

2022 年度泰州市职工基本医疗保险政策宣传单

一、职工基本医疗保险参保缴费

(一) 缴费标准。职工基本医疗保险费(含生育保险)由用人单位与职工共同缴纳,用人单位按在职职工工资总额的 8.5%缴纳,在职职工个人按本人工资总额的 2%缴纳。参加基本医疗保险须同时参加大病医疗统筹,缴费标准为缴费基数 的 0.8%,其中用人单位承担 0.5%,参保人员个人负担 0.3%。参加国家公务员补助和企业补充医疗保险的人员,用人单位按职工工资总额的 4%缴纳。灵活就业人员缴费费率在用人单位缴费费率(不包含生育保险费率)和个人缴费率之和的基础上降低 1 个百分点,降低后缴费费率(含大病统筹)为 9.8%,全部由灵活就业人员个人缴纳。2022 年度全市职工基本医疗保险缴费基数下限为 4250 元/月,上限为 21821 元/月。

(二) 待遇等待期。单位参保人员在单位缴费到账次日起享受医保统筹待遇。单位中断缴纳后 6 个月内足额补缴到账的,中断期内可享受医保统筹待遇;超过 6 个月补缴到账的,自单位缴费到账次日起按规定享受医保统筹待遇。

灵活就业人员首次参加职工医保的,缴费到账 3 个月后享受医保统筹待遇;中断缴纳后 3 个月内足额补缴到账的,中断期内应有的医保待遇可享受;灵活就业人员中断缴费后未在 3 个月内足额补缴到账的,实行连续参保缴费时间与待遇享受挂钩政策。若参保人员首次出现中断缴费,自中断缴费之日起计算,在本市已连续缴费满 60 个月且在 6 个月内足额补缴到账的,或在本市已连续缴费满 120 个月且在 1 年内足额补缴到账的,中断期内应有的医保待遇可享受;其余情况视同为首次参保,自重新缴费到账之日起执行 3 个月等待期,等待期内个人账户可正常使用。

(三) 享受退休待遇的条件。1、医保退休年龄:单位参保人员以基本养老保险退休年龄作为医保退休的年龄;灵活就业人员需男年满 60 周岁,女年满 55 周岁;2、基本医疗保险缴费年限(含视同缴费年限)累计男满 25 年、女满 20 年,且其在本市实际缴费年限不少于 15 年;3、达不到缴费年限的参保人员在到达退休(职)年龄办理医保退休手续时,可按照规定补足规定年限的医疗保险费(2022 年一次性医疗保险费封顶为 70604 元);4、一次性缴纳 15 年大病统筹医疗保险费。

(四) 灵活就业人员如何办理参保缴费。符合条件的灵活就业人员,可以灵活就业人员个人身份参加职工医保,应携带有效身份证件(有效身份证件包括身份证、居住证、户口簿、护照、港澳台居民来往内地证、港澳台居民居住证、外国人永久居留证等)到户籍所在地或居住地的街道(乡镇)为民服务中心、社区(村)便民服务站等基层服务平台办理参保手续。灵活就业人员参保费用选择按月缴纳或者按年一次性缴纳,原则上超过 12 个月的费用不允许补缴,补缴费率为其对应所属期费率。

灵活就业人员缴纳基本医疗保险费:1.可到相关银行及其网点办理协议委托按月扣缴、现金缴费、银行卡刷卡缴费;2.可通过“江苏税务社保缴纳”小程序缴纳;3.可携带身份证、省社会保障卡、银行卡(芯片卡)就近到村(社区)通过小黄机进行缴费,也可使用手机扫码支付。

二、基本医疗保险待遇

(一) 个人账户待遇。用人单位在职职工以个人缴费基数作为个人账户的划账基数;退休(职)人员,以本人退休(职)养老金作为个人账户的划账基数;仅参加职工医保的灵活就业人员到达退休年龄,办理退休手续后,按照上年度全市灵活就业人员养老金的平均数作为个人账户的划账基数。

个人账户划拨比例

年龄段	基本医疗划拨比例	国家公务员补助和企业补充 医疗保险划拨比例
35 周岁以下	2.8%	0.8%
35(含)—45 周岁	3.2%	1.4%
45(含)—退休(职)前	4.0%	2.0%
退休(职)后—70 周岁	5.5%	2.5%

