

12 月医保政策宣传内容之三

湖北省直医保政策待遇篇

1、省直医疗保险包括哪些待遇？

答：包括职工基本医疗保险、生育保险、大额医疗保险。其中：基本医疗保险待遇包括个人账户待遇、普通门诊统筹、门诊慢特病待遇，以及住院待遇。生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴。大额医疗保险用于超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额后的医疗费用支出。

2、公司补充医疗保险包括哪些待遇？

答：包括门诊补充待遇、住院补充待遇及健康管理等项目。主要对经基本、大额医疗保险报销后职工个人负担的医疗费用进行适当补助，旨在减轻参保职工的经济负担。

3、哪些医疗费用属于职工医保报销范围？

答：符合国家和湖北省基本医疗保险、工伤保险、生育保险药品目录，湖北省基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录等规定的政策范围内医药费用。

4、哪些医药费用不纳入职工医保支付范围？

答：应当从工伤保险基金中支付的；应当由第三人负担的；应当由公共卫生负担的；在境外就医的；体育健身、养生保健消费、健康体检；国家规定的不予支付的其他费用。遇对经济社会发展有重大影响的，经法定程序，可做临时调整。

5、在职人员和退休人员个人账户划入的比例或额度是多少？

答：纳入省直管理后，在职人员按本人上年度工资收入的 2% 标准缴纳的基本医疗保险费全部划入个人账户；退休人员按照每人每年 2400 元的标准，由省医保局按月平均配置个人账户。

6、纳入省直管理后原公司医保卡个人账户余额如何处理？

答：根据湖北省医保局统一安排，原公司医保卡上个人账户余额资金全部转移至湖北省级社会保障财政专户，配置到省直医保个人账户。

7、基本医疗保险个人账户使用范围有哪些？

答：个人账户可用于参保人员在定点医疗机构门诊和定点零售药店购药，以及支付参保人员及其家属（即配偶、父母、子女）在定点医药机构发生的政策范围内费用和由个人负担的医药费用。个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

个人账户本金和利息归个人所有，可以结转使用和继承。

8、什么叫普通门诊统筹？

答：普通门诊统筹是指参保人员在定点医药机构门诊就医购药发生的政策范围内费用，在年度起付线以上、最高限额以下部分，由省直基本医疗保险统筹基金按比例予以报销。

9、普通门诊统筹的起付标准、报销比例及医药费用年度限额分别是多少？

答：起付线以上、年度限额以下的政策范围内费用，按相应

比例报销，具体如下：

医药机构 级别	年度累计 起付线	统筹基金支付比例			年度医药费用 最高报销限额
		甲类	乙类	一次性医用材料	
一级 (定点药 店)	2400 元	80%	个人先自付 10%后，再按 甲类报销比例	单价 1 万元以内 (含) 60%；单价 1 万元至 3 万 (含) 50%；单价 3 万元以 上 40%。	50 岁以下 (含) 6000 元；50 岁以上 70 岁以下 (含) 8000 元；70 岁以上 1 万元。
二级		70%			
三级		60%			
部属三级		50%			

10、省直医保门诊慢特病有哪些病种，起付标准和报销比例分别是多少？

答：纳入门诊慢特病保障范围的病种暂定为恶性肿瘤（含白血病）门诊治疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、重性精神病人药物维持治疗、糖尿病胰岛素治疗、肺结核六种疾病。病种实行动态调整。门诊慢特病医疗费不设置起付标准，由统筹基金按照住院报销比例支付，具体如下：

起付线	分类	统筹基金支付比例				年度封顶线
		一级及以下 (定点药 店)	二级	三级	部属三级	
无	甲类	在职 90% 退休 92%	在职 85% 退休 87%	在职 78% 退休 80%	在职 65% 退休 67%	24 万元（普通门诊统筹、门诊慢特病及住院政策范围的医疗费用累计）
	乙类	先行自付 10%再按甲类报销				
	一次性医用材料费用	单价 1 万元以内 (含) 60%；单价 1 万元至 3 万 (含) 50%；单价 3 万元以上 40%。				

11、参保人员如何申请省直慢特病资质？公司现有特殊门诊患者中符合省直门诊慢特病资质的人员，是否需要重新申报？

答：省直门诊慢特病实行备案制管理。参保人员在二级及以

上医保定点医疗机构就医，被诊断为省直门诊慢特病六种疾病之一的，经办机构采信定点医疗机构诊断结果，实行备案制管理。

各参保单位原享受门诊慢特病待遇的参保人员，已被确定为以上六种疾病的，移交时不再进行重新认定，由经办机构集中办理备案，按规定享受新的门诊慢特病待遇；其他病种患者享受普通门诊统筹待遇。

12、基本医保住院起付线标准和报销比例分别是多少？

答：参保人员在定点医院发生的政策范围内费用，在起付标准以上、年度限额以下的，由统筹基金按比例支付。具体如下：

起付标准					统筹基金支付比例					年度封顶线
就诊次数	一级及以下	二级	三级	部属三级	分类	一级及以下	二级	三级	部属三级	24 万元 (普通门诊统筹、门诊慢特病及住院政策范围的医疗费用累计)
第 1 次	200	400	1000	2000	甲类	在职 90% 退休 92%	在职 85% 退休 87%	在职 78% 退休 80%	在职 65% 退休 67%	
					乙类	先行自付 10%再按甲类报销				
					一次性医用材料费用	单价 1 万元以内 (含) : 60% 单价 1 万元至 3 万 (含) : 50% 单价 3 万元以上: 40%				

说明：1.年度内 2 次 (含) 以上住院的，起付标准减半。

2. 参保人员住院期间，不能享受普通门诊统筹和门诊慢特病医保待遇。

13、发生多少医疗费用才能进入大额医疗保险报销，其基金支付封顶线是多少？

答：参保人员年度内发生普通门诊统筹、门诊慢特病及住院政策范围内的医疗费用累计超过 24 万元以上的部分，由大额医疗保险基金按 90%比例支付，年度累计最高支付额为 40 万元。

基本医疗保险、大额医疗保险等实行“一站式服务、一票制结算”。

温馨提示：医保政策咨询服务请拨打热线电话 4001147877