

城镇职工基本医疗保险政策指南

一、我市医疗保险缴费和享受待遇的政策依据有哪些？

根据《武汉市城镇职工基本医疗保险办法》（市政府 164 号令）《市人民政府关于印发武汉市城镇灵活就业人员基本医疗保险办法的通知》（武政〔2004〕66 号）、《关于灵活就业人员参加基本医疗保险若干问题的处理意见》（武劳社〔2004〕135 号）、《武汉市城镇居民基本医疗保险试行办法》（武政〔2007〕84 号）、《武汉市人力资源和社会保障局关于调整基本医疗保险有关政策的通知》（武人社办〔2012〕43 号）等各项医疗保险政策，我市城镇基本医疗保险参保单位和个人都必须按时足额缴纳各项医疗保险费才能享受医保待遇。

二、医疗保险待遇期是如何规定的？

参保单位及其职工按规定缴纳基本医疗保险费 1 个月后，其在职职工和退休人员开始享受基本医疗保险待遇；灵活就业人员缴纳基本医疗保险费满 6 个月后，从第 7 个月开始享受基本医疗保险统筹待遇。

三、城镇职工医疗保险费能否拖欠？欠费补缴后能否立即享受医保住院？

政策规定“用人单位应按时、足额向地方税务机关缴纳基本医疗保险费，不得拖欠”、“用人单位及其职工按规定缴纳基本医疗保险费1个月后，职工和退休人员开始享受基本医疗保险待遇；未按规定缴纳基本医疗保险费的，不得享受基本医疗保险待遇”、“用人单位违反本办法规定，拖欠基本医疗保险费给职工和退休人员造成的损失，由用人单位赔偿”、“用人单位和负责退休费发放的单位未按本办法规定，代扣代缴大额医疗保险费给职工和退休人员造成的损失，由用人单位和负责退休费发放的单位赔偿”。因此，职工医保费不能拖欠。

参保单位和个人都必须按时足额缴纳每月应缴职工医保费，才能确保享受职工医保待遇，中断和拖欠缴费不得享受医保待遇。

灵活就业人员应特别注意：连续欠缴超过3个月的，补缴后将有6个月的等待期，从补缴时开始，需连续缴费6个月，从第7个月开始才能恢复享受医保统筹待遇。

参保单位欠费或者灵活就业人员连续欠费未超过3个月，必须及时补齐欠费，补缴当月不能享受医保统筹待遇，补缴一个月后可恢复享受医保统筹待遇。

四、灵活就业参保人员在哪些情况下会形成医保待遇等待期？

政策规定，“灵活就业人员缴纳基本医疗保险费满6个月后，从第7个月开始按照《武汉市城镇职工基本医疗保险办法》的规定，享受由基本医疗保险统筹基金支付的住院、门诊紧急抢救和

在门诊治疗部分重症疾病、慢性疾病医疗保险待遇”、“灵活就业人员欠缴基本医疗保险费的，按下列规定处理：

（一）参加基本医疗保险期间连续欠缴基本医疗保险费在 3 个月以内（含 3 个月）的，在补缴基本医疗保险费后，可连续享受统筹基金支付的医疗保险待遇，不计算中断缴费年限；

（二）参加基本医疗保险期间连续欠缴基本医疗保险费 3 个月以上的，视同中断缴费，并从中断缴费之月起计算中断缴费年限；

（三）中断缴费后再次参保的，可将中断缴费期间欠缴的基本医疗保险费补齐，并不计算中断缴费年限，中断缴费期间的医疗费用由本人负担；不补齐中断缴费期间欠缴的基本医疗保险费的，按本条第（二）项规定计算中断缴费年限。灵活就业人员再次参保的，缴纳基本医疗保险费满 6 个月后，从第 7 个月开始享受统筹基金支付的医疗保险待遇。”、“随用人单位参加基本医疗保险后，与单位解除、终止劳动关系而中断基本医疗保险的人员，自解除、终止劳动关系之日起或本办法施行之日起 6 个月内，按本办法规定继续参加基本医疗保险（以下简称续保）的，从续保缴费的次月起享受统筹基金支付的医疗保险待遇；超过规定时间续保的，在续保缴费满 6 个月后，从第 7 个月开始享受统筹基金支付的医疗保险待遇”、“从外地转入本市的灵活就业人员，在从外地转入的 6 个月内（从外地办理社会保险关系转出之日起开始计算）续保的，从续保缴费的次月起享受统筹基金支付的医疗保

