

2019年度常州市市本级职工基本医疗保险宣传提纲

(2019年1月)

一、职工医疗保险个人账户管理

1. 在职职工及用人单位按月应缴纳多少职工医疗保险费?

类别	有单位人员		灵活就业人员
	单位	个人	
职工医疗保险	2018.12-2019.11期间, 7.5%(本单位上年职工工资总额)	2%(上年本人实际工资)	10%(每年公布的社会保险缴费基数)
医疗救助	每人每月按医保个人账户划拨基数的0.3%筹集, 其中参加职工住院基本医疗保险的, 按缴费基数或养老金的0.3%筹集。		

2. 个人账户如何划拨?

划拨时间: 未退休(退职)人员按月划拨; 退休(退职)每半年(每年的1月及7月)预划拨。医疗救助金从个人账户划转, 个人账户在原划拨比例基础上少0.3个百分点。

个人账户划拨比例	未退休(退职)	退休(退职)	
		本人	配偶
35周岁及以下的职工, 本人缴费基数的2.9%	36-45周岁的职工, 本人缴费基数的3.4%	46周岁-退休(退职)前的职工, 本人缴费基数的4.2%	退休(退职)人员, 按划拨上月当时的本人符合规定的退休工资基数的5%划入
			建国前参加革命工作退休的老工人, 按划拨上月当时的本人符合规定的退休工资基数的6%划入
70周岁及以下全年划拨个人账户不满540元按540元划拨, 71周岁以上的全年划拨个人账户不满600元按600元划拨。			

3. 个人账户如何使用?

个人账户	1. 支付药品和诊疗项目等医疗费用	
	未退休(退职)	退休(退职)
2. 结余金额超出部分	1500元以上	支付本人以灵活就业人员方式参加职工医保的保险费用
		支付本人、配偶或子女参加居民医保的保险费用
3. 本金和利息可以结转使用和继承		

二、目前职工基本医疗保险门诊待遇

门诊待遇享受整体原则:

优先享受门诊慢性病药费补助、特定诊疗项目补助、门诊特定病种补助等, 其他医保范围内费用按相关政策享受普通门诊统筹、门诊大额医疗费用补助待遇。

1. 普通门诊统筹

医保基金对参保人员在一个自然年度内, 超过起付标准但在最高限额内符合规定的门诊医疗费用按一定比例给予补贴。具体标准见下表:

人员类别	起付标准(元)	最高限额(元)	支付比例	
			首诊机构	转诊机构
在职	1500	3500	70%	50%
退休		4500		
建国前参加革命工作的老工人		5500		

如何享受普通门诊统筹?

首诊: 规定社区卫生服务机构、公立一级医疗机构就诊, 直接刷卡享受。**转诊:** 由首诊医疗机构负责转诊到指定的一家二或三级医疗机构就诊, 在指定的转诊机构刷卡享受。**专科门诊:** 三院传染科、一〇二医院精神科和德安医院精神科(专科门诊)就诊, 直接享受, 无需转诊手续。**急诊抢救:** 急诊抢救可在二或三级医疗机构直接办理急诊挂号, 按规定直接刷卡享受, 无需转诊手续。

异地就医人员在异地就医的, 不受首、转诊制度的限制。

哪些门诊费用不纳入普通门诊统筹?

答:(1) 医保基金支付范围外的药品和诊疗服务项目费用;(2) 使用医保基金支付范围内的药品和诊疗服务项目, 应当由个人按比例先行负担的费用;(3) 已享受门诊大病、门诊慢性病种、门诊特定病种、门诊特定诊疗项目统筹待遇的医疗费用;(4) 未经首诊医疗机构转诊而发生的普通门诊医疗费用; 药店等非首诊、转诊机构发生的费用;(5) 不符合基本医疗保险规定的其他费用。

2. 门诊大额医疗费用补助

一个保险年度内, 职工基本医疗保险参保人员在定点医疗机构发生的医保范围内普通门诊医疗费用(纳入大病保险保障范围的除外)中, 经职工基本医疗保险基金按规定支付后的个人自付超过6000元以上部分, 由职工医疗救助基金按照50%的比例给予补助, 最高补助限额10万元。

职工门诊大额医疗费用补助的享受条件、医疗费用范围与职工基本医疗保险普通门诊统筹一致。

3. 门诊慢性病药费补助

参保人员在符合规定的定点单位使用规定的门诊慢性病药费补助目录范围的药品时, 符合医保规定的费用可以享受补助。

门诊慢性病药费补助额度按月使用, 当月结余额度可转到下月使用, 累计额度当年内有效, 次年重新计算。

如何办理享受门诊慢性病药费补助?

