

2024 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,用人单位和在职职工按本人工资总额的相关标准缴纳,具体缴费费率见下表。

2024 年度全市职工基本医疗保险缴费基数下限为 4494 元/月,上限为 24042 元/月。

缴费费率标准

人员类别	单位			个人	
	职工基本医疗保险	生育保险	大病医疗统筹	职工基本医疗保险	大病医疗统筹
在职职工	8%	0.5%	0.5%	2%	0.3%
灵活就业人员	9.8% (职工基本医疗保险+大病医疗统筹)				

(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。

灵活就业人员首次参加职工医保的,缴费到账 2 个月后享受医保统筹待遇;未按时足额缴纳职工医保费用的,自第二个自然月起暂时停止享受职工医保待遇。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;其余情况中断期内不享受待遇,自重新缴费到账之日起执行 2 个月统筹待遇等待期,等待期内可享受个人账户待遇。

(三) 享受退休待遇的条件。1、医保退休年龄:职工依法办理退休手续、参加职工基本医疗保险的灵活就业人员达到国家规定的退休年龄;2、职工基本医疗保险累计缴费年限(包含按照国家规定认可的视同缴费年限和实际缴费年限)应满足男性满二十五年、女性满二十年。3、未达到规定年限的,可以继续按月缴费至规定年限,也可以按照规定一次性缴纳至规定年限(2024 年一次性基本医疗保险费封顶为 80604 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)便民服务中心、社区(村)便民服务站等基层服务平台办理参保手续。线上可通过“江苏医保云”APP、“泰州医保”微信公众号“掌上医保”办理。灵活就业人员参保费用原则上超过 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. 通过“江苏税务社保缴纳”微信小程序缴纳;3. 通过“江苏税务”APP、“泰州通”APP 缴纳。

二、基本医疗保险待遇

(一) 个人账户待遇。在职职工每月个人缴纳的基本医疗保险费计入个人账户,计入标准为本人参保缴费基数的 2%。2024 年 1 月 1 日前已享受医保退休待遇的,个人账户仍按照 2023 年划入金额按月定额划拨;2024 年当年退休的人员,自办理医保退休待遇手续次月起,个人账户划入金额按照 2022 年退休人员划账口径计算。

个人账户可用于支付本人及家庭成员的以下费用:

1、支付在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用,包括生育保险支付后个人负担的产前检查费用和生育医疗费用;

2、支付在本省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,并符合国家医保信息业务编码管理相关规定。医疗器械包括:口罩、新冠病毒抗原检测试剂、血压计、血糖测试仪、血糖试纸、一次性使用末梢采血针、笔式注射针、体温计、酒精消毒液、棉球、片,碘消毒液、棉球、片,棉签,创口贴;

3、其他可支付费用：（1）参加本市基本医疗保险的个人缴费；（2）参加长期护理保险、职工医保补充保险的费用；（3）购买江苏省和本市政府指导的、与基本医疗保险相衔接的商业补充医疗保险产品；（4）享受退休人员医保待遇缴费年限不足时的一次性趸交职工医保费（其中与医保经办机构签订了分期缴费协议的困难人员，可用于本人分期缴纳）；（5）应由个人承担的家庭医生签约服务费；

4、符合国家医保信息业务编码管理的非免疫规划疫苗费用。

职工基本医疗保险参保人员有下列情形的，可以办理基本医疗保险关系终止，参保人员本人、继承人可以申请一次性支取个人账户余额：

- （1）参保人员死亡的；
- （2）因出国定居、移居境外等原因主动放弃基本医疗保险参保关系的；
- （3）法律法规规定的其他符合基本医疗保险参保关系终止的情形。

除上述情形外，参保人员不可申请一次性支取个人账户余额。参保人员办理基本医疗保险参保关系终止后不再享受基本医疗保险待遇。

（二）普通门诊。

一般诊疗费：职工医保普通门诊发生的一般诊疗费，医保基金支付标准为：社区卫生服务中心、乡镇卫生院为8元/人次，实行乡镇一体化管理的社区卫生服务站、村卫生室为4元/人次，参保人员在同一定点医疗机构门诊就医以及换药、针灸、理疗、推拿等一个疗程内，统筹基金仅支付一次一般诊疗费。

