

2022年最后一天，市医保局连续发布四条医保惠民措施：自2023年1月1日起，医疗救助不设起付标准；大病医保起付标准调整为30404元；将757种医院制剂纳入医保；本市基本医保参保人员使用基本医保支付范围内的医用材料时，1000元以下的单项费用将全部纳入基本医保支付范围。

此外，从即日起，本市新增897家医保定点医药机构。

困难人群大病医保起付标准降低50%

自2023年1月1日起，本市大病医保起付标准将调整为30404元。本市基本医保参保人员享受基本医保待遇后，基本医保政策范围内的个人自付医疗费用，超过大病医保起付标准以上的部分，纳入大病医保范围。大病医保保障对象为本市城镇职工和城乡居民基本医保参保人员。大病医保费用支出分别由城镇职工和城乡居民基本医保基金支付。

本市大病医保实行“分段计算、累加支付”。起付标准以上（不含）部分，累加5万元（含）以内的个人自付医疗费用，由基本医保基金支付60%；超过5万元以上的个人自付医疗费用，由基本医保基金支付70%，上不封顶。对于特困供养人员、最低生活保障对象以及生活困难补助人员、城乡低收入家庭救助人员等困难人群，其大病医保起付标准将降低50%，起付标准以上（不含）部分，累加5万元（含）以内的个人自付医疗费用，由基本医保基金支付65%；超过5万元以上的个人自付医疗费用，由基本医保基金支付75%。

千元以下单项医用材料全部报销

自2023年1月1日起，基本医保医用材料报销标准也将进行调整：一是调整了单项费用全部纳入医保支付范围的标准，从原先的单项费用500元提高到1000元；二是调整了纳入基本医保支付范围的比例，对单项费用在1000元（含）以上医用材料纳入基本医保支付范围的比例，从70%提高到80%，相应的个人先行负担的比例从30%降低至20%。

新政策执行范围为本市基本医保参保人员，包括城镇职工基本医保参保人员和城乡居民基本医保参保人员。本市公费医疗人员参照执行。此次政策调整不包括人工器官，人工器官执行原有报销政策。此外，基本医保参保人员使用集采中选产品时，按照集采中选产品医保报销政策执行。

医疗救助不设起付标准

自2023年1月1日起，本市医疗救助不设起付标准。基本医保报销范围内个人负担的门诊和住院医疗费用，全部纳入本市医疗救助保障范围。医疗救助全面覆盖医疗费用负担较重、具有本市户籍，并参加基本医保的困难职工和城乡居民，以及由民政部门认定的参加基本医保的特困、低保、低收入等社会救助对象，同时对参加职工医保和居民医保的社会救助对象均予以同等救助。

因病致贫家庭重

病患者及家庭成员上一自然年度

内，在基本医保定点医疗机构

就医发生的医疗费用，在扣除基本医保、大病保险以及商业保险报销赔付和各种救助后，政策范围内个人负担部分，按照3万元（含）以下30%、3万元以上至5万元（含）以下40%、5万元以上50%的比例分段给予医疗救助，全年救助最高支付限额由原先的8万元提升至15万元。

757种医院制剂纳入医保

市医保局会同市人社局将本市34家定点医疗机构生产的757种医院制剂，纳入《医院制剂报销目录》，保障范围为本市基本医保定点医疗机构，以及全体城镇职工、城乡居民基本医保参保人员，目录自2023年1月1日起正式执行。

医院制剂实行支付标准管理，销售价格不高于支付标准的医院制剂，发生费用纳入医疗保险基金和工伤保险基金

支付范围。纳入《医院制剂报销目录》的医院制剂品种，原则上只限在申报的定点医疗机构使用时，方可纳入医保基金支付范围，报销比例参照甲类药品执行，纳入总额预算管理。

此外，市医保局将海淀区曙光社区卫生服务中心、北京百草园中医医院、朝阳区健生养老院医务室等897家医药机构，纳入本市医保定点医药机构协议管理，签订医保定点医药机构服务协议，自2022年12月31日起，为参保人员提供医保服务。

来源：北京日报客户端 实习记者：柴嵘