70 周岁（含）以上	6.0%	2.5%
建国前工作的老工人	8.0%	2.5%

个人账户支付范围：

- 1、在定点医药机构使用个人账户购买药品、购置医疗器械，严禁购买保健品和日用品；
- 2、门诊统筹、门诊慢性病、门诊特殊病及住院医疗费用中个人自付部分；
- 3、参加门诊统筹的参保职工，降低划入个人账户比例 0.2%用于门诊统筹，划扣的个人账户最高封顶 8 元/月；
- 4、参加长期护理保险、职工补充保险的费用从个人账户中代扣；
- 5、参保人员死亡、出境定居、由职工医保转为城乡居民医保、办理市外异地就医手续的退休人员（个人账户 500 元以上部分）、参保人员身份转为公费医疗等特殊情形的，可凭相关手续办理个人账户取现。

6、个人账户共济。（1）个人账户资金 4000 元以上部分，可用于支付本人及家庭成员参加本市基本医疗保险的个人缴费；（2）可用于支付本人及家庭成员购买政府引导支持的商业补充医疗保险；（3）与医保经办机构签订了分期缴费协议的困难人员，个人账户可用于本人分期缴纳退休医保一次性费用；（4）应由个人承担的家庭医生签约服务费（本人的签约费个账可直接支付，个账 4000 元以上可用于支付家庭成员签约费用）；（5）符合国家医保药品分类与代码管理的非免疫规划疫苗费用（本人的疫苗费用可直接支付，个账 4000 元以上可用于支付家庭成员疫苗费用）。

（二）门诊统筹待遇。一个结算年度内，参保人员连续合理治疗至痊愈（未有间断为一次，一般不超过 7 天），在本市门诊统筹定点医疗机构发生的政策范围内的门诊费用，每次起付标准为 30 元，起付标准以上部分报销 50%，年内累计最高报销 500 元。其中在实行乡镇一体的村卫生室、社区卫生服务站不设起付标准，年内累计最高报销限额 150 元。

（三）门诊慢性病待遇。职工医保门诊慢性病共 44 种，分为三类：

一类门诊慢性病：高血压（高危、极高危）合并靶器官损害或临床并发症、糖尿病出现并发症、银屑病、原发性血小板增多症、原发性血小板减少症、真性红细胞增多症、慢性萎缩性胃炎、肺结核、慢性肾炎、脑性瘫痪、淋巴结核、视网膜黄斑变性、白塞氏病、干燥综合征、扩张型心肌病等共 15 种。

二类门诊慢性病：癫痫、脑梗死、脑血管意外后遗症、慢性阻塞性肺病、慢性心力衰竭、风湿性心脏病、冠心病（限心绞痛、心肌梗塞、冠状动脉旁路移植术后抗凝治疗和支架手术后抗凝治疗）、克罗恩病、自身免疫性肝炎、溃疡性结肠炎、心脏瓣膜置换术后、帕金森氏病、肺纤维化、多发性肌炎/多发性皮肌炎、阿尔茨海默症等共 15 种。

三类门诊慢性病：强直性脊柱炎、系统性红斑狼疮、风湿性关节炎/类风湿性关节炎、慢性病毒性肝炎、肝硬化、肝功能衰竭、系统性血管炎、慢性肾脏病 2 期及以上、系统性硬化症、运动神经元病、再生障碍性贫血、重症肌无力、自身免疫性溶血性贫血、耐多药肺结核等共 14 种。

参保人员按照规定经备案后，享受门诊慢性病待遇。一个结算年度内，符合本市职工医保门诊慢性病规定的门诊医疗费用，起付标准为 800 元（退休或退职人员 500 元），超出起付标准以上的由统筹基金报销 60%，参加国家公务员补助或企业补充医疗保险的人员同步增加报销 20%。

设立门诊慢性病职工医保统筹基金支付年度限额标准，一个结算年度内超出限额标准的费用由参保人员个人负担。年度统筹基金限额标准为：一类慢性病 5000 元，二类慢性病 8000 元，三类慢性病 15000 元。参保人员患有两种及以上慢性病的按三类慢性病限额标准执行。

（四）门诊特殊病待遇。参保人员在门诊进行恶性肿瘤（含白血病）放化疗、骨髓纤维化、骨髓增生异常综合症、颅内良性肿瘤、器官移植抗排异治疗、血友病（仅限专科药品费用）、终末期肾病透析治疗等疾病治疗时，按照规定经备案后享受门诊特殊病待遇。一个结算年度内，发生的符合门诊特殊病规定的门诊医疗费用参照住院费用管理规定结算，起付标准为 400 元，报销比例为 95%。门诊特殊病的辅助性治疗用药费用不设起付标准，报销比例参照门诊慢性病。

