

2022 年中山市职工医疗保险缴费标准及待遇表

(2022 年 12 月版)

参保人群及缴费基数	缴费比例和金额		险种和最高支付限额	医保待遇							
	统账结合	单建统筹		普通门诊待遇（不设起付标准）							
			医保费用	统账结合统筹支付		单建统筹统筹支付					
				在职	退休	在职	退休				
用人单位及职工 个人缴费基数为本人月工资收入，（设定上下限）	用人单位 4.8%； 个人 2.0%	用人单位 3.1%； 个人 0.7%	社区定点医疗机构	80%	82%	70%	72%				
			镇街级定点医疗机构	70%	72%	60%	62%				
			市直属（含直管）定点医疗机构（转诊后）	60%	62%	50%	52%				
			市直属（含直管）定点医疗机构（选点后）	50%	52%	/	/				
			年度最高支付限额	3166 元		2374 元					
灵活就业人员（3950-19790 元之间选择）	个人 6.0%	个人 3.0%	一类门诊特定病种待遇（不设起付标准）								
失业人员 6590 元	统账结合：失业基金 6.0%		种类：精神分裂症、分裂情感性障碍、持久的妄想性障碍（偏执性精神病）、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍 年度最高支付限额：6000 元	种类：肾脏移植术后抗排斥治疗、造血干细胞移植术后抗排斥治疗、心脏移植术后抗排斥治疗、肺脏移植术后抗排斥治疗、慢性肾功能不全（血透治疗）、慢性肾功能不全（腹透治疗）、肝脏移植术后抗排斥治疗、血友病、恶性肿瘤（化疗、含生物靶向药物、内分泌治疗）、恶性肿瘤（放疗）、艾滋病、活动性肺结核、耐多药肺结核、精神分裂症（长效针剂） 年度最高支付限额：所有险种年度最高支付限额							
工伤残退职工 6590 元	统账结合：工伤基金 4%，个人 2%		报销比例：诊治门诊特定病种的医保费用，按相应职工基本医疗保险参保类型的市内同级别定点医疗机构住院支付比例标准								
退役士兵 6590 元	统账结合：财政 4.8%，个人 2%		二类门诊特定病种待遇（不设起付标准）								
残疾军人 6590 元	用人单位 4.8%， 财政 2%； 未就业的财政 6%	用人单位 3.1%， 财政 0.7%	种类：慢性阻塞性肺疾病、高血压病、冠心病、慢性心功能不全、糖尿病、类风湿关节炎、帕金森病、癫痫、脑血管疾病后遗症、强直性脊柱炎、克罗恩病、重症肌无力、小儿脑性瘫痪、房颤（抗凝治疗）、甲状旁腺功能减退症 年度最高支付限额：统账结合 12000 元；单建统筹 8000 元	种类：肝硬化（失代偿期）、慢性肾功能不全（非透析治疗）、恶性肿瘤（非放化疗）、系统性红斑狼疮、慢性乙型肝炎、丙型肝炎（HCV RNA 阳性）、肾病综合征、地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）、再生障碍性贫血、肺动脉高压、支气管哮喘、骨髓纤维化、骨髓增生异常综合症、c 型尼曼匹克病、肢端肥大症、银屑病、溃疡性结肠炎、湿性年龄相关性黄斑变性、糖尿病黄斑水肿、脉络膜新生血管、视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿、新冠肺炎出院患者门诊康复治疗、多发性硬化 年度最高支付限额：12000 元							
达到法定退休年龄按月缴费人员（6590 元）	个人 4%	个人 2.3%	报销比例：诊治门诊特定病种的医保费用，统账结合统筹支付 80%；单建统筹统筹支付 70%								
			个人账户：统账结合参保人建立个人账户，逐月缴费的人员按个人缴费基数的 2% 计入，退休人员按月缴费期间不计发个人账户，退休完成一次性缴费人员按每月 133 元的标准计入。								
			住院待遇（含日间手术）								
			医保费用	起付标准/元		统账结合统筹支付		单建统筹统筹支付			
				住院	日间手术	在职	退休	在职	退休		
			起付标准至年度最高支付限额部分	一级医院	400	200	95%	97%	92%	94%	
				二级医院	600	400	92%	94%	90%	92%	
				三级医院	800	600	90%	92%	85%	87%	
				办理有效的异地就医备案或市外转诊手续	按市内同级定点医疗机构起付标准和支付比例报销						
			年度最高支付限额	<1 年		316656 元		158328 元			
				≥1 年		949968 元		633312 元			
参加职工基本医疗保险的参保人，个人无需缴费			大病医疗保险 统账 949968 元 单建 633312 元	住院和门特享受基本医疗保险待遇后，同一医保年度内个人支付的医保费用累计		统账结合人员		单建统筹人员			
				起付标准		统筹支付		起付标准		统筹支付	
				4000 元<自付≤8000 元		80%		15000 元<自付≤30000 元		60%	
				自付>8000 元		85%		自付>30000 元		65%	
			最高支付限额	<1 年		316656 元		<1 年		158328 元	
				≥1 年		633312 元		≥1 年		316656 元	