参保人员持正规医院就医病历、社会保障卡、身份证等资料(其中高血压、糖尿病需半年以上病史资料和家庭医生签约单), 至市政务服务中心1号楼一楼B区申请, 按指定时间、医院参加医学体检。体检结果经医学专家认定符合准入标准的, 自体检次月起可享受门诊慢性病药费补助。

关于门诊慢性病高血压(II、III期)、糖尿病6个月病史要求的特别提醒:

如果参保人员患有高血压或糖尿病但一直未正规就医, 无书面病史资料, 可至市区综合性医院的心血管专科(高血压)、内分泌专科(糖尿病)连续就诊至少6个月, 期间应遵医嘱做相关的检查, 由专科医生客观详细记录慢性病治疗过程。

门诊慢性病种	支付比例		支付限额(元/年)	
	社区	其他定点单位	未退休(退职)	退休(退职)
1. 高血压(II、III期)	75%	70%	800	1000
2. 糖尿病			800	1000
3. 慢性肝炎(中、重度)			800	1000
4. 系统性红斑狼疮			800	1000
5. 帕金森综合症			800	1000
6. 恶性肿瘤			2000	2400
7. 恶性肿瘤合并其他病种			2400	2900
8. 两种及以上病种合并(恶性肿瘤除外)			1200	1500

4. 门诊特定诊疗项目补助

在定点医疗机构刷卡即可直接享受门诊特定诊疗项目待遇, 无须办理其他手续。

诊疗项目	支付比例
体外冲击波碎石	医保统筹基金支付70%, 个人自付30%
高压氧治疗	
经血管介入诊疗	
X线计算机体层(CT)扫描	医保统筹基金支付60%, 个人自付40%
磁共振扫描(MRI)	
单光子发射计算机断层显像(SPECT)	
彩色多普勒超声检查	

5. 门诊特定病补助

门诊治疗以下病种时, 符合规定的医疗费用可以按规定享受补助。其中, 重症精神病和丙型肝炎仅在门诊使用指定范围的药品时可享受补助。

门诊特定病病种	支付比例	最高限额	定点单位使用范围
重症精神病(精神分裂症、偏执性精神病、抑郁症、情感分裂性精神病、躁狂症、双相情感障碍)以及癫痫伴发精神障碍	90%	200元/月	102医院、德安医院、武进三院
白内障(超声乳化加人工晶体植入术)		3000元/次	设有眼科并具备手术条件的定点医院
丙型肝炎		3200元/月	三院

如何办理享受门诊特定病补助?

重症精神病: 参保人员携带一年以上的病史(含一次住院病史)、本人身份证、社会保障卡到102医院、德安医院或武进三院医保办申请并填写审核资料。鉴定通过后次月可在申请医院按规定享受补助。

丙型肝炎: 参保人员携带一年以上病史(含一次住院病史)、本人身份证、社会保障卡至市三院医保办申请并填写资料。鉴定通过后次月可在申请医院按规定享受补助。

6. 门诊大病补助

一个年度内, 在选定的定点医疗机构, 进行以下大病门诊治疗时, 符合规定的门诊医疗费用可以享受补助。

门诊大病病种	起付线	支付比例	最高限额(元)
1. 尿毒症血液、腹膜透析治疗费和抗贫血治疗药费	800元/年	在职90%, 退休95%, 建国前参加革命工作的老工人96%	—
2. 器官移植后抗排斥药费和环孢素浓度测定费			术后第一年10万, 第二年7万, 第三年及以后5万
3. 恶性肿瘤放、化疗费			—
4. 血友病药费			8000
5. 再生障碍性贫血药费			15000

如何办理享受门诊大病补助?

