公司医疗保障政策宣传问答

一、在鄂中央企业和单位职工医保政策

1.公司医疗保障体系包括哪几部分？

答:包括省直职工基本医疗保险（含生育保险）、省直大额医疗保险，以及公司补充医疗保险和福利商业保险。

2.参加省直基本医疗保险的人员可以享受哪些医疗保险待遇？

答：省直基本医保待遇包括个人账户待遇、普通门诊统筹、门诊慢特病待遇及住院待遇。

3.基本医疗保险个人账户划入的比例或额度是多少？

答：在职职工本人缴纳的2%计入个人账户。退休人员按照每人每年2400元的标准，按月平均配置个人账户。

4.基本医疗保险个人账户使用范围有哪些？

答：按照《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号），个人账户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。可以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。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。

5.普通门诊统筹的起付标准和报销比例分别是多少？

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院级别 | 年度累计起付线（元） | 报销比例 | | 医药费用  最高限额 |
| 甲类比例（%） | 乙类比例（%） |
| 一级 | 2400 | 80 | 乙类项目由个人先自付10%后，再按甲类报销比例 | 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 |

6.门诊慢特病有哪些病种，如何申办？

答：目前门诊慢特病有六种：恶性肿瘤门诊治疗、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。

门诊慢特病不再鉴定审批，改为备案制，参保人员可以通过线上或线下渠道申报，还可以通过接诊的二级及以上医院提交相关病案资料，由医院代为申报备案。下一步还将开通互联网线上复诊、线下药品配送入户服务。

7.住院时的起付线和报销比例分别是多少？

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院级别 | 起付线（元） | 在职职工 | |
| 甲类报销比例（%） | 乙类项目由个人先行自付10%后，再按甲类比例报销 |
| 一级 | 200 | 90 |
| 二级 | 400 | 85 |
| 三级 | 1000 | 78 |
| 部属三级 | 2000 | 65 |

退休人员在此基础上增加2个百分点。

8.大病保险缴费有无变化，如何缴费？

答：参保人员在参加基本医疗保险、生育保险的同时，同步参加大额医疗保险。大额医疗保险费由参保人员个人承担，每月缴费标准原则上为上年度省直社保缴费基数标准的0.2%，2022年按13元/人.月，与基本医疗保险费实行一单核定，同步征收。退休人员由省医保服务中心从其配置的个人账户中按月划扣。

9.大额医保报销政策怎样？怎么报销？

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，年度累计最高支付限额40万元。与基本医疗保险一票制结算。

## 10.目前，在鄂中央企业职工医保定点医药机构有多少家？

答：定点医药机构范围扩大，在鄂中央企业原定点医药机构全部作为定点，基本涵盖武汉、十堰、襄阳三地主要医疗机构。第一批256家定点医药机构，其中定点医疗机构61家，定点零售药店195家，后面还将进一步扩大范围。在医保定点医药机构都可持医保卡住院报销，医疗费用通过医疗保障信息平台实行“一站式服务、一票制结算”。

11.参加生育保险人员可以享受哪些医疗保险待遇？

答：生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴。用人单位为职工缴纳生育保险费的次月起，按规定享受生育医疗费用待遇；连续足额缴纳职工医保费6个月的次月起，符合国家生育政策规定的，可享受各项生育待遇。灵活就业人员享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴。

12.参加生育保险男职工可以享受哪些生育保险遇？

答：参加生育保险男职工，其未参加基本医疗保险、生育保险的配偶，可享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴。参加生育保险男职工在配偶产假期间可享受15天的护理假和津贴，护理假津贴支付计算方式同产（休）假津贴一致。

13.生育医疗费用待遇类别和标准具体有哪些？

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 上线标准（元） |
| 受孕到产前检查 | 500 |
| 怀孕不满4个月流产 | 600 |
| 放置、取出节育环 | 200 |
| 顺产 | 3000 |
| 剖腹产 | 4000 |
| 怀孕不满4个月流产 | 800 |
| 4个月—7个月以下引（流）产 | 1500 |
| 7个月以上引（流）产 | 2000 |
| 更换宫内节育器 | 300 |
| 输卵管结扎术 | 1500 |
| 输精管结扎术 | 600 |

14. 哪些参保人员需要办理异地就医？

答：异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作等参保人员在湖北省内和长期居住地的异地就医时免备案（由参保单位集中提前办理）。因病需转湖北省外或长期居住地以外就医的，需办理异地转诊备案。发生异地就诊抢救的，可按规定补办备案手续。

