

1.个人账户

类别	原政策	新政策
划入金额	在职：45周岁以下为个人缴费基数3%，45周岁以上为个人缴费基数4% 退休：按2021年执行的社平工资的5%	在职：个人缴费基数的2% 退休：2023年按2022年个人账户划转规模 2024年起按基本养老金平均水平的2.5%
划入方式	按年	按月
使用范围	当年个人账户：可支付合规基本医疗保险费用，可支付药品和诊疗项目个人先付部分。 往年个人账户：可抵起付段和统筹段的个人自付部分，还可用于支付直系亲属医保报销后的合规个人自付部分等。	不分当年账户、往年账户，均可抵起付段和统筹段的个人自付部分。除原政策规定使用范围外，可用于家庭成员共济，可用于本人参加长期护理保险等的个人缴费，还可用于直系亲属参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费等。

备注：(1)重点说明：个人账户由年初一次性划入调整为每月划入。

(2)举例说明：某某，30岁，假设年缴费基数均为51000元，2022年是全年个人账户(51000×3%=1530元)于1月1日一次性划到，2023年是每月个人账户(51000×2%÷12=85元)于每月划到。

2.基本待遇运行模式

原政策	新政策
三段式：当年账户支付段→起付段(个人自付)→共付段(统筹基金和个人按比例支付) 起付段和共付段内的个人自付部分均可由往年个人账户资金抵充。	两段式：起付段(个人自付)一共付段(统筹基金和个人按比例支付) 起付段和共付段内的个人自付部分均可由个人账户资金抵充。

备注(重点说明)：2023年发生合规医疗费用时，不需要先用完当年账户，而是直接进入起付段(门诊一年1个起付段、住院一年2个起付段)，然后进入共付段。

3.普通门诊基本待遇

类别	原政策	新政策	
起付标准	在职2000元 退休1200元	在职800元 退休500元	
统筹报销比例	三级医疗机构(镇江一院、江滨)	在职、退休均50%	在职60%，退休65%
	二级及其他三级(丹阳人医、中医)	在职、退休均70%	在职75%，退休80%
	其他医疗机构	在职、退休均75%	在职、退休均80%
	基层医疗机构(乡镇卫生院和社区卫生服务中心)	在职、退休均90%	在职、退休均90%
统筹基金支付的年度门诊基本医疗保险费用限额	无	1万元	

备注(结合2、3两点举例说明)

例1 某某，30岁，假设2022年底个人账户结余500元，2023年1月划入当月个人账户后其个人账户合计585元(往年结余500元+当月划拨85元)，若2023年1月10日在丹阳市人民医院产生了600元合规门诊费用，结算时先起付段，即个人账户585元先抵扣，再现金15元，结算后个人账户余额为0，起付段尚未填满(还差200元)。2023年2月划入当月个人账户85元，若2023年2月15日再次在丹阳市人民医院产生800元合规门诊费用，结算时需先填满剩下的起付段200元，即个人账户85元先抵扣，再现金115元，剩余600元进入共付段，统筹基金支付75%(450元)，个人自付25%(150元)。

例2 某某，50岁，假设2022年底个人账户结余0元，2023年1月划入当月个人账户仍然是85元，2023年1月10日产生600元合规门诊费用，结算时个人账户85元先抵扣，再现金515元，结算后个人账户余额为0，起付段尚未填满(还差200元)。

4.门诊特殊病基本待遇(门特待遇)

病种	原政策 (大病医疗统筹中的特病待遇)	新政策
甲类传染病 严重精神障碍	统筹支付100%	统筹支付100% 无年度费用限额
肾衰血液透析 腹膜透析	起付标准以上统筹支付100%	门诊起付标准(与普通门诊共计)以上，统筹支付100% 无年度费用限额
恶性肿瘤	起付标准以上且年度累计50000元以内统筹支付100%	门诊起付标准(与普通门诊共计)以上，统筹支付90% 与住院共用年度费用限额
其他病种	无	

* (1) 严重精神障碍：包括精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍及其他严重精神障碍类疾病；
(2) 恶性肿瘤：包括恶性肿瘤放疗、化疗、介入治疗、生物靶向药物治疗、内分泌治疗；
(3) 其他病种：包括慢性肾功能衰竭非透析治疗、血友病、器官移植术后抗排斥治疗、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、肺结核。

5.住院基本待遇

类别		原政策	新政策
起付标准	年内首次	三级(镇江一院、江滨)	在职人员1600元 在职人员1200元
		二级及其他三级(丹阳人医、中医)	在职人员1200元 在职人员800元
		一级及其他	在职人员800元 在职人员400元
		年内第二次住院	年内首次标准的50% 年内首次标准的50%
		年内第三次起	免 免
统筹报销比例		在职85%，退休90%	在职85%，退休90%
统筹基金支付的年度住院基本医疗保险费用限额		无	50万元(含门特费用)

* 退休人员起付标准为在职人员的50%

6.统筹基金支付年度医疗费用最高限额

原政策	新政策
连续缴费年限不足5年的参保人员，最高限额为50000元，且每相差1年最高限额下降5000元。 连续缴费5年以上的参保人员，无限额。	1.缴费年限不足5年的限额不再执行 2.普通门诊1万元 3.门特和住院50万元(严重精神障碍、透析门特费用除外)

* 封顶顶线部分纳入大病保险报销

7.大病保险待遇

原政策 (大病医疗统筹中的大病费用大病待遇)	新政策
参保人员年度内由个人现金支付的符合规定的门诊和住院基本医疗保险费用(含超过年度基本医疗保险费用最高限额的部分)，累计6000元—60000元内的，由大病保险基金支付60%；累计超过60000元的，由大病保险基金支付70%。 参保人员在职时累计缴费年限超过最低缴费年限(男25年、女20年)，每增加一年，医保退休后的职工大病保险基金支付比例提高1个百分点，最高不超过5个百分点。	

8.自费医疗补充保险待遇(新政策与原政策一致)

(1) 参保人员年度内发生的符合自费医疗补充保险“三个目录”规定范围内的住院费用，自费医疗补充保险基金支付45%。
(2) 因患恶性肿瘤确实需要在门诊治疗使用自费医疗保险目录内的靶向药，由自费医疗补充保险基金支付45%。
(3) 为明确诊断，确实需要在门诊实行正电子发射型计算机断层影像(PET)检查，由自费医疗补充保险基金支付25%。

特别提醒：自2023年6月1日起施行的《江苏省医疗保障条例》第十七条规定，职工医保累计缴费年限男性至少二十五年、女性至少二十年。