

十堰市职工医疗保险参保和待遇指南（2023）

一、职工医保参保范围

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和新就业形态从业人员可以参加职工医保。

职工医保由用人单位和职工按照国家、省、市规定共同缴纳基本医疗保险费。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和新就业形态从业人员由个人按照国家、省、市规定缴纳基本医疗保险费。

二、职工医保缴费基数及筹资标准

职工医保用人单位缴费基数为职工工资总额，单位职工工资总额标准按照参保职工缴费工资之和确定；个人缴费基数为本人工资收入。全市执行省级每年统一制定公布当年的社保缴费基数标准。

职工医保(含生育保险)的单位缴费率：职工工资总额的 8.5%(含生育保险缴费率 0.5%)。

职工缴费率：本人工资收入的 2%。

职工大额医疗费用补助缴费：职工工资总额的 0.6%左右，暂按 100 元/人/年收取，根据我市经济社会发展水平动态确定。

公务员医疗补助缴费：参保单位按基本医疗保险缴费基数的 3.5%或 1.4%缴纳。

灵活就业人员缴费：灵活就业人员参加职工医疗保险，按自然年度缴费，根据省级每年统一制定公布的社保缴费基数，可选择按统账结合（10%）或单建统筹（8%）的费率缴纳基本医疗保险费。

三、职工医保门诊统筹待遇

参加职工医保并在待遇享受期内的人员，在全市范围内定点医疗机构发生的属于医疗保险药品、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录范围内的普通门诊（含急诊）医疗费用，一个自然年度内（1月1日至12月31日）累计超过普通门诊统筹起付标准以上、统筹基金最高支付限额以下的部分，由医保基金按比例支付。

1、起付标准。在职职工、退休人员为 500 元。

2、支付比例。在职职工在三级、二级、一级医疗机构（含社区卫生服务站和村卫生室）由统筹基金分别按照 50%、65%、80%的比例支付，退休人员分别按照 60%、75%、90%的比例支付。参保职工持定点医疗机构处方在市内定点零售药店购药的，在职职工按 60%的比例支付，退休职工按 68%的比例支付。

3、最高支付限额。在职职工和退休人员统筹基金年度最高支付限额为 3000 元。

普通门诊统筹的最高支付限额与住院、门诊特殊慢性病、特殊疾病（以下统称门诊慢特病）、“双通道”药品（定点医疗机构和定点零售药店两个渠道）的最高支付限额分别控制、合并计入职工医保统筹基金最高支付限额。

一个年度内普通门诊统筹最高支付限额仅限于当年使用，不得结转累加到次年，不能转让他人使用。

参保职工在异地定点医疗机构就医发生的普通门诊就医费用，门诊统筹支付政策按我市在职和退休人员执行。

参保职工停止缴纳或未按规定缴纳职工医保费期间发生的门诊费用、职工住院期间发生的门诊费用、门诊慢特病费用三种情形职工医保门诊统筹不予报销。

四、门诊个人账户使用范围和家庭共济

规范个人账户使用范围。个人账户用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女以下费用：

（一）主要用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用。

（二）在实现信息系统支撑的前提下，实现个人账户可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。

（三）探索个人账户用于本人参加职工大额医疗费用补助、长期护理保险等个人缴费，以及配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、长期护理保险等个人缴费。

个账共济关系须由个人账户所有人主动授权绑定或解绑。个账所有人遵循自愿原则，签订《职工医保个人账户家庭共济承诺书》，新增共济享受人。个账共济绑定所需材料为医保电子凭证（或社保卡、有效身份证件）、《职工医保个人账户家庭共济承诺书》。个账所有人应为十堰市内正常参保职工，共济享受人应为十堰市内正常享受医保待遇的职工或居民。个账共济业务办理分为个账共济绑定、解绑、查询业务，可通过线上办理和现场办理。线上办理渠道为国家医保服务平台 APP、鄂汇办 APP、“湖北医疗保障”微信小程序、“鄂医保”支付宝小程序、湖北智慧医保 APP 等；现场办理渠道为各级医保经办机构窗口。符合条件的个账共济业务即时办结。