患情感性精神病（含躁狂型、抑郁症）、精神分裂症（不包括单纯型）两类病种的参保人员，在定点专科医院住院治疗发生的符合政策范围的费用实行按床日付费。支付标准为：一级及以下定点专科医院为 150 元/天，二级

及以上定点专科医院为 210 元/天。超出支付标准的费用，在本市医院治疗的由医院承担，在市外医院治疗的由参保人员承担。在专科医院门诊治疗发生的符合基本医疗保险范围的门诊费用按实报销，年度限额 12000 元，超出限额的费用由个人自付。

(五) 住院统筹待遇

职工基本医保政策范围内报销标准

	项目	本地医院			外地转诊
		三级	二级	一级	
住院	起付标准	800 元	600 元	400 元	1100 元
	报销比例	起付标准 -1.5 万	91%	91%	88% (未按转诊规定到市 外定点医疗机构就诊的, 报销比例降低 10 个百分 点)
		1.5 万-9 万	95%		
		9 万以上	95%		

退休(职)人员报销比例在上述标准上提高 2%。参加公务员医疗补助和企业补充医疗保险的参保人员发生的符合政策范围内的住院类费用，起付标准以上费用，经统筹报销后，剩余部分由国家公务员补助或企业补充医疗保险基金支付。

(六) 大病保险待遇。参保人员门诊特殊病、住院所发生的合规费用，经基本医保基金、国家公务员补助或企业补充医疗保险、大病统筹基金报销后，剩余部分享受大病保险待遇。起付标准为 1 万元（其中器官移植抗排异治疗、终末期肾病透析治疗起付标准为 0 元）。补偿标准为：1 万元以上至 10 万元报销比例为 70%；10 万元以上报销比例为 80%。参保人员属于符合规定的困难群体的，起付标准为 5000 元，5000 元以上至 10 万元报销比例为 80%；10 万元以上报销比例为 90%。

(七) 职工补充保险。参保人员按时足额缴纳补充保险费用后，在本市定点医疗机构住院期间使用政策范围之外的医疗必须的药品、诊疗项目和医疗服务设施等的费用，由补充保险基金支付 40%，在一个医疗保险结算年度内，最高支付限额为 8 万元。按照规定办理异地就医备案手续后的参保人员到外地定点医疗机构住院期间发生的符合补充保险的医疗费用，待遇与市内定点医疗机构相同，其余参保人员到市外定点医疗机构就诊的，报销比例降低 10 个百分点。

(八) 家庭病床待遇。凡参保人员因脑血管疾病引起瘫痪、恶性肿瘤晚期及行动不便的，可申请家庭病床，发生的符合政策范围内的医疗费用按 80% 报销，每月最高支付限额不超过 600 元，低于 600 元的按实结付。

(九) 生育保险相关待遇。生育保险待遇包括生育医疗费用、生育津贴和一次性营养补助。政策范围内生育医疗费用可全部报销，产前检查费限额 1000 元，在定点医疗机构可直接刷卡结算。生育津贴按照职工产假或者休假天数计发，计发基数为职工所在用人单位上年度职工月平均工资除以 30。一次性营养补助标准为泰州市上年度城镇非私营单位在岗职工年平均工资的 2%。

三、就医规定

参保人员在已实现联网结算的定点医疗机构就医的，应优先使用本人社会保障卡在定点医疗机构实时结算；在未实现实时结算的定点医疗机构就医的，医疗费用先由本人垫付，后凭住院发票原件、费用明细清单、出院小结（或出院记录）、社会保障卡和转诊（或异地就医）审批表等材料到医疗保险经办机构按规定报销。参保人员发生外伤的应在 3 个工作日内向当地医保经办机构履行告知义务。

未按照规定办理转诊、异地就医备案手续直接到市外定点医疗机构就诊的，除定额、限额结算的项目外报销比例在转诊待遇的基础上降低 10 个百分点。如未备案但需实时结算的，可电话联系参保地经办机构报身份证、姓名进行备案，报销比例参照我市未办理转诊、异地就医本案手续医保待遇降低 10 个百分点政策执行。

参保人员可直接在全市二级及以上定点医疗机构申请办理门慢、门特审批和转诊市外备案。参保人员可在全市任一医保经办机构办理医药费报销、门慢门特和家庭病床审批、国谈药“双通道”单独支付药品申请等事项。

四、本宣传单有效期为 2022 年 1 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日，如有政策调整按新政策执行。

泰州市医疗保险管理中心

2021. 12