参保人员患门诊大病, 经二级以上定点医疗机构确诊, 需在门诊进行治疗的患者, 可到专科医生处申请, 医生填写《常州市基本医疗保险门诊大病待遇申请表》后, 患者携带病史资料、身份证等到医院医保办审核并申报至市社保中心, 经社保中心审核确认后, 在选定的定点医院就诊刷卡即可享受门诊大病待遇。

三、目前职工基本医疗保险住院待遇

一个结算年度内, 参保人员住院发生的符合规定的医疗费用, 超过起付标准后, 医保统筹(救助)基金按比例予以支付。市内就医须持社会保障卡刷卡就医。

1. 住院起付标准及支付比例

险种	起付标准(*退休人员为标准的80%)				支付比例
	次数	医院等级			
		三级	二级	一级	
基本医疗保险	第一次*	1000	600	400	在职90%, 退休95%, 建国前参加革命工作的老工人96%
	第二次起及以后*	600	360	240	
医疗救助	医保范围内费用累计15万元				95%(建国前参加革命工作老工人98%)

情感性精神障碍(躁狂症、躁狂抑郁症), 参保人员住院的医疗费用, 在原个人自付比例段分别减免一半。

2. 双向转诊住院起付标准累计计算

转诊类型	转诊范围	起付线累计	备注
住院上转	紧密型、专科共	起付标准累计计算	连续住院按一次住院计算, 累计一次, 2日内有效
住院下转	建型医联体内	免起付标准	

四、职工医保基金的最高支付限额

职工医保统筹基金最高支付限额为15万元，医疗救助基金上不封顶。超过职工医保统筹基金最高限额后自动进入医疗救助，无需办理手续。

五、目前职工基本医疗保险其它待遇政策

(一) 灵活就业人员生育医疗费用补助待遇

参加职工医保的灵活就业人员发生生育医疗费用前12个月处于连续参保状态，且符合国家计划生育政策规定，可以享受生育医疗费用待遇，具体见下表。

类别	支付标准	
产前检查	1000元	
住院分娩期间的费用	一、二级医疗机构	符合规定的费用基金全额承担
	三级医疗机构	符合规定的费用4200元以内，基金全额承担，以上部分基金承担90%。
生育流引产	符合规定的费用基金全额承担(异地：在定额范围内按实报销)	

(二) “大病保险”待遇

大病保险主要保障参保人员在定点医疗机构发生的，经基本医疗保险补偿后，个人负担超过一定水平的住院和门诊大病合规医疗费用。

补偿范围	起付标准(元)	基金支付比例	最高限额	结算方式
符合甲、乙类医疗费用 特殊医用材料单价4万以内 床位费最高限价以内	20000	2万-5万 50%	无	超过起付标准即时刷卡享受
		5万-10万 60%		
		10万以上 70%		

困难群众发生的住院和门诊大病合规医疗费用按下表享受大病保险待遇。

补偿范围	基金支付比例	最高限额	结算方式
乙类费用的个人自付部分(床位费最高限价以内,特殊医用材料单价4万以内)	2万以内 50%	无	即时刷卡享受
	2万-5万 60%		
	5万-10万 70%		
	10万以上 80%		

未按要求办理转诊转院手续，在外地医保定点医疗机构发生的门诊大病或住院医疗费用，按上述标准的50%纳入大病保险保障范围。

(三) “特药补助”待遇

特药范围：经省人社厅统一谈判纳入基本医疗保险特药管理范围的药品和本市规定参照特药管理的药品。**保障对象：**患有特药范围药品使用适应症的参保人员，经有资质的责任医师审批认定后，按规定使用特药时，可享受医保补偿。

特药药品	补偿比例			医保支付标准
	特药药店刷卡	市外转院(诊)	未经审批市外转院(诊)	
原特药(赫赛汀、格列卫、达希纳、格尼可)	75%	按市内支付比例的基础上降低10个百分点	按市内支付比例的50%支付	部、省确定的谈判价
新特药及参照特药管理的药品	65%			

如何办理享受特药补助?

