

# 巫溪县人民政府办公室 关于贯彻执行城镇职工医疗保险市级统筹 有关政策的通知

巫溪府办发〔2012〕8号

各乡（镇）人民政府、街道办事处，县级各部门，有关单位：

根据《重庆市人民政府办公厅关于加快实行城镇职工医疗保险市级统筹的意见》（渝办发〔2010〕324号）、《重庆市人民政府办公厅关于印发重庆市城镇职工医疗保险市级统筹办法和重庆市城乡居民合作医疗保险市级统筹办法的通知》（渝办发〔2011〕293号）和《重庆市人力资源和社会保障局 重庆市财政局关于贯彻执行〈重庆市人民政府办公厅关于印发重庆市城镇职工医疗保险市级统筹办法和重庆市城乡居民合作医疗保险市级统筹办法的通知〉有关问题的通知》（渝人社发〔2011〕343号）等文件精神，经县政府研究同意，现就我县城镇职工医疗保险市级统筹有关政策通知如下：

## 一、城镇职工医疗保险市级统筹征缴政策

### （一）城镇职工基本医疗保险参保缴费政策

#### 1、缴费基数

党政机关、社会团体（含参照公务员管理的单位），以级别工资加职务工资之和为缴费基数；事业单位以岗位工资加薪级工资为缴费基数；企业以企业职工工资总额为缴费基数。

职工个人缴费基数超过上年度全市职工平均工资 600%的，按 600%计算；低于上年度全市职工平均工资 40%的，按 40%计算；机关事业单位人员参加基本医疗保险缴费基数低于全市职工月平均工资 60%的，按 60%计算。

## 2、缴费比例

城镇职工基本医疗保险单位缴费比例为缴费基数的 8%（不含退休人员）；退休人员占在职职工比例超过 70%的参保单位，由参保单位按本单位在职职工人均缴费基数的 8%，按月为超过在职职工人数 70%以上的退休人员缴纳基本医疗保险费；在职职工个人缴纳医疗保险费的缴费比例为缴费基数的 2%。

如参保单位的参保人员均为退休人员，且单位合法存在的，参保单位按上年度重庆市基本医疗保险人均缴费工资基数的 8%，按月为每个退休人员缴纳基本医疗保险费。

### （二）大额医疗互助基金缴费基数及标准

所有参加基本医疗保险的参保人员，必须同时缴纳大额医疗互助基金。大额医疗互助基金缴费标准为：单位所有职工（包括退休人员）个人每人每月缴费 2 元。属于在职职工的，由用人单位再按基本医疗保险缴费基数的 1%缴纳；属于单位退休职工的，

由用人单位再按基本医疗保险人均缴费基数 $1\%$ 缴纳。

### （三）医疗保险缴费方式

1、用人单位和职工每月15日前向地方税务局缴纳医疗保险费。职工个人应缴的医疗保险费，由用人单位在发放工资时代为扣缴。

2、大额医疗费互助基金由地方税务局在征收基本医疗保险费时一并征收。职工个人缴纳由用人单位在发放工资时代为扣缴。退休人员由所在单位发放养老金时代为扣缴，也可由所在单位委托医疗保险经办机构在其个人账户中代为扣缴。

### （四）缴费年限设置

2012年1月1日后，按法定条件、法定程序退休人员，基本医疗保险缴费年限男满30年、女满25年的，享受退休人员的基本医疗保险待遇。不足上述缴费年限的退休人员，按本单位上年度在职职工人均缴费工资基数的 $8\%$ 为一个年度的缴费额，一次性补足不足年限的基本医疗保险费后，享受退休人员的基本医疗保险待遇；未补缴不足年限基本医疗保险费的，不享受基本医疗保险待遇，同时解除基本医疗保险关系。2011年12月31日以前按法定条件、法定程序退休并按我县原政策规定缴纳医疗保险费的人员，缴费年限不作特别要求，按相关规定享受医疗保险待遇。

**缴费年限计算办法：**用人单位在2003年12月31日以前参

加基本医疗保险的，其参保人员的缴费年限以参保前符合国家规定的连续工龄或工作年限视为缴费年限，与参保后的实际缴费年限合并计算；用人单位在 2003 年 12 月 31 日后参加基本医疗保险的，其参保人员在 2003 年 12 月 31 日前符合国家规定的连续工龄或工作年限视同缴费年限，从 2004 年 1 月 1 日以后至参加基本医疗保险前的工作年限不视为缴费年限。

