

附件 1

汕尾市医疗保障待遇清单（2026年版）

（征求意见稿）

一、基本制度

（一）基本医疗保险制度

1.职工基本医疗保险（以下简称职工医保）：为职工提供基本医疗保障的制度安排。

2.城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）：为未参加职工医保或其他医疗保障制度的全体城乡居民提供基本医疗保障的制度安排。

（二）补充医疗保险制度

1.居民大病保险：对居民医保参保患者发生的符合规定的高额费用（含居民大额医疗费用补助）给予进一步保障。

2.职工大额医疗费用补助：对参保职工发生的符合规定的高额费用（含职工大病保险）给予进一步保障。

（三）医疗救助制度

1.对救助对象参加居民医保的个人缴费部分给予资助。

2.对救助对象经基本医疗保险、补充医疗保险支付后，个人及其家庭难以承受的符合规定的自付医疗费用给予救助。

二、基本政策框架

（一）基本参保政策

1. 参保范围。

1.1 职工医保：覆盖所有用人单位职工。无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员可以参加职工医保。

领取失业保险金期间的失业人员、因工致残被鉴定为一级至四级伤残的工伤职工（包括保留劳动关系和办理伤残退休手续的人员），应当按照规定参加职工医保。

1.2 居民医保：覆盖除职工医保应参保人员或按规定享有其他保障的人员以外的全体城乡居民。根据国家和省政策要求，落实我市居住证持有人、在我市居住且办理港澳台居民居住证的未就业港澳台居民在居住地参加居民医保的政策。

2. 医疗救助资助参保人员范围。

特困人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）、低保对象、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口、低保边缘家庭成员等困难人员。符合医疗救助条件的困难人员参加居民医保按规定标准给予资助，确保其享受基本医疗保险待遇。

（二）基本筹资政策

1. 筹资渠道。

1.1 职工医保：职工医保由用人单位和个人按规定缴费。灵活就业人员参加职工医保，由个人按规定缴费。

1.2 居民医保：个人缴费和政府补助相结合。

1.3 医疗救助：通过各级财政补助、彩票公益金、社会捐助等多渠道筹集。

2. 缴费基数。

2.1 职工医保用人单位缴费基数为本单位职工缴费工资总额，个人缴费基数为本人工资收入。生育保险缴费基数与职工医保一致。灵活就业人员参加职工医保，以个人申报的工资收入为缴费基数。

我市以本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资（以本市城镇非私营单位就业人员平均工资和城镇私营单位就业人员平均工资加权计算）为依据核定缴费基数上下限，上限按照本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的300%确定，下限按照本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的60%确定。

2.2 失业人员领取失业保险金期间参加职工医保，以本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数，应当缴纳的职工医保费从失业保险基金中支付，个人不缴纳基本医疗保险费。

2.3 因工致残被鉴定为一级至四级伤残的工伤职工参加职工医保，以工伤职工伤残津贴为缴费基数，应当由用人单位缴纳的职工医保费按照规定由用人单位或工伤保险基金支付，个人按规定缴费。

3.筹资标准。

3.1 职工医保：

3.1.1 统账结合职工医保：用人单位费率为6%，个人费率为2%。

3.1.2 单建统筹职工医保：职工医保费率为4.8%。

3.2 居民医保：缴费与经济社会发展水平和居民人均可支配

收入挂钩。本市居民缴费标准按照不低于国家和省制定的最低标准执行。财政补助标准和个人缴费标准达到 2:1 以内。

4. 医保年度。医保年度自公历 1 月 1 日起至 12 月 31 日止。

5. 缴费年限。逐步统一医保缴费年限，到 2030 年 1 月 1 日，全市累计缴费年限统一为男职工 30 年，女职工 25 年。

5.1 女职工累计缴费年限调整：自 2023 年 1 月 1 日起，在 2022 年累计缴费年限 20 年的基础上逐年增加 1 年，累计缴费年限至 2027 年调整至 25 年。

5.2 男职工累计缴费年限调整：自 2023 年 1 月 1 日起，在 2022 年累计缴费年限 20 年的基础上逐年增加，2023 年至 2028 年逐年增加 1 年，累计缴费年限调整至 26 年；2029 年 1 月 1 日起增加 2 年，累计缴费年限调整为 28 年；2030 年 1 月 1 日起再增加 2 年，累计缴费年限调整为 30 年。

5.3 职工办理医保退休时，可选择一次性缴费或按月缴费，按办理缴费时我市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数，按职工医保用人单位费率 6% 一次性缴费至我市规定累计缴费年限。