参保人员持身份证、省社保卡、相关病史资料到选定的定点医疗机构责任医师处申请，经责任医师审核申报后，至该院医保办审核所需资料。资料齐全的，至个人选定的特药定点药店向社保中心上传资料。经社保中心审核通过后，参保人员凭特药责任医师开具的电子处方在特药定点药店购药。

特药定点医院：一院、二院、中医院、三院、肿瘤医院、妇幼保健院、武进医院、金坛区人民医院。

特药定点药店：人寿天医药商场、恒泰医药连锁奥园店、万仁大药房湖塘人民路店、金坛百姓大药房颐和店、溧阳国大人民药房中心店。

(四) 职工医保困难群众救助

职工医保救助对象到医疗救助定点机构就医，发生的符合基本医疗保险支付规定的医疗费用，在按基本医疗保险规定结付后，剩余现金支付部分按下列标准给予医疗救助。

人群	机构		支付比例	最高限额	结算方式
困难群众(含精准扶贫人员)	门诊	市本级基本医疗保险普通门诊统筹政策涉及的市内定点医疗机构	享受居民基本医疗保险待遇后，按80%救助	500元	直接刷卡结算
	门诊大病/住院	市本级基本医疗保险市内定点住院医疗机构	起付线费用全额救助，符合基本医疗保险规定的个人现金支付部分按80%给予救助	12.5万元	

(五) 特殊人员用血医保支付待遇

患有血液系统恶性肿瘤、血友病和再生障碍性贫血，经由常州市中心血站核准不能享受血站免费用血，或者超出免费用血额度的，按照自付40%的比例将用血的项目纳入医保报销范围。

如何办理手续?患有以上三种疾病的参保人员需用血的，由二级以上医保定点医院肿瘤科、血液科副主任以上医师确认后，携带病历、身份证复印件至医师所在医院的医保办办理相关手续。

六、市外就医

(一) 市外转院转诊

1. 市外转院转诊如何办理?

办理市外转院转诊手续应先向具有市外转院转诊权限的三级医疗机构申请，经审批同意后由医院医保办通过市定点单位网上办事系统将信息上传至社保中心，中心确认后返回备案信息，参保人员可在医院直接打印《市外转院转诊备案表》。

2. 市外转院转诊如何报销?

参保人员办理市外转院转诊异地就医联网手续后，可持省社保卡至转往医院直接刷卡结算。若转往医院未实现联网结算，可先由个人现金垫付，后至办理转院转诊手续的医院医保办进行报销，携带材料以医院规定为准，医保基金支付比例在规定的市内就医支付标准的基础上降低10个百分点。

(二) 异地就医报销结算

1. 什么人可以申请异地就医?

长期在外地居住(6个月以上)的参保人员可以申请办理异地就医。

2. 如何申请异地就医?

由参保人员本人提出申请，在市人社局官网网上自助服务大厅、常州人社APP通过上传材料进行网上办理，或至政务服务中心1号楼一楼B区窗口办理异地就医手续。须提供的资料：(1)本人身份证及省社会保障卡；(2)居住地派出所证明或《居住证》；(3)在职人员需提供单位派驻异地工作的证明；(4)窗口代办需同时提供代办人身份证。已办理异地就医备案手续的参保人员可在安置地基本医疗保险定点医疗机构就医。

3. 异地就医有哪些注意事项?

异地就医自办理之日起生效，6个月内不能取消异地就医或变更安置地。未办异地就医审批手续，在异地发生的医疗费用(急诊、住院、门诊大病除外)不予报销补助。办理异地就医手续后，其省社会保障卡在本市医保定点单位的使用功能予以自动封锁(常州大市范围内除外)。

4. 长期住在金坛、溧阳的参保人员可以直接刷卡结算吗?

在金坛人民医院、金坛中医院、溧阳人民医院、溧阳中医院等已开通常州医保的定点单位，可以直接刷卡就医。后续新增医疗机构将陆续更新。

5. 办理上海异地就医的人员医疗费如何处理?