险待遇，从外地转入 6 个月后续保的，在续保缴费满 6 个月后，从第 7 个月开始享受统筹基金支付的医疗保险待遇”。

简言之，灵活就业参保人员属于以下情况的，有 6 个月等待期，等待期内不享受医保统筹待遇：新参保、连续欠费两个月以上补缴、中断缴费后续保、单位转出未在 6 个月内在灵活就业人员窗口续保、外地转出未在 6 个月内在我市灵活就业人员窗口续保等。

五、灵活就业参保人员发生不超过两个月的欠费，补缴后如何恢复待遇资格？

这种情况下，补缴到账且无其它欠费的，补缴当月不能享受医保统筹待遇，补缴下一个后可恢复享受医保待遇。

六、我市城镇职工医疗保险缴费与待遇资格管理手段是什么？

我市职工医保参保缴费与待遇资格已实现数据系统自动化管理。凡按政策履行参保缴费义务的单位和个人，系统给予医保待遇资格（通称“红名单”）。参保人可在我市职工医保定点医院持卡就医；反之，系统暂停其基本医疗保险统筹待遇资格。

七、参保人员就医方式有哪几种？

职工医保就医包括普通门诊、门诊治疗部分重症（慢性）疾病、门诊紧急抢救、住院治疗。

八、职工医保个人账户是如何的构成的，个人账户有哪些用途？

基本医疗保险个人帐户是以参保人员名义建立的保险帐户，由个人按照基本医疗保险的有关规定使用、支配。个人帐户实行 IC 卡管理，不得提取现金，个人帐户的资金和利息归个人所有。凡单位和个人按时足额缴纳医疗保险费后，个人帐户按以下比例划入：在职人员（含灵活就业人员）35 岁以下（含 35 岁）、35 至 45 岁（含 45 岁）、45 岁退休分别按缴费基数 3.1%、3.4% 和 3.7% 比例划拨，退休人员 70 岁（含 70 岁）、70 岁以上划入帐户比例分别为：4.8%、5.1%。退休人员以本人上年度月平均退休费为划账基数；退休人员没有上年度月平均退休费的，以本人本年度月平均退休费为基数；没有本年度月平均退休费的，以当月退休费为基数；退休费低于上年度全市职工月平均工资 80% 的，以上年度全市职工月平均工资的 80% 为基数。

个人帐户可用于支付参保人员在定点零售药店购药、定点医院门诊、门诊治疗部分重症（慢性）疾病、门诊紧急抢救和住院的医疗费用中属个人自付（不含个人自费）的费用。

九、门诊治疗部分重症（慢性）疾病有哪些待遇？

参保人员持社会保障卡在定点医院进行门诊治疗部分重症（慢性）疾病治疗的，符合职工医保基金支付的医疗费用，门诊重症统筹基金支付 80%（在职）和 85%（退休），门诊慢性病统筹基金支付 60%（在职）和 65%（退休）。部分重症病种（肾透

析、肾移植术后抗排斥治疗、肝移植术后抗排斥治疗）统筹基金支付 87%（在职）和 90%（退休）。

使用属于医保范围类的乙类药品或诊疗项目，先由个人自付 10%，余额由医保基金按以上比例支付。

十、住院起付标准是怎样规定的？

住院起付标准是指参保人员住院时，按规定应由个人先自付一定数额的医疗费用。超过起付标准以上的医疗费用，由医保基金和个人按规定比例支付。住院起付标准为：

- （一）社区卫生服务中心 200 元；
- （二）一级医院 400 元；
- （三）二级医院 600 元；
- （四）三级医院 800 元。

在一个保险年度内，参保人员两次及以上住院的，住院起付标准减半；参保人员在社区卫生服务中心住院，属于年度内二次以上（含两次）住院的，起付标准按 200 元执行，不予减半；参保人员在社区卫生服务中心住院后，再到高级医院住院的，仍执行高级别医院的起付线标准，不予减半；享受低保待遇的残疾人，免除住院起付标准费用。