5.3.1 职工办理医保退休一次性缴费后，按规定享受职工医保待遇；未完成一次性缴费前，职工医保待遇不享受（含个账）且不予追溯。

5.3.2 选择按月缴费的人员，按月缴费期间，享受我市职工医疗保障待遇，不计发个人账户；未按时缴费造成医疗保障待遇不享受的不予追溯。按月缴费期间可申请一次性缴费。

（三）基本待遇支付政策

我市基本医疗保险根据国家和省规定范围制定起付标准、支付比例和最高支付限额等基本待遇支付政策，并根据我市基金收支情况等进行适时调整。职工医保个人账户改革根据国家及省部署要求统一落实。

1.待遇享受时间。

1.1 职工医保：

1.1.1 职工医保按月缴费，在职职工自缴费次月起享受待遇，停止缴费次月起停止待遇。

1.1.2 失业人员在领取失业保险金期间享受相应职工医保待遇。

1.1.3 已连续参加我市基本医疗保险 2 年及以上的灵活就业人员，中断缴费 3 个月内（含）参加职工医保的，不设置待遇享受等待期；中断缴费时间超过 3 个月后参加职工医保的，设置 1 个月的待遇享受等待期。

1.2 居民医保：

1.2.1 我市居民医保按年缴费，每年 9-12 月份集中办理下年度居民参保手续，从次年 1 月 1 日起享受待遇。

1.2.2 个人缴费部分由政府资助参保的困难人员，从完成参保登记、做好身份标识之日起即可享受居民医保待遇。

1.2.3 已办理职工医保中止手续的人员、新迁入统筹区户籍人员、中途转入统筹区就读学生、刑满释放人员、退役士兵、办理我市港澳台居住证的未就业港澳台居民等特殊群体，在当年医保年度内可以按规定中途参加居民医保，办理参保缴费手续后，从缴费次月 1 日起享受居民医保待遇。

1.2.4 经审核符合条件的新生儿，于出生 6 个月内户籍地或居住地参加居民医保，其出生到参保前发生的医疗费用给予支付；新生儿 6 个月内死亡无法办理户籍的，可凭死亡医学证明在父亲或母亲户籍地参加居民医保。

2.住院待遇支付政策。

2.1 起付标准：我市基本医疗保险起付标准，一级及以下医疗卫生机构 300 元，二级医疗卫生机构 600 元，三级医疗卫生机构 800 元。

2.2 支付比例：参保人在本市就医，对于起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内医疗费用，职工医保政策范围内一级及以下医疗卫生机构支付比例 95%、二级医疗卫生机构支付比例 90%、三级医疗卫生机构支付比例 85%；居民医保政策范围内一级及以下医疗卫生机构支付比例 85%、二级医疗卫生机构支付比例 80%、三级医疗卫生机构支付比例 75%。

2.3 最高支付限额：我市职工医保基金最高支付限额 20 万元，大病保险最高支付限额 55.4 万元（其中大额补充为 20 万元，二次补偿为 35.4 万元），职工医保年度最高支付限额 75.4 万元；居民医保基金最高支付限额 16 万元，大病保险最高支付限额 49.4 万元（其中大额补充为 14 万元，二次补偿为 35.4 万元），居民医保年度最高支付限额 65.4 万元。

3.门诊待遇支付政策

3.1 普通门诊：对于政策范围内医疗费用，职工医保一级及以下医疗卫生机构支付比例为 70%，其他医疗卫生机构支付比例为 60%，年度最高支付限额为本市上上年度城镇在岗职工年平均

工资的 2%; 居民医保一级及以下医疗卫生机构支付比例为 60%，其他医疗机构支付比例为 50%，年度最高支付限额为 200 元。

3.2 门诊特定病种：按照《汕尾市医疗保障局关于印发汕尾市基本医疗保险门诊特定病种管理办法的通知》(汕医保〔2021〕51 号) 执行，病种范围、待遇标准、管理服务等依省医疗保障部门有关要求适时进行调整。

4. 大病保险待遇支付政策。

4.1 保障范围：参保人在一个医保年度内发生的住院、门诊特定病种医疗费用，经基本医疗保险按规定支付后，累计个人负担的合规医疗费用(含基本医疗保险最高支付限额以上的医疗费用)达到大病保险起付标准部分，由大病保险按规定支付。