已办理过上海异地就医手续的参保人员，医疗费可以在市政务服务中心1号楼一楼B区审核报销，也可在上海市黄浦区医疗保险事务中心报销，地址：上海市鲁班路390号，电话：021-63030099。

6. 办理异地就医手续后医疗费如何报销?

请于工作日至政务服务中心1号楼一楼B区等候审核，报销须提供的资料：(1)本人和代办人身份证；(2)省社会保障卡；(3)有效发票原件；(4)清晰完整的医疗费用分类汇总清单；(5)门诊病历，出院记录(住院提供)；(6)参保人员本人银联借记卡。

7. 异地就医人员如何申请门诊慢性病、门诊大病?

已办理异地就医人员可持具有相关疾病的有效病历资料(根据上述各待遇享受具体要求)，到市政务服务中心1号楼一楼B区申请，按规定鉴定或办理准入手续。《常州市基本医疗保险门诊大病待遇申请表》可在人社局官网下载。

8. 未办理异地就医、市外转院转诊手续在外地发生的医疗费如何处理?

A、未办手续在异地患急病的参保人员，在医疗机构发生的医疗费用，凭门诊病历、出院记录、发票原件、清单、省社会保障卡、本人和代办人身份证、本人银联借记卡至市政务服务中心1号楼一楼B区审核，符合急诊规定的按我市市本级医保政策规定报销。

B、未办手续直接在外地医保定点医疗机构发生的医疗费用(限住院和门诊大病)，可携带社会保障卡、本人和代办人身份证、发票原件、清单、门诊病历、出院记录、本人银联借记卡至市社保中心申请补助，医保基金按照规定的市内就医支付标准的50%给予补助。

(三) 异地就医联网结算

1. 什么是异地就医联网结算?

我市参保人员按规定办理异地就医(市外转院)手续并确认联网结算后，在异地就医时直接刷卡结算就医费用。

2. 异地就医联网结算有哪几种?

省内联网结算和跨省联网结算两种。办理省内联网结算后，门诊、住院待遇均可联网结算；跨省联网结算按上级要求，目前仅支持住院待遇联网结算。

3. 什么人可以申请异地就医联网结算?

异地长期居住的参保人员；因病经参保地定点医疗机构诊断确需转异地医疗机构住院的参保人员。

4. 如何申请异地就医联网结算?

参保人员可在市人社局官网上自助服务大厅、常州人社APP通过上传材料进行网上办理，或至政务服务中心1号楼一楼B区申请办理方可联网结算。

A、异地长期居住人员须提供以下资料：(1)身份证及省社会保障卡；(2)居住地派出所证明或《居住证》；(3)在职人员需提供单位派驻异地工作的证明；(4)代办需同时提供代办人身份证。

B、市外转院人员办理市外转院转诊手续时可同时完成联网结算申请。

5. 异地就医联网结算有哪些注意事项?

A、异地就医联网结算，受就医地及其定点医院是否支持联网结算的限制。

B、办理联网结算后，在本市医保定点单位的使用功能予以自动封锁。

C、省外异地就医人员直接结算的住院医疗费，药品、诊疗项目、医疗服务设施等执行就医地规定的支付范围及有关规定，医保基金起付标准、支付比例执行参保地政策。因各地目录差异，直接结算与回参保地报销可能存在待遇差，属于正常现象。

七、其它

遗失、损坏省社会保障卡怎么办?

市民可拨打12333或登录常州社保微信公众号、常州人社APP、市人社局网办大厅进行临时挂失(社保功能临时挂失有效期为7天，逾期将自动解挂；金融功能临时挂失有效期按照合作银行规定执行)。社会保障卡正式挂失补卡，须本人携带有效证件原件至卡面对应银行相关网点办理正式挂失补卡手续，挂失补卡期间亟需就医的人员需本人凭有效证件原件至市政务服务中心1号楼一楼C区社会保障卡窗口申领社会保障临时卡。

如果您想进一步了解我市市本级职工医保政策规定及具体办理流程，可以致电0519-12333，或登录市人社局官网，同时敬请关注“常州社保”微信公众号。