五、门诊慢特病待遇

门诊慢特病共 37 种，分为门诊特殊疾病和门诊慢性病。

门诊特殊疾病待遇标准。包括恶性肿瘤门诊治疗、慢性肾功能衰竭透析、器官移植抗排斥治疗、重性精神病、血友病、苯丙酮尿症、地中海贫血、结核病、孤独症、生长激素缺乏症、肝豆状核变性。门诊特殊疾病不设起付标准，职工医保统筹基金支付比例为 85%，年度最高支付限额为 12 万元。

门诊慢性病待遇标准。包括慢性肾功能衰竭、系统性红斑狼疮、糖尿病、再生障碍性贫血、高血压、病毒性肝炎、肝硬化、帕金森病、帕金森综合症、类风湿性关节炎、冠心病、重症肌无力、强直性脊柱炎、脑血管病后遗症、肺源性心脏病、系统性硬化病、慢性骨髓炎、风湿性心脏病、支气管哮喘、癫痫、脑瘫、慢性阻塞性肺疾病、特发性肺间质纤维化、阿尔兹海默病、甲状腺功能异常、慢性心力衰竭，以及心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架植入术后等疾病。门诊慢性病不设起付标准，职工医保统筹基金支付比例不低于 85%；按病种设置年度最高支付限额。

所有门诊慢性病病种均可省内异地就医定点机构直接结算。5 个门诊慢性病病种（恶性肿瘤、高血压、糖尿病、慢性肾功能衰竭门诊透析、器官移植术后门诊抗排斥治疗）可跨省异地就医定点机构直接结算，其他病种备案后可在异地现金垫付费用，12 月份将发票、处方

交至医保窗口手工报销。

六、基本医疗保险待遇

起付标准：参保职工在一级、二级、三级定点医疗机构住院就医，起付标准分别为 200 元、500 元、1000 元，在同一年度内住院 2 次及以上的，起付标准分别为 200 元、300 元、800 元。

支付比例：对于起付标准以上、年度最高支付限额以下的政策范围内的费用，一个结算年度内，参保在职职工在一级、二级、三级定点医疗机构住院就医，政策范围内的报销比例分别为 90%、88%、85%，退休职工支付比例分别为 92%、90%、87%。

基金最高支付限额：一个结算年度内，参保人员住院和门诊慢性病、特殊药品等医疗费用，职工基本医疗保险每人每年最高支付限额为 12 万元。

七、城镇职工大额医疗费用补助待遇

参保人员当年发生超过基本医疗保险统筹基金支付限额 12 万以上的政策范围内的医疗费用，按 80% 支付，参保职工个人支付 20%，每人每年医保统筹基金最高支付限额为 30 万元。超过 30 万元以上部分，按参加职工大额医疗费用补助每满一年，增加 5 万元的支付限额，报销比例不变。

八、公务员医疗补助待遇

对已按 3.5% 缴纳公务员医疗补助的参保职工，住院费用按城镇职工基本医疗保险、城镇职工大额医疗费用补助的规定进行报销后，剩余政策范围内个人负担费用再按 90% 比例报销。公务员医疗补助个人账户的分配，按公务员医疗补助缴费额的 60% 划入个人账户。按 1.4% 缴纳的，只享受住院报销待遇，不配置个人账户。

九、退休职工医保一次性清算

参加职工医疗保险的个人达到法定退休年龄时（男满 60 周岁、女满 55 周岁），退休前累计缴费年限达到男满 30 年（360 个月）、女满 25 年（300 个月），且在本市累计参保缴费年限不低于 12 年（144 个月）的，退休后不再缴纳基本医疗保险费。一次性趸交 10 年的职工大额医疗费用补助 1000 元（每年 100 元，共计 1000 元）后按照规定享受基本医疗保险待遇。