4.2 起付标准：大病保险按年度个人负担的合规医疗费用 1 万元起为起付线。

4.3 支付限额：基本医疗保险最高支付限额以上部分，职工医保大病保险延伸支付至 40 万元；居民医保大病保险延伸至 30 万元。

4.4 支付比例：大病保险中对基本医疗保险最高支付限额以上大额补充以下部分，职工医保支付比例为 85%，居民医保支付比例为 75%；二次补偿分段设置支付比例，对累计个人负担的合规医疗费用 1 万元(不含)以上至 20 万元(含)支付比例为 60%、20 万元(不含)以上至 30 万元(含)支付比例为 70%、30 万元(不含)以上至 50 万元(含)支付比例为 85%。

4.5 倾斜政策：对符合规定的困难群体下调大病保险起付标准，提高支付比例，不设年度最高支付限额，具体为：

4.5.1 特困供养、孤儿（含事实无人抚养儿童）等困难人员累计个人负担的合规医疗费用报销不设封顶线，起付标准调整为0.2万元，其中0.2万元（不含）至30万元（含）支付比例为80%、30万元（不含）以上支付比例为85%。

4.5.2 低保对象、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口、低保边缘家庭成员等困难人员，累计个人负担的合规医疗费用报销不设封顶线，起付标准调整为0.3万元，其中0.3万元（不含）至30万元（含）支付比例为70%、30万元（不含）以上支付比例为85%。

5.异地就医支付政策

5.1 异地长期居住人员：异地长期居住人员包括异地安置退休人员、异地长期居住人员和常驻异地工作人员。已按规定办理备案的异地长期居住人员，在备案地定点医疗机构就医发生的住院医疗费用按本市同级医疗机构起付标准及支付比例执行。其中参保人员以个人承诺方式办理异地长期居住人员备案手续的，应履行承诺事项，在未按规定补齐相关备案材料前，暂停其在备案地外就医的所有医保待遇；在补齐相关备案材料后，可在备案地和参保地双向享受医保待遇。对确实无法补齐备案材料的，按规定退回多支付的医保基金后恢复其医保待遇。

5.2 临时外出就医人员：临时外出就医人员包括异地转诊人员、异地急诊抢救人员及其他临时外出就医人员，其在市外（包括省外）医保定点医疗机构就医发生的住院医疗费用按以下标准执行。

5.2.1 起付标准：统一为1200元。

5.2.2 报销比例：异地急诊抢救人员和异地转诊人员（已规范办理转诊手续），按本市同级医疗机构支付比例下调 10 个百分点，即职工医保三级、二级、一级及以下医疗机构支付比例分别为 75%、80%、85%，居民医保分别为 65%、70%、75%；非急诊且未办理转诊的其他临时外出就医人员，按本市同级医疗机构支付比例下调 20 个百分点，即职工医保三级、二级、一级及以下医疗机构支付比例分别为 65%、70%、75%，居民医保分别为 55%、60%、65%。

6. 医疗救助支付政策。

6.1 保障范围：对符合医疗救助条件的救助对象发生的住院、门诊特定病种、普通门诊医疗费用，经基本医疗保险、补充医疗保险支付后，个人负担的合规医疗费用按规定予以救助。

6.2 起付标准：特困人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）、低保对象、低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口不设救助起付标准。符合条件的因病致贫家庭重病患者等救助对象救助起付标准按本市上上年度居民人均可支配收入的 25% 左右执行。

6.3 救助比例：特困人员、孤儿（含事实无人抚养儿童）按 100% 比例给予救助。低保对象、低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口、符合条件的因病致贫家庭重病患者等救助对象按 80% 比例给予救助。

6.4 最高支付限额：医疗救助的年度最高救助限额不高于我市上上年度居民人均可支配收入的 2 倍。

6.5 倾斜救助：对规范转诊且在省内各类救助对象，经三重

制度保障后政策范围内个人负担仍较重的，给予倾斜救助，具体由我市医疗保障部门根据本市医疗救助资金筹资情况进行调整。

我市医疗救助保障范围、起付标准、救助比例、最高支付限额及倾斜救助等政策，待省医疗救助办法出台后，由市级医疗保障部门制定具体实施细则后执行。

三、基金支付的范围

基本医疗保险按照国家和省规定的医保药品、诊疗项目和医用耗材目录支付范围支付。补充医疗保险、医疗救助参照政策范围内费用范围执行。

四、其他不予支付的范围

- 1.应当从工伤保险基金中支付的。
- 2.应当由第三人负担的。
- 3.应当由公共卫生负担的。
- 4.在境外就医的。
- 5.体育健身、养生保健消费、健康体检。
- 6.国家和省规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。