

武汉市医疗保障局文件

武医保规〔2022〕2号

武汉市医疗保障局关于印发《武汉市职工基本医疗保险实施细则》的通知

各区医疗保障局，局机关各处室，市医保中心：

经局长办公会同意，现将《武汉市职工基本医疗保险实施细则》印发给你们，请认真抓好贯彻落实。



武汉市职工基本医疗保险实施细则

第一章 总则

第一条 为保障我市职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）参保人员合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《武汉市基本医疗保险办法》（武汉市人民政府令第313号）等有关规定，制定本细则。

第二条 本市统筹范围内的用人单位及其职工、灵活就业人员和退休人员的职工医保有关事项的管理，适用本细则。

第三条 职工医保实行市级统筹，全市制度政策统一，基金统收统支，管理服务一体。建立与经济社会发展水平和职工医保需求相适应的缴费和待遇调整机制。

第四条 医疗保障行政部门负责职工医保管理工作；医疗保障经办机构负责职工医保经办管理工作。

第五条 建立与职工医保配套的职工大额医疗保险等补充医疗保险制度。参加职工医保的企业，可根据实际情况建立企业补充医疗保险。

第二章 基本医疗保险参保与缴费

第六条 国家机关、企业、事业单位、社会组织、有雇工的个体工商户等用人单位及其职工，以及国家规定应当参加职工医保的其他人员，应当参加职工医保，并同步参加职工大额医疗保

险。

鼓励无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员（以下统称灵活就业人员）参加我市职工医保，不受户籍限制。灵活就业人员参加职工医保，原则上男性应满 16 周岁、未满 60 周岁，女性应满 16 周岁、未满 55 周岁。

第七条 用人单位应当自成立之日起三十日内向医疗保障经办机构申请办理医疗保险登记。用人单位的医疗保险登记事项发生变更或者用人单位依法终止的，应当自变更或者终止之日起三十日内，到医疗保障经办机构办理变更或者注销医疗保险登记。

用人单位应当自用工之日起三十日内为其职工向医疗保障经办机构申请办理医疗保险登记。

参加职工医保的灵活就业人员，应当自行向医疗保障经办机构申请办理医疗保险登记。

第八条 职工医保费由用人单位和职工按月缴纳。

职工以本人上年度月平均工资作为缴费基数，职工没有上年度月平均工资的，以本年度月平均工资作为缴费基数；没有本年度月平均工资的，以当月工资作为缴费基数。职工月平均工资或者当月工资低于全省统一确定的社会保险缴费基数标准 60%的，以全省统一确定的社会保险缴费基数标准的 60%作为缴费基数；超过全省统一确定的社会保险缴费基数标准 300%的，以全省统

一确定的社会保险缴费基数标准的 300%作为缴费基数。

职工按照本人缴费基数的 2%缴纳职工医保费，由所在单位从职工本人工资中代扣代缴。用人单位以本单位职工缴费基数之和作为缴费基数，并按照 8%缴纳职工医保费。职工应当同步缴纳职工大额医疗保险费，由所在单位从职工本人工资中代扣代缴。

灵活就业人员按月以全省统一确定的社会保险缴费基数月标准的 6%，自行缴纳职工医保费。灵活就业人员应当同步缴纳职工大额医疗保险费，由本人自行缴纳。

第九条 用人单位应当按时、足额向税务机关缴纳职工医保费。非因不可抗力等法定事由不得缓缴、减免职工医保费。

职工医保费可按规定补缴，具体补缴办法由市医疗保障行政部门另行制定。

第十条 用人单位及其职工按规定缴纳职工医保费和大额医保费，参保人员从缴费次月起开始享受医保待遇。未按规定缴费的，参保人员从次月起停止享受医保待遇。因拖欠职工医保费给参保人员造成的损失，由用人单位承担。

第十一条 首次参加职工医保的灵活就业人员，按规定连续缴费满六个月后，从第七个月起享受职工医保待遇。

灵活就业人员中断缴纳职工医保费的，按照下列规定处理：

（一）连续中断缴费三个月以内的，在补足中断缴费期间的医疗保险费后，医疗保障经办机构应补付其中断缴费期间的职工

医保待遇；

(二)连续中断缴费超过三个月或者一个年度内累计中断缴费四个月以上重新缴费的，视为首次参保。

(三)随用人单位参加职工医保后，与单位解除、终止劳动关系而中断职工医保的，自与单位解除、终止劳动关系或用人单位停止缴纳其职工医保费起三个月（含办理当月）内，以灵活就业人员身份参加职工医保的，按规定补足中断缴费期间职工医保费的，补付其中断缴费期间的医保待遇；四至六个月以内参保的，从缴费的次月起享受职工医保待遇；超过六个月参保的，按规定连续缴费满六个月后，从第七个月起享受职工医保待遇。