门诊诊察费：参保人员在泰州市人民医院、泰州市中医院、泰州市中西医结合医院、泰州市口腔医院、泰州市疾病预防控制中心、泰州市妇幼保健所、泰州市第二人民医院、泰州市第三人民医院、泰州市第四人民医院、泰州市高港区中医院、泰州市姜堰中医院、泰州市第五人民医院这12家定点医院发生的门诊诊察费，职工基本医疗保险统筹基金按最高不超过6元/次的标准报销（不足6元的按实报销）。

（三）门诊统筹待遇。职工医保参保人员在门诊统筹定点医药机构发生的符合基本医疗保险政策范围内的普通门诊费用，在起付标准以上、最高支付限额以下的部分，由职工医保统筹基金按比例支付。一个医保结算年度内，起付标准为在职人员800元/年、退休人员500元/年；最高支付限额为9000元/年（指政策范围内医疗费用）。参保人员在市内定点医疗机构发生的符合规定的费用，一级及以下定点医疗机构报销75%、二级及以上定点医疗机构报销65%，退休人员基于上述标准提高5个百分点。

一个医保结算年度内，参保人员凭定点医药机构处方在职工医保门诊统筹定点零售药店发生的符合政策范围内的药品费用，在门诊统筹起付标准以上、3000元(含)以下的，统筹基金支付比例为70%，退休人员基于上述标准提高5个百分点，且计入职工医保门诊统筹年度医疗费用最高支付限额9000元以内。

参保人员在市外定点医药机构发生的符合规定的费用，办理了异地就医、转诊备案的，待遇与在市内相同，未按照规定备案的，报销比例下降10个百分点。

职工医保门诊统筹定点零售药店为参保人员提供的配送服务费用，不纳入医保支付范围。

职工医保门诊统筹费用报销标准

		在职	退休
起付线		800	500
医院报销比例	一级及以下	75%	80%
	二级、三级	65%	70%
药店报销比例		70%	75%
		起付线以上—3000元以下	
整体封顶线		医疗费用9000元（政策范围内费用）	

（四）门诊慢性病待遇。职工医保门诊慢性病共41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、骨结核、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/多发性皮肤炎、阿尔茨海默症等共 15 种。

三类门诊慢性病：强直性脊柱炎、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、系统性硬化症、运动神经元病、重症肌无力、自身免疫性溶血性贫血等共 11 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，起付标准与职工医保普通门诊费用统筹共用一个起付标准，为在职人员 800 元/年、退休人员 500 元/年，超出起付标准以上一级及以下定点医疗机构报销 75%、二级及以上定点医疗机构报销 65%，退休人员基于上述标准提高 5 个百分点。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%。已办理高血压、糖尿病门诊慢性病备案的参保人员，在我市国谈药双通道定点零售药店发生的符合规定的费用，报销比例暂按 75% 执行。

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。

（五）门诊特殊病待遇。参保人员在门诊进行恶性肿瘤（含白血病）放疗、化疗、介入治疗、生物靶向药物治疗、内分泌治疗，慢性肾功能衰竭（慢性肾脏病 3 期及以上）血液透析、腹膜透析、非透析治疗，血友病，器官移植抗排异治疗，再生障碍性贫血，系统性红斑狼疮，肺结核，骨髓纤维化，骨髓增生异常综合症，颅内良性肿瘤等疾病治疗时，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。

（六）精神病门诊、住院待遇。患精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双向情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍、抑郁症的参保人员，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，不设起付标准，12000 元以内按实报销，12000 元以上的职工基本医疗保险参保人员报销比例为 95%；超限额部分未按规定备案的，报销比例下降 10 个百分点。