15.参保人员如何办理异地转诊备案？

答：参保人员可以通过以下途径办理：

（1）所在企业（单位）医保经办机构现场办理。

（2）国家医保服务平台手机App。

（3）国家异地就医备案微信小程序。

（4）湖北省政务服务网。

（5）鄂汇办手机App。

16.异地就医如何办理直接结算手续？

答：办理过异地转诊备案的参保人员，凭社保卡在异地就医定点医药机构直接完成联网结算，个人仅需支付个人自负部分费用。

17.异地就医人员住院医疗费用报销比例是多少？

答：异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作等参保人员在异地就医定点医药机构就医的，起付标准和统筹基金支付比例参照省直同级别定点医药机构相应标准执行。

因病需转湖北省外或长期居住地以外就医的，需办理异地转诊备案，统筹基金支付比例在省直同级别定点医疗机构的基础上相应下降10个百分点。

未按规定办理备案，或在非异地就医定点医疗机构就医的，统筹基金支付比例在省直同级别定点医疗机构的基础上降低一半。

18.参保人员医疗费用在医药机构没有直接结算如何报销?

答：若因故未在医药机构实行联网直接结算的，参保人员可持医药费用发票、费用清单、出院小结、病历（处方）、社保卡（银行卡）等资料原件，回本所在企业(单位）申请手工（零星）报销。

19.职工基本医保连续缴费达到多少年限可以不缴费？

答：职工达到法定退休年龄按规定办理退休手续，基本医疗保险累计缴费年限（含视同缴费年限）男满30年、女满25年，且实际缴费年限满10年的，退休后不再缴纳基本医疗保险费，按规定享受基本医疗保险待遇。退休时缴费不满规定年限的，需按相关规定补缴。

在东风公司基本医疗保险缴费年限作为省直医疗保险的实际缴费年限。

20.社保卡遗失了如何补办？

答：社保卡丢失的，持卡人应当申请补领。社保卡的补领须在正式挂失后方可办理。社保卡有效期满的，卡损毁、卡面污损、残缺不能辨认的，持卡人相貌与卡面相片相差较大的，以及持卡人姓名、二代身份证号码变更、社会保障号码变更的，持卡人应申请换领社会保障卡。办理社会保障卡的补领和换领，持卡人须到卡面上合作银行办理挂失销户手续。办理方式：1、可在“湖北政务网”上申请制社会保障卡。2、相关银行现场制卡。推荐使用医保电子凭证。

21.如何申领医保电子凭证？

答：参保人可通过国家医保服务平台APP，或者通过微信、医保微信公众号、支付宝、合作金融机构（工商银行、中国银行、农业银行等）APP等经由国家医保局认证授权的第三方渠道申领。激活后不用携带医保卡，即可在基本医疗保险定点医药机构实现医保结算等业务。

22. 东风公司基本医疗保险什么时候移交，移交到哪里？

答：根据《在鄂中央企业和单位职工医疗保险实施办法（试行）》（鄂政办发〔2021〕26号）和《在鄂中央企业和单位职工医疗保险委托经办管理协议书》以及湖北省医疗保障局的工作安排，将于2022年1月1日起，东风公司基本医疗保险（含生育保险）、大额医疗保险移交湖北省省直统一管理。

**二、东风公司补充医疗保险政策**

1.制定职工补充医疗保险实施办法遵循的基本原则是什么？

答：（1）两不降一提高：不降低补充医疗保险投入总量，不降低补充医疗保险平均待遇水平，适当提高就医负担较重人员医疗待遇。

（2）重点倾斜：向罹患重病或大病、医疗负担较重、年龄较大等职工群体适度倾斜。

（3）对标服务领先：两个一（一站式服务、一票制结算，员工在定点医疗机构结算时一次性完成基本、大额、补充医疗保险赔付），十五字（就近看，就近办，直接报，报得快，少跑腿）。

2.公司补充医疗保险有哪些保障项目？

答：职工补充医疗保险主要对经基本、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，包括门诊和住院医疗费用理赔，退休人员的意外身故商业保险，以及健康管理和健康激励等项目。

3.公司补充医疗保险报销范围有哪些？

答：公司补充医疗保险报销范围包括在门诊、住院发生的个人自付费用和个人自费费用，均不含药店购药费用。

个人自付费用：职工就医发生的医疗费用中，属于《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管理、医疗服务设施范围和支付标准目录》（下称医保目录）范围内的甲、乙类费用，经基本、大额医疗保险赔付后，个人负担的门诊、住院医疗费用，其中包括基本、大额医疗保险政策范围内个人按比例支付部分，基本医疗保险起付线以下部分，大额医疗保险封顶线以上部分，乙类项目先行自付部分，协议期内谈判药品按比例自付部分；但不包括医保目录范围内超限价部分，待遇过渡期内二次报销统筹基金补偿部分，开展按病种、病组、床日等打包付费方式且由患者定额付费的费用，以及职工因异地就医等原因基本医疗保险统筹基金支付比例降低部分。