第十二条 参保人员在本市职工医保和居民医保两个制度之间转换的，待遇等待期按照国家、省、市相关规定执行，期间可继续按规定享受原医疗保险待遇，参保人员不得同时享受职工医保待遇和居民医保待遇。

基本医疗保险关系跨统筹地区转移接续的参保人员，待遇享受期按国家和省相关规定执行。

第十三条 职工达到法定退休年龄时，缴纳职工医保费的年限（含视同缴费年限和实际缴费年限）男性累计缴费年限满30年且实际缴费年限满10年、女性累计缴费年限满25年且实际缴费年限满10年的，个人不再缴纳职工医保费，应当继续缴纳职工大额医疗保险费。按规定办理退休手续后次月起享受退休人员医疗保险待遇。缴费年限不符合本条规定的，单位职工应一次性

补足缴费年限；灵活就业人员可选择一次性补足缴费年限，或继续按月缴纳至规定缴费年限后享受退休人员医疗保险待遇。缴费年限的计算和补足办法按本市有关规定执行。用于一次性补足缴费年限的费用不划拨个人账户。

第十四条 国有困难企业和城镇集体困难企业退休人员参加职工医保，职工医保费年度筹资标准为全省统一确定的社会保险缴费基数标准的6%，可按年度一次性缴纳，也可按月缴纳。符合规定缴费年限的，不再缴纳职工医保费，按规定享受退休人员医疗保险待遇。

第三章 职工医保基金

第十五条 职工基本医疗保险基金由下列资金构成：

- （一）用人单位缴纳的职工医保费；
- （二）职工缴纳的职工医保费；
- （三）职工医保基金的利息；
- （四）职工医保费的滞纳金；
- （五）依法纳入职工医保基金的其他资金。

第十六条 医疗保障经办机构应当为参加职工医保的职工、退休人员建立个人账户。以灵活就业人员身份参加职工医保的，不建立个人账户。

个人账户划入比例和使用管理按照省、市相关规定执行，具体办法由市医疗保障行政部门另行制定。

第十七条 职工医保基金扣除划入个人账户金额后的部分，作为职工医保统筹基金（以下简称统筹基金）。下列资金纳入统筹基金：

- （一）统筹基金的利息；
- （二）统筹基金的滞纳金；
- （三）依法纳入统筹基金的其他资金。

第十八条 职工医保基金执行国家统一的基金财务制度、会计制度和基金预决算管理制度。职工医保基金纳入社会保险基金财政专户管理，专款专用，不得挤占挪用。

第十九条 职工医保基金的银行计息执行国家社会保险基金计息的有关规定。

第四章 职工医保待遇

第二十条 职工医保参保人员按规定享受职工医保统筹待遇和个人账户待遇。职工医保统筹待遇包括普通门诊、门诊治疗慢性病和特殊疾病（以下简称“门诊慢特病”）和住院待遇。职工医保参保人员同步享受职工大额医疗保险待遇。

第二十一条 职工医保基金支付范围应符合国家和省基本医疗保险药品、诊疗项目、医疗服务设施和支付标准的有关规定。

职工医保参保人员在定点医药机构普通门诊就医和按照门诊慢特病规定就医的，符合规定的医疗费用，统筹基金支付按照我市相关规定执行。

第二十二條 对职工医保参保人员在定点医疗机构住院、门诊紧急抢救发生的符合基本医疗保险规定的医疗费用，按下列规定支付：

（一）一个年度内，医疗费用在统筹基金起付标准以下的由个人自付。

1. 社区卫生服务中心（乡镇卫生院）、一级、二级、三级医疗机构统筹基金起付标准分别为 200 元、400 元、600 元、800 元。

2. 一个年度内在一级、二级、三级医疗机构住院两次及以上的，统筹基金起付标准减半。一个年度内在社区卫生服务中心（乡镇卫生院）住院两次及以上的，统筹基金起付标准不予减半；在社区卫生服务中心（乡镇卫生院）住院后，再到高级别医疗机构住院的，执行高级别医疗机构的统筹基金起付标准，不予减半。