十、职工医保异地就医备案和待遇享受

（一）异地就医备案类型

1. 长期备案类型：异地长期居住人员、异地安置退休人员、常驻异地工作人员备案（有效期：长期）

2. 短期备案类型：异地转诊人员备案、其他临时外出就医人员备案（有效期：六个月）

3. 视同备案类型：异地急诊抢救免备案（有效期：六个月）

有效期内参保人员可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。参保人员在不同的就医地仅可办理一个长期类备案和一个临时类备案。

（二）异地就医备案手续

参保人员可通过线上、线下等渠道按规定办理备案，符合条件并通过审核的备案身份信息即时生效。

1. 线上渠道：国家医保服务平台 APP、国家异地就医备案微信小程序、湖北政务服务网、

鄂汇办 APP、湖北医疗保障微信程序、“鄂医保”支付宝小程序等。

2.线下渠道：十堰市辖区范围内各级医保经办服务窗口，市政务服务中心、各县（市、区）政务服务大厅、乡镇（街道）服务站、村（社区）服务室、十五分钟医保服务圈网点等。

（三）异地就医结算服务

1.参保人员在异地就医定点联网结算医药机构普通门诊就医或药店购药时无需办理备案，可持社会保障卡（医保电子凭证）直接结算。

2.异地就医备案有效期内的参保人员，在异地就医定点联网结算医药机构发生的普通住院、门诊慢特病（省外仅限恶性肿瘤、高血压、糖尿病、慢性肾功能衰竭门诊透析、器官移植术后门诊抗排异治疗病种）待遇可持社会保障卡（医保电子凭证）直接结算。

3.异地就医人员在备案有效期内确需回参保地就医的，可以在参保地享受医保结算服务，医保待遇按参保地待遇享受。

4.未备案参保人员在异地就医出院结算前向医保经办机构申请补办异地就医备案的，医保经办机构应予以支持。异地就医参保人员出院自费结算后按规定补办备案手续的，医保经办机构按规定手工报销。原则上允许补办6个月内的备案。

5.参保人员在异地非定点医药机构发生医疗费用的，统筹基金不予支付。

（四）异地就医待遇设置

异地就医发生的普通住院、普通门诊、门诊慢特病等医疗费用的支付范围按就医地有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围等）执行，支付比例、医保基金起付标准、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等按参保地执行。

1.住院待遇。长期备案类型的参保人员在就医地发生的政策范围内住院费用按参保地同级医院住院待遇标准享受。短期备案类型（含视同备案类型）的参保人员在就医地发生的政策范围内住院费用先行自付10%后再按参保地同级医院住院待遇标准享受。

2.门诊待遇。所有备案类型的参保人员在就医地发生的政策范围内普通门诊、门诊慢特病费用按参保地门诊待遇标准享受。

十一、医保经办服务

统一实施医保公共服务清单和业务指南，全面推行“综合柜员制”改革和经办业务网上办、掌上办、就近办，大力推进“一网通办、一事联办、一窗通办”服务体系建设，按照有场所、有人员、有制度、有网络、有经费、有保障、能办事“六有一能”的要求，重点加强乡镇（街道）、村（社区）医保经办服务网点建设，基本实现市、县、乡镇（街道）、村（社区）医保服务网络全覆盖，所有乡镇（街道）均有专人提供医保公共服务。将参保登记、慢病受理等12项高频政务服务事项下放至全市118个乡镇（街办）、1964个行政村（社区）办理，通过专人专管、下放权限、升级系统、组织培训等方式，提升基层政务服务事项办理能力。进一步推进医保服务下沉，就近办理，基本实现经办服务事项“市域内通办”，95%以上经办服务事项可“网上办、掌上办”。深入开展“美好生活共同缔造”，发挥医疗保障职能作用，整合市人民医院、国药东风总医院等优势资源，积极推进“医保15分钟便民服务圈”试点，为基层社区（村组）群众提供慢病受理、线上评审、送药上门、免费义诊等服务，打造便民高效的服务体系，使医保服务更加规范化、标准化、便民化。