中山市社会医疗保险就医指南

(2022 医保年度统账结合职工基本+大病最高统筹限额: 1583280 元)

(2022 医保年度单建统筹职工基本+大病最高统筹限额: 949968 元)

一、就医须知

1. 参保人员在定点医药机构就医购药时, 应主动表明参保身份, 出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证, 遵守就医就医、购药有关流程和规范。

2. 参保人住院, 应凭本人身份证或社会保障卡等办理入院登记手续; 经定点医疗机构核实身份和审核通过待遇资格的, 出院时进行联网结算。

3. 参保人入院时因特殊原因暂不能出示身份证或社会保障卡等的, 应向定点医疗机构说明原因, 并于入院后 3 天内出示。参保人出院时仍不能出示的, 先按定点医疗机构要求交足住院押金, 暂不结算医疗费用, 待出示本人身份证或社会保障卡等后, 再结算此次住院医疗费用。

4. 参保人因病情需要市内转诊(仅限我市上下级定点医疗机构间), 由转出定点医疗机构按规定为其办理转诊手续后, 参保人于次日内在转入定点医疗机构办理入院手续的, 可连续计算住院起付标准。

二、普通门诊选点和转诊制度

1. 参保人应当选定 1 个镇街(或片区, 下同)社区卫生服务中心(含其管辖的定点社区卫生服务站、镇街级定点医疗机构)为其普通门诊统筹定点医疗机构。参保人如需变更普通门诊统筹定点医疗机构的, 按规定办理变更手续, 自办理变更手续的次月起, 到变更后的定点医疗机构就医, 按规定享受相应的普通门诊统筹待遇。

2. 统账结合职工基本医疗保险参保人在选定普通门诊统筹定点医疗机构后, 可再选定 1 家本市直属(含直管)定点医疗机构作为其普通门诊统筹门诊共济定点医疗机构。参保人如需变更普通门诊统筹门诊共济定点医疗机构的, 应当按有关规定办理变更手续, 办理变更手续后即时生效, 到变更后定点医疗机构就医, 按规定享受相应的普通门诊统筹待遇。

3. 因病情需要从镇街转至本市直属(含直管)定点医疗机构就医发生的医保费用, 统账结合职工基本医疗保险统筹基金支付 60%、单建统筹职工基本医疗保险统筹基金支付 50%, 需在次日内就医方可享受普通门诊转诊待遇; 如参保人选定的镇街未设镇街级定点医疗机构的, 可在选定的社区卫生服务中心(含其管辖的定点社区卫生服务站)办理转诊手续。

4. 本市直属(含直管)定点医疗机构包括: 市人民医院、市中医院、市博爱医院、市第二人民医院、市第三人民医院、中山市骨科医院。

三、门诊特定病种认定及续期流程

1. 符合门诊特定病种准入标准的参保人, 应选择具备相应门诊特定病种服务资格的定点医疗机构进行认定和就医。

2. 参保人向具备相应认定资格的定点医疗机构提出门诊特定病种认定申请, 符合准入标准的, 待遇享受有效期自定点医疗机构按照规定将认定信息上传至医保系统备案之日起, 按照自然日计算, 到期自动终止。