（二）医疗费用在统筹基金起付标准以上的部分，根据医疗机构等级，由统筹基金和职工个人按规定的比例支付，退休人员个人自付医疗费用的比例为职工个人自付比例的 80%：

1. 一级医疗机构及社区卫生服务中心（乡镇卫生院）统筹基金支付 92%，职工个人自付 8%；

2. 二级医疗机构统筹基金支付 89%，职工个人自付 11%；

3. 三级医疗机构统筹基金支付 86%，职工个人自付 14%。

享受最低生活保障的残疾人住院医疗费用，不设起付标准，职工医保统筹基金支付比例提高 2%。

(三) 在定点医疗机构间转院, 视同一次住院, 执行高级别医疗机构统筹基金起付标准, 并分别执行转出和转入医疗机构住院支付比例。

(四) 一个年度内, 参保人员普通门诊、门诊紧急抢救、门诊慢特病、住院累计发生的医疗保险范围内费用, 基本医疗保险费用限额为 24 万元(含医保统筹基金支付和个人自付)。

统筹基金起付标准、支付比例和支付限额调整, 将根据统筹基金支付能力由市医疗保障行政部门商市财政部门提出意见, 报市人民政府批准后执行。

第二十三条 职工医保参保人员就医, 属于基本医疗保险药品、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录中乙类药品、项目的医疗费用, 应当先由个人自付 10% (特殊情况从其规定), 余额再按本细则第二十一条、第二十二条的规定办理。

符合门诊慢特病规定的, 在门诊进行器官移植术后抗排异治疗、慢性肾衰竭肾透析治疗发生的符合基本医疗保险规定的医疗费用, 统筹基金按在职人员 87%、退休人员 90%, 个人按在职人员 13%、退休人员 10%的比例分担相应的医疗费用。

第二十四条 参保人员因下列情形在本市统筹范围外医疗机构普通门诊、门诊慢特病、门诊紧急抢救和住院发生的医疗费用, 按照本细则第二十一条、第二十二条、第二十三条的规定办理:

经医疗保障经办机构办理职工医保异地安置、长驻外地、异

地长期居住备案的参保人员，在安置地、长驻地、长期居住地定点医疗机构发生的医疗费用。

除以上情形外，在本市统筹范围以外的医疗机构就医发生的医疗费用，个人先支付 10%，余额按照本细则第二十一条、第二十二条、第二十三条的规定办理。

第二十五条 下列医疗费用，基本医疗保险基金不予支付：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外就医的；
- （五）体育健身、养生保健消费、健康体检；
- （六）国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

因重大疫情、灾情和重大事故所发生的医疗费用，除国家另有规定外，由同级人民政府安排资金解决。

第五章 医疗服务管理和费用结算

第二十六条 职工医保医疗服务实行定点管理。市医疗保障经办机构按照全市统一的医疗保障定点管理政策规定，将职工医保医疗服务有关管理要求和指标纳入服务协议。

第二十七条 参保人员凭本人医保电子凭证或社会保障卡在定点医药机构就医购药，发生的符合规定的医疗费用通过医疗保障信息系统直接结算。应由个人负担的部分，由本人与定点医

药机构结算；应由统筹基金支付的部分，由医疗保障经办机构与定点医药机构结算。参保人员异地就医按照国家、省、市有关规定执行。

第二十八条 加强医保基金预算管理，全面推进按疾病诊断相关分组（DRG）付费、按人头付费、按床日付费、按项目付费等多元复合式医保支付方式改革。

第六章 监督管理

第二十九条 建立职工医保基金风险预警和防控制度，当基金支付不足时，市医保部门应当会同市财政部门及时提出政策调整意见，报市人民政府批准后实施。

第三十条 建立职工医保基金监管和社会监督机制，充分发挥政府相关部门、医疗保障经办机构的监管和社会各界的监督作用。

第三十一条 用人单位、医疗保障经办机构、定点医药机构、参保人员违反国家相关法律法规规定的，由医疗保障行政部门依法依规处理。涉及相关部门的，由医疗保障行政部门移交相关部门处理。

第七章 附 则

第三十二条 离休人员、老红军、二等乙级以上革命伤残军人的医疗保障按现有规定执行。

第三十三条 在我市就业的农村居民依照本细则规定参加职工医保。

第三十四条 参加养老保障的“城中村”综合改造村改居养老人员，参加养老保障时缴纳的住院医疗费，折算为本人的10年基本医疗保险实际缴费年限，并同时计入其基本医疗保险缴费年限，享受相关住院基本医疗保险待遇。按照规定补缴基本医疗保险费后，可以增加享受职工医保个人账户、普通门诊和门诊慢特病基本医疗保险待遇。

第三十五条 在我市就业的外国人，参照本细则规定参加职工医保。

第三十六条 本细则由市医疗保障局负责解释。

第三十七条 本细则自2023年1月1日起施行，有效期5年。