在本市医保定点的精神专科医院和设置精神科且签订协议的医疗机构住院治疗，发生的政策范围内费用实行按床日付费限额结算；在市外定点医疗机构住院治疗发生的政策范围内费用，异地联网实时结算的按普通住院待遇结算，未联网实时结算的可选择按普通住院待遇结算或按床日付费限额结算。按床日付费限额标准按照本市定点精神医疗机构结算标准执行，支付标准为：一级及以下定点专科医院为 180 元/天，二级及以上定点专科医院为 240 元/天，三级定点专科医院为 370 元/天。政策范围内费用在限额标准以内的，按实结算；超出限额标准的，在本市定点精神医疗机构治疗的由医院承担，在市外定点医疗机构治疗的纳入大病保险报销范围按规定报销。

职工精神病住院待遇

精神病住院 (符合范围内医疗费用)	项目	本地医院			异地就医
		三级	二级	一级	
	支付标准	370 元/天	240 元/天	180 元/天	办理了异地就医、转诊备案的，异地实时结算的按市内普通住院待遇结算，未联网实时结算的按市内床日付费限额结算或按市内普通住院待遇结算；未按照规定备案的，异地实时结算的按市内普通住院报销比例下降 10 个百分点，未联网实时结算的按市内床日付费限额结算或按市内普通住院报销比例下降 10 个百分点。

(七) 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%	95%	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%		96%	
		9 万以上	95%			

(1) 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,经基本医保和大病统筹报销后,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。

(2) 政策范围内门(急)诊医疗费用按规定参照住院待遇报销的情形:经定点医疗机构急诊处置为 1 级的濒危病人和 2 级的危重病人,在门(急)诊紧急抢救的;经定点医疗机构急诊处置为 3 级的急症病人,在门(急)诊明确需要留院观察,并且在留院观察后直接转住院的。

(八) 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、大病统筹基金、国家公务员补助或企业补充医疗保险报销后,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:起付线以上至 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%。

(九) 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门诊特殊病、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 50%,在一个医疗保险结算年度内,最高支付限额为 10 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门诊特殊病、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。

(十) 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报销 80%,每月最高支付限额不超过 600 元,低于 600 元的按实结付。

(十一) 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。参保女职工在定点医疗机构产前检查发生的政策范围内费用限额内个人不负担,限额标准为 1200 元,超过限额标准的由参保人员承担。参保女职工因分娩住院发生的政策范围内费用,二级及以下定点医疗机构个人不负担,在本市三级定点医疗机构发生的政策范围内费用,实时结算的个人不负担;未实时结算的或在外地三级定点医疗机构发生的政策范围内费用,低于限额标准的个人不负担,高于限额标准的报销 80%,限额标准为:顺产 3000 元、剖宫产 4000 元。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,应优先使用就医凭证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提供身份证号、

姓名进行备案，报销比例参照我市未办理转诊、异地就医备案手续的政策执行。

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备案、国谈药“双通道”单独支付药品申请等事项。

四、就医凭证

（一）医保电子凭证

参保人员就医购药可以通过医保电子凭证扫码支付，无需再携带社会保障卡。可通过以下6个渠道申领并激活医保电子凭证：

- 1、微信关注“我的医保”公众号，点击“医保凭证”、“激活凭证”，进行申领激活；
- 2、下载“泰州通”手机APP，点击首页“医保凭证”，进行申领激活；
- 3、进入支付宝，依次选择“市民中心”、“医保”、“医保电子凭证”，进行申领激活；
- 4、下载“江苏医保云”手机APP，选择“医保电子凭证”，进行申领激活；
- 5、下载“国家医保服务平台”手机APP，选择“医保电子凭证”，进行申领激活；
- 6、通过工商银行、农村商业银行、建设银行、农业银行、交通银行等商业银行手机APP医保电子凭证专区，进行申领激活。

（二）社会保障卡

1、首次申领社会保障卡

（1）线下首次申领：申请人携带有效身份证件至社会保障卡服务网点申请办理实体社保卡和签发电子社保卡，不满16周岁的申请人须由法定监护人携带双方有效身份证件（金融业务有特殊要求的，按其合作金融机构相关规定）代为办理，7周岁以上人员需采集照片信息。在社会保障卡金融服务网点办理社保卡首次申请、补卡或换卡，即办即取；在人社经办机构基层服务网点办理社保卡上述业务，自受理之日起5个工作日后，申请人或代理人携带有效身份证件前往原受理服务网点领卡。领卡时，申请人需认真核对卡面个人信息。通过“泰州人社”微信公众号中的“社保卡网点地图”功能，可查询最近的社保卡金融服务网点，就近享受社保卡服务。