3. 门特选点要求: 一类门特选择 1 家符合条件的作为费用结算机构。二类门特参加单建统筹的选择 1 至 3 家符合条件的作为费用结算机构(已办理异地就医备案的在备案就医地选定 1 家), 除患传染类疾病门诊特定病种外, 其中至少 1 家为社区定点医疗机构; 参加统账结合的可在本市定点医药机构中选定符合条件的作为其门诊特定病种费用结算机构(已办理异地就医备案的, 在备案就医地选定符合条件的作为其门特费用结算医疗机构)。

4. 参保人选定门诊特定病种定点医疗机构后, 原则上 1 年内不能变更。在待遇有效期内, 参保人确因病情需要、居住地迁移、工作地址变更、定点医疗机构门诊特定病种服务范围变动等情形需要变更门诊特定病种定点医疗机构的, 持本人医疗保障凭证及相关证明材料到市行政服务中心医保服务窗口或各镇街医保职能部门窗口办理变更手续, 变更成功次日生效。

5. 参保人门诊特定病种待遇在有效期结束后自动失效, 如需继续享受的, 可在有效期满前 30 日内或在有效期终止后 30 日内向定点医疗机构申请办理续期。续期流程按照认定流程执行。

四、异地就医备案手续

符合异地安置退休人员、异地长期居住人员和常驻异地工作人员条件的参保人, 提供相应材料到“粤医保”小程序自助办理或到市行政服务中心医保服务窗口或各镇街医保服务窗口备案登记, 选择一个异地统筹区作为就医地。已上线联网结算医院可在国家医保服务平台网站(<http://fuwu.nhsa.gov.cn>)查询。

五、异地转诊手续

1. 符合市外转诊条件从本市定点医疗机构转往市外医院就医的, 需由本市具有转诊资格的定点医疗机构主管医生开具市外转诊审批表, 并经科主任、医务科审批同意后, 方可转诊。参保人患本市无抢救条件的急、危重病, 经首诊定点医疗机构医务科科长或分管院长同意后可先行转诊, 定点医疗机构应在 3 个工作日内将转诊信息上传至医保信息系统, 为参保人补办异地转诊备案手续。

2. 异地住院又需转诊的, 原则上转回市内定点医疗机构, 确需转往当地其他医院的, 应由转出医院提出申请, 由参保人或用人单位报原转出定点医疗机构、市行政服务中心医保服务窗口或各镇街医保服务窗口办理异地就医再转诊备案手续审批。

3. 参保人已办理异地转诊手续, 只限在选定转诊的定点医疗机构就医, 自转诊备案成功之日起 6 个月内有效。参保人每次异地转诊备案手续可享受 6 个月内本次备案的同一种疾病多次住院待遇及多次门诊统筹待遇。治疗超过 6 个月或超过 6 个月仍未就医的, 应重新办理异地转诊手续。

4. 本市具有异地转诊资格的定点医疗机构: 中山市人民医院、中山市中医院、中山市博爱医院、中山市第二人民医院、中山市第三人民医院(限精神疾病)、中山市小榄人民医院、中山市骨科医院、江门市中心医院、江门市五邑中医院。

六、异地就医报销待遇

1. 已办理有效异地就医备案或有效转诊手续的, 住院和门诊特定病种按市内同级医院待遇支付。异地普通门诊年度最高支付限额为普通门诊医疗费用全年包干费额度, 单建统筹职工基本医疗保险统筹支付 20%, 统账结合职工基本医疗保险医保统筹支付 40%。

2. 参保人自行到市外定点医疗机构住院和符合转诊条件但未办理转诊手续的门诊特定病种发生的医保费用的 70%按规定予以报销。自行到非定点医疗机构发生的医疗费用, 除急诊、抢救外, 城乡居民基本医疗保险统筹基金不予支付。

3. 参保人因紧急救治和抢救需要等发生临时异地住院的, 应持本人医疗保障凭证、急诊诊断证明等资料在出院前向市医疗保障经办机构或各镇街医疗保障职能部门申请补办异地急诊备案手续, 按市内同级医院待遇支付。

4. 未能联网结算的异地住院或门诊医疗费用先由个人垫付, 可自门诊就医日或出院日起 1 年内到市行政服务中心医保服务窗口或各镇街医保职能部门窗口办理医疗费用零星报销。

咨询热线: 0760-12345 微信公众号: ZSSYLBZJ 中山市医疗保障局官网网址: <http://hsa.zs.gov.cn/>