个人自费费用：职工就医发生的医疗费用中，治疗必须的，医保目录范围内但不属于甲、乙类的由个人支付的费用，不包含按照职工医疗保险规定应全部由个人支付费用。

4.公司优化后的补充医疗保险保障待遇如何？

答：（1）门诊补充待遇

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **适用疾病** | **保障项目** | | **保障待遇** |
| 肾透析  器官移植  恶性肿瘤等三种疾病 | 个人自付  费用 | 起付线 | 500元 |
| 可赔付费用 | 年度累计个人自付费用-起付线 |
| 赔付比例 | 80% |
| 个人自费  费用 | 起付线 | 5000元 |
| 可赔付费用 | 年度累计个人自费费用-起付线 |
| 赔付比例 | 50% |
| 其他疾病 | 个人自付  费用 | 起付线 | 500元 |
| 可赔付费用 | 年度累计个人自付费用-起付线 |
| 赔付比例 | 80% |
| 赔付限额 | 6000元 |

门诊补充自付费用报销比例提高，起付线降低。自费费用报销保留原待遇。

（2）住院补充待遇

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **适用对象** | **保障项目** | | **待遇衔接方案** |
| A类疾病  （肾透析  器官移植  恶性肿瘤等） | 个人自付  费用 | 可赔付费用 | 个人自付费用-基本医疗保险起付线 |
| 赔付比例 | 1万元以下（含）部分，80%  1万元以上、5万元以下（含）部分，90%  5万元以上部分，93% |
| 特殊情况 | 年满70岁的职工，当年起提高2个百分点 |
| 个人自费  费用 | 起付线 | 5000元 |
| 可赔付费用 | 个人自费费用-起付线 |
| 赔付比例 | 50% |
| 其他  疾病 | 个人自付  费用 | 起付线 | 500元 |
| 可赔付费用 | 个人自付费用-基本医疗保险起付线-起付线 |
| 赔付比例 | 1万元以下（含）部分，66%  1万元以上、5万元以下（含）部分，77%  5万元以上部分，83% |
| 特殊情况 | 年满70岁的职工，当年起提高2个百分点 |
| 个人自费  费用 | 起付线 | 1万元 |
| 可赔付费用 | 个人自费费用-起付线 |
| 赔付比例 | 50% |

住院自付费用报销比例提高，起付线降低。自费费用报销保留原待遇。

5.公司补充医疗保险管理和结算方式如何？

答：补充医疗保险由公司自建自管，结算报销纳入湖北省医疗保障信息平台管理。参保人员在定点医疗机构发生的门诊、住院医疗费用，补充医疗保险与基本医疗保险、大额医疗保险一起实施“一站式服务、一票制结算”。

6.省直医保门诊慢特病与公司特殊门诊有什么区别？

答：省直门诊慢特病病种数量少于公司特殊门诊，但保障待遇高于公司特殊门诊。

门诊慢特病是省直医保在普通门诊统筹的基础上，对部分费用较高病种实施的倾斜政策；省直医保已建立普通门诊统筹共济制度，覆盖了原公司特殊门诊部分病种，因此省直医保门诊慢特病病种数量相对较少。

特殊门诊是公司在未建立门诊统筹的情况下，为减轻罹患慢性病需在门诊长期治疗的职工经济负担，在公司基本医保范围内制定的保障政策，是针对特定人群的门诊统筹。

7.对肾透析、器官移植、恶性肿瘤病种公司补充医疗保险有什么政策倾斜？

答：肾透析、器官移植、恶性肿瘤等三种重病、大病患者需要长期治疗、费用较高、经济负担较重。针对此部分人员的门诊慢特病和住院就医，公司补充医疗保险采取调整起付线、提高报销比例、不设封顶线等措施进行倾斜。

8.公司补充医疗保险报销还需要提供申请资料吗？

答：按照一站式结算的规定，在定点医疗机构就医的参保人员，公司补充医疗保险与基本医疗（生育）保险、大额医疗保险的“一站式服务、一票制结算”，无需再提供任何申请资料。

未在定点医疗机构就医的参保人员，视不同类型，向公司医保管理部门提供以下申请资料：

（1）门诊：医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡或电子社保卡、医疗机构或药店收费票据、门急诊费用清单、处方底方。

（2）住院：医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡或电子社保卡、医疗机构收费票据、住院费用清单、出院记录（小结）或诊断证明。

其中意外伤害就医的应提供调查结论书或责任认定书、法院判决书、调解协议书等公检法等部门出具的相关证明材料复印件；急诊抢救的，应提供急诊诊断证明。无法提供相关材料的，应签署个人承诺书。