

四、基本医疗保险中断缴费处理办法

1.自谋职业人员：在一个结算年度（每年7月至次年6月）内，参保人员欠缴基本医疗保险费用三个月以上的，基本医疗保险将作中断处理。以后要求重新参保的，必须先足额补缴中断期间的基本医疗保险费，再连续足额缴纳满6个月后，方可恢复正常参保的医疗保险待遇（6个月内按照新参保人员享受）。若不补缴的，基本医疗保险年限重新计算。

2.单位参保人员：用人单位及参保职工中断缴费或不按规定缴纳基本医疗保险费的，从欠费次月起暂停该单位所有职工的基本医疗保险待遇。中断缴费后要求再次参保的，必须先足额补缴中断期间的基本医疗保险费，再连续足额缴纳满6个月后，方可恢复正常参保的医疗保险待遇（6个月内按照新参保人员享受）。补缴的费用按照补缴时的缴费基数和比例，属于用人单位的由用人单位补缴，属于个人的由个人补缴。若不补缴的，基本医疗保险缴费年限重新计算。

五、不纳入基本医疗保险基金支付范围的医疗费用

根据政策规定，下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- 1.应当从工伤保险基金中支付的；
- 2.应当由第三人负担的；
- 3.应当由公共卫生负担的；
- 4.在境外就医的。
- 5.故意犯罪造成自身伤害发生的；
- 6.因美容、整形等非基本医疗需要发生的；
- 7.非基本医疗保险定点医疗机构（零售药店）发生的；
- 8.其他法律、法规规定不予支付的。

咨询电话：**12333 87231691 89232752**

海宁市社会保障管理中心

2016年7月 编

职工基本医疗保险政策介绍

一、门诊

1.门诊个人账户支付。职工基本医疗保险实行个人账户制度，个人账户标准按参保人员缴费基数和实际年龄确定，主要用于定点医疗机构的门诊和定点零售药店的购药。

2.门诊统筹补助。企业职工基本医疗保险参保人员当年个人账户额度资金用完后，符合职工基本医疗保险支付范围的门诊医疗费用在6000元以内部分，在职职工自费500元、退休人员自费300元后，在社区卫生服务中心（站）的，由统筹基金给予80%的补助；在其它定点医疗机构的，由统筹基金给予50%的补助，在我市定点零售药店购药的，由统筹基金给予30%的补助。

3.个人账户标准。每年的7月1日至次年的6月30日为一个结算年度，2016年7月至2017年6月期间，职工基本医疗保险个人账户的划入标准为：

类别	年龄段	月缴费基数	个人账户比例	个人账户金额（月）	个人账户金额（年）	
在职人员	企业	35周岁以下	4350	3.5%	152.25	1827
	参保	35（含）-45周岁	4350	4.0%	174	2088
		45周岁（含）-退	4350	4.5%	195.75	2349
	自谋职业人员	35周岁以下	2610	3.5%	91.35	1096.2
		35（含）-45周岁	2610	4.0%	104.4	1252.8
		45周岁（含）-退	2610	4.5%	117.45	1409.4
退休人员	75周岁以下	4350	5.0%	217.5	2610	
	75（含）周岁以上	4350	5.5%	239.25	2871	
	建国前参加革命工作老工人	4350	6.0%	261	3132	

4.门诊统筹补助标准。2016年7月至2017年6月期间，职工基本医疗保险门诊统筹补助标准为：

类别	年龄段	门诊起付标准		报销比例			最高补助
		门诊起付额度	自负段	社区卫生服务中心	其他定点医疗机构	定点零售药店	
在职人员	35周岁以下	1827	500	80%	50%	30%	1650-4400
	35(含)-45周岁	2088	500	80%	50%	30%	1650-4400
	45周岁(含)-退休	2349	500	80%	50%	30%	1650-4400
退休人员	75周岁以下	2610	300	80%	50%	30%	1710-4560
	75(含)周岁以上	2871	300	80%	50%	30%	1710-4560

符合基本医疗保险规定支付范围的住院医疗费用（包括门诊规定病和家庭病床），经基本医疗保险报销（含各类补助）后，个人累计自负医疗费用超过1.5万元（不含）至5万元部分按55%比例补助，5万元（不含）以上部分按70%比例补助。

4.医疗保险基金的正常支付比例

基本医疗保险统筹基金和大病保险基金的支付比例见下表：

基金类别	符合医疗保险规定的医疗费用	统筹基金报销比例					
		在职人员			退休（职）人员		
		一级医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构	一级医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构
基本医疗保险统筹基金	起付标准至20万元	90%	85%	80%	95%	90%	85%
大病保险补助基金	20万元以上	85%			85%		
大病保险超额补助	1.5万元（不含）至5万元	55%			55%		
	5万元（不含）以上部分	70%			70%		

二、住院

基本医疗保险统筹基金的支付实行起付标准和最高支付限额制度，并对最高支付限额以上、个人自负超额部分医疗费用建立大病保险制度。

1.起付标准。参保人员在定点医疗机构发生的符合基本医疗保险规定支付范围的住院医疗费用，按照不同医疗机构级别设置统筹基金住院起付标准：一级及以下医疗机构（社区卫生服务机构）300元，二级（县级）医疗机构500元，三级（市级）医疗机构800元。住院起付标准按次计收。在一个结算年度内，住院起付标准最多按两次计收，第三次及以后住院不设起付标准；住院期间发生转院的，起付标准按高级别医院标准计算。

2.统筹基金支付。符合基本医疗保险支付范围的医疗费用在20万元以内的住院医疗费用由基本医疗保险统筹基金按比例支付，超过20万元以上的医疗费用由大病保险基金按规定给予支付。

3.大病保险基金支付。大病保险基金补助包括两个部分：

（1）参保人员在一个医疗保险结算年度内，在定点医疗机构发生的符合基本医疗保险规定支付范围的住院（包括家庭病床和规定病种门诊）费用超过20万元以上的部分，由大病保险基金补助85%，上不封顶。

（2）参保人员在一个医疗保险结算年度内，在定点医疗机构发生的

三、首次参保人员发生的住院医疗费用的报销政策

首次参保人员按规定在正常缴费人员的住院医疗费用报销比例基础上予以下降，连续缴费满两年以上，发生的符合医保规定的住院医疗费用按规定给予正常报销。连续缴费不满两年期间发生的符合医保规定住院医疗费用，具体报销比例见下表。

基金类别	符合医疗保险规定的医疗费用	不满一年			满一年不满二年		
		一级医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构	一级医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构
基本医疗保险统筹基金	起付标准至20万元	80%	75%	70%	85%	80%	75%
大病保险补助基金	20万元以上	75%			80%		
大病保险超额补助	1.5万元至5万元(含)	45%			50%		
	5万元以上部分	60%			65%		