（2）线上首次申领：申请人通过线上服务渠道（江苏智慧人社APP）完成认证后，系统自动获取申请人基础信息和照片，申请人需准确填写邮寄地址、发卡地、合作金融机构等信息，依据提示完成首次申请办卡流程。若系统未能获取申请人基础信息和照片，申请人则需通过线下服务渠道申请。申请人通过线上服务渠道办理社保卡首次申请或补卡成功后，卡片采用邮政（EMS）到付的方式寄送。收到社保卡后，申请人需在线上服务渠道完成启用确认。

2、社保卡挂失、补卡

（1）临时挂失和解除临时挂失。社保卡临时挂失可通过12333服务热线办理，有效期为7天，若临时挂失期内社保卡找回，持卡人可通过12333服务热线办理解除临时挂失。若临时挂失后已办理正式挂失手续，则不能再办理解除临时挂失业务。市民卡功能挂失业务，按照市民卡公司相关规定办理。金融功能临时挂失和解除临时挂失按照其合作金融机构相关规定办理。

（2）正式挂失和解除正式挂失。

线上办理：持卡人可通过线上服务渠道办理正式挂失（金融功能不同步挂失）。若社保卡找回，持卡人可通过线上服务渠道办理解除正式挂失。正式挂失后已办理补卡手续，不能再办理解除正式挂失业务。市民卡功能挂失业务，按照市民卡公司相关规定办理。金融功能正式挂失和解除正式挂失按照其合作金融机构相关规定办理。

线下办理：持卡人携带有效身份证件可在其卡面标示合作金融机构全省范围内任意服务网点办理社保卡正式挂失。若社保卡找回，持卡人须到原挂失受理的合作金融机构服务网点办理解除正式挂失。合作金融机构与人社经办机构系统实时同步金融功能状态。正式挂失后已办理补卡手续，不能再办理解除正式挂失业务。市民卡功能挂失业务，按照市民卡公司相关规定办理。

办理补卡。持卡人办理社保卡正式挂失成功后，可通过线上或线下服务渠道办理补卡。

五、业务办理和查询渠道

（一）泰州市医保经办服务已实行全市通办，用人单位和市民办理医保业务可就近到泰州市医疗保险经办机构

办理。

(二) 参保人员下载“江苏医保云”APP、关注“泰州医保”微信公众号、登陆“江苏医疗保障网上办事大厅”，可办理单位参保登记、人员增减、医保报销、医保关系转移、异地就医、生育报销等个人业务，查询个人参保缴费、医保相关政策、药品目录等信息。

(三) 全市所有乡镇（街道）为民服务中心均已建成“15分钟医保服务圈”，可以办理单位参保登记、职工参保和参保信息变更登记、参保信息查询、出具《参保凭证》、参保人员异地就医备案、参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定等医保业务，并提供参保人员医疗费用手工（零星）报销帮办代办服务。

(四) 一级及以上定点医疗机构均设有“医保为民服务点”，可以提供以下医保服务：

一级定点医疗机构：意外伤害就诊登记、生育登记、医保信息查询、医保政策业务咨询等；

二级及以上定点医疗机构：参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定、国谈药双通道待遇认定、市外转诊备案、意外伤害就诊登记、生育登记、医保信息查询、医保政策业务咨询等。

(五) 邮政储蓄银行、农村商业银行等部分营业网点设有“医保便民服务点”，可以提供灵活就业人员医保缴费、医保信息查询、医保政策业务咨询等医保便民服务。

六、本宣传单有效期为2024年1月1日至2024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
2023.12



扫一扫下载“泰州通”APP



微信扫一扫
领取医保码



支付宝扫一扫
快速领取医保码



扫一扫下载安装江苏医保云APP



“江苏税务社保缴纳”微信小程序