十一、参保人员住院有哪些待遇？

基本医疗保险起付标准以上、年度支付限额（24 万）以内的费用，按照医院等级和费用分段，医保基金按不同比例支付。

（一）年度累计基本医疗保险内费用在 10 万以内，医保基金比例分别为：

- 1、社区、一级医院基金支付 92%（在职）93.6%（退休）；
- 2、二级医院基金支付 89%（在职）91.2%（退休）；
- 3、三级医院基金支付 86%（在职）88.8%（退休）；
- 4、享受低保待遇的残疾人，统筹基金支付比例提高 2%。

（二）年度累计基本医疗保险内费用 10—20 万，医保基金支付 96%，

（三）年度累计基本医疗保险内费用在 20—24 万，医保基金支付 98%。

（四）使用属于医保范围类的乙类药品或诊疗项目，先由个人自付 10%，余额由医保基金按以上比例支付。

十二、大额医疗保险有哪些待遇？

一个保险年度内，参保人员在门诊治疗部分重症（慢性）疾病、门诊紧急抢救和住院发生的医疗保险范围内费用超过基本医疗保险支付限额（24 万）后，由大额医疗保险基金支付，支付比例为 98%。使用属于医保范围类的乙类药品或诊疗项目，先由个人自付 10%，余额由大额医疗保险按以上比例支付。

大额医疗保险最高支付限额为 30 万元。

十三、使用乙类药品和部分诊疗项目个人支付比例是多少？

参保人员在门诊治疗部分重症（慢性）疾病、门诊紧急抢救和住院治疗时，使用属于医保范围类的乙类药品或诊疗项目，先由个人自付 10%，余额由医保基金按规定比例支付。

十四、使用体内置放材料、置换人工器官个人支付比例是多少？

参保人员在门诊治疗部分重症（慢性）疾病、门诊紧急抢救和住院时，使用基本医疗保险范围内国产置换材料的，个人支付 35%；使用进口置换材料的，个人支付 50%。

十五、一个保险年度内基本医疗保险基金和大额医疗保险最高支付费用是多少？

在一个保险年度内，参保人员门诊治疗部分重症（慢性）疾病、门诊紧急抢救和住院治疗累计发生的医疗保险范围内费用，基本医疗保险限额为 24 万元（含医保基金支付和个人自付）。超过基本医疗保险限额的费用，大额医疗保险年度最高支付限额 30 万元。

十六、跨保险年度住院费用如何结算？

参保人员跨保险年度住院的，应在入院当年的 12 月 31 日前结清本保险年度住院医疗费用，医保基金最高支付限额按医疗费用发生所在年度分别计算，住院起付标准计算一次。

十七、如何办理转院手续？

参保人员在定点医院之间转院治疗，由转出医院网上办理转院手续后，可直接到转入医院办理住院。

十八、终止医疗保险人员个人帐户余额如何处理？

基本医疗保险参保人员因出国（境）定居、死亡、转出市外且个人帐户无法转移的，可以申请办理个人帐户余额一次性支付。

符合上述条件的，在办理终止医疗保险手续的二个月以后，由参保单位（灵活就业参保由本人或合法继承人）携带以下资料向所在辖区社保经办机构申请办理。

- 1、填写完整的《医疗保险个人帐户余额一次性支付申报表》；
- 2、收款人与终止医疗保险人员关系证明资料（参保单位及所在辖区社保经办机构须核定继承人（收款人）身份、继承人（收款人）与终止医疗保险人员关系；
- 3、终止医疗保险人员“死亡证”（复印件）或出国定居、调出市外的资料；
- 4、收款人银行帐号资料复印件（收款人需在汉口银行开设帐户）；使用社会保障卡金融帐户（汉口银行）的，则必须到银行柜台开卡激活该帐户。

十九、如何办理易地安置、长驻外地？

易地安置退休人员可申请办理医疗保险易地安置手续，申请人需书面申请，完整填写《武汉市城镇职工基本医疗保险易地就医登记表》，到所在辖区社保经办机构办理。办理时需提供转入地户口转移证明或居住证或暂住证复印件一份、身份证复印件二份、邮储银行卡或存折复印件二份。易地安置退休个人帐户采取委托银行支付或单位代发。

因经营或工程需要由用人单位长期派驻本市统筹区外工作的职工，可办理医疗保险长驻外地手续，由用人单位组织长驻外地职工完整填写《武汉市城镇职工基本医疗保险易地就医登记表》，到所在辖区社保经办机构办理。单位和个人按时足额缴纳医疗保险费后，长驻外地职工的个人帐户直接划入社会保障卡金融帐户里。