助	每年累计职工住院(住院+门诊慢特病)基本医疗保险年度费用		20万		报销比例	90%		40万元		
	经职工住院按规定报销后年度个人累计负担的政策范围内费用(门诊慢超过部分计入)		2万元			60%		40万元		
	特药补偿		2万元			80%		40万元		

待遇支付

	戈谢病、庞贝氏病和法布雷病三种罕见病特药	2万元		2万元-40万元以下部分报销80%	90万元		
				40万元以上的部分报销85%			
	门诊统筹待遇	对超过年度统筹基金支付限额以上的费用,由大额医疗费用补助资金支付,支付限额为 1000 元。			4500元(累计)	5500元(累计)	
重特大疾病医疗救助	按照救助对象类别实施分类救助。						
生育保险	生育津贴	企业职工按照职工所在用人单位上年度职工月平均工资除以30天乘以产假天数计发津贴。生育津贴和工资不重复享受。机关事业单位不享受。	女职工正常生育的产假为98天	难产的	多胞胎生育的	晚育的	
				增加15天	每多生一个婴儿增加15天	增加60天	
			女职工怀孕4个月以内引流产	15天	怀孕4个月以上(含4个月)引流产	42天	
	生育医疗费	用人单位依法参加生育保险并按时缴纳生育保险费的,其职工按照规定享受生育保险待遇(包括接生费、手术费、床位费、药费、检查费和治疗费等)不伴有生育并发症(部分疾病)的,实行按定额结算	三级医院	剖宫产(最高限额)	顺产(最高限额)	产前检查	
				4500元	3100元	1000元	
			二级及以下医院	3200元	2400元		
			怀孕4个月以内引流产(最高限额)	600元	怀孕4个月以上(含4个月)引流产(最高限额)	1500元	
		放置或取出宫内节育器(最高限额)	300元	绝育及复通手术费(最高限额)	1500元。		
	自2024年3月1日起,在泰安市生育医疗定点机构生育且办理出院结算的实行免审即享政策。即通过医院终端上传生育职工分娩方式婴儿个数、胎次等信息,生育职工在定点医疗机构联网结算后,医院将相关生育信息直接推送至医保经办机构信息平台,通过全程线上流转的“数据式”主动拨付,实现申领零申请、零材料、线下零跑动简化流程。						
	长期护理保险	机构护理	选择机构护理的参保人员:重度失能及重度失智人员发生的符合规定的医疗护理费用及照料护理费用,护理保险资金支付比例为90%,个人自付比例为10%(护理费用总额按失能人员支付定额确定)。				
居家护理		选择居家护理的参保人员:1、机构上门医疗服务。失能(失智)人员按照等级标准享受服务次数和服务项目,医护人员上门服务由个人承担10元/次。2、生活照料服务。重度失能一级、二级、三级每人每天分别按15元、16元、17元的标准支付。					
异地就医	临时外出	1.在就医地发生的住院、门诊慢特病、普通门诊医疗费用个人先行自付10%后,住院费用和门诊统筹费用执行参保地最高级别医院的起付标准和报销比例,门诊慢特病执行参保地政策。 2.异地报销金额与本地报销金额合并计算。					
	异地长期居住	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就医报销待遇政策。					