## 二、医疗保险市级统筹待遇政策

城镇职工医疗保险坚持“统账结合”的原则。

（一）个人账户基金。个人账户主要用于门诊医疗费、零购药品费或者住院医疗费个人自付部分。个人账户划拨比例和标准：职工个人按 2% 缴纳的医疗保险费全额计入个人账户，用人单位缴纳的基本医疗保险费按以下比例划入个人账户：不满 35 周岁的职工，按本人基本医疗保险缴费基数 1.3% 划入；满 35 周岁至不满 45 周岁的职工，按本人基本医疗保险缴费基数 1.5% 划入；满 45 周岁未达到法定退休的职工，按本人基本医疗保险缴费基数 1.7% 划入；达到法定退休年龄的职工按本单位在职职工人均缴费基数 4% 划入。

（二）统筹基金。统筹基金主要用于住院医疗费报销和特殊慢性疾病门诊医疗费报销。

### 1、住院医疗费报销

#### （1）住院医疗费起付线

一个年度内在一级（乡镇）医院住院起付线为上年度统筹区人均缴费基数 $5\%$ （400元）；二级（县）医院住院为上年度统筹区人均缴费基数 $8\%$ （640元）；三级（市）医院住院为上年度统筹区人均缴费基数 $11\%$ （880元）。一级社区卫生服务医疗机构的起付线为200元，二级社区卫生服务医疗机构的起付线为440元。一年内多次住院治疗，起付标准在上述标准的基础上逐次降1个百分点，现执行每次递减80元。起付线以下的住院医疗费用由参保人员自付，可用个人账户支付也可用现金支付。

凡按照城镇职工医疗保险市级统筹有关规定取得了《特殊疾病门诊医疗证》的参保人员，进行住院治疗的，每年度按就诊医院最高级别，只计付一次起付标准。

### **（2）住院医疗费报销比例**

参保人员住院医疗费在起付标准以上至最高支付限额以下的部分，统筹基金按在职职工 $85\%$ 、退休人员 $95\%$ 的比例支付，其余部分自付；在基本医疗保险基金最高支付限额以上且符合政策报销规定的住院费用，由大额医疗保险费互助基金按规定的比例支付。

### **（3）超过缴费基数缴费，提高报账比例政策**

职工医疗保险缴费基数高于上年度全市职工平均工资的，住院医疗费用统筹基金支付比例在原规定的基础上适当提高。缴费基数达到上年度全市职工平均工资 $150\%$ 不到 $200\%$ 的，支付比例

提高 1.5%；达到 200%不到 250%的，支付比例提高 3%；达到 250%（含 250%）以上的，支付比例提高 4.5%。退休人员按本单位职工人均缴费基数计算。

**2、特殊疾病门诊费报销。**参保人员患有规定的特殊慢性疾病的，其门诊医疗费纳入统筹基金支付范围按一定比例进行报销。

### （1）特殊病种范围

特殊病种包括以下二十个病种：恶性肿瘤的放疗、化疗和镇痛治疗；肾功能衰竭病人的透析治疗；肾脏、肝脏、心脏瓣膜、造血干细胞移植术后的抗排异治疗；糖尿病 1 型、2 型；系统性红斑狼疮；高血压病（1 级高血压中高危和很高危、2 级高血压、3 级高血压）；冠心病；风湿性心脏瓣膜病；脑血管意外后遗症（脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血后遗症）；支气管哮喘、慢性支气管炎伴阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病；肝硬化（失代偿期）；再生障碍性贫血；精神分裂症、心境障碍（抑郁躁狂症）、偏执性精神障碍；结核病；血友病；重度前列腺增生；类风湿性关节炎；帕金森病；肌萎缩侧索硬化症；骨髓增殖性疾病（真性红细胞增多症、原发性血小板增多症、原发性骨髓纤维化症）。纳入医疗保险统筹基金支付门诊医疗费用的特殊疾病，必须符合《重庆市基本医疗保险市级统筹特殊疾病诊断准入标准》。

### （2）特殊疾病门诊医疗费报销比例

特殊疾病门诊医疗费在起付标准以上、最高支付限额以下

的，由统筹基金支付的比例是：恶性肿瘤晚期的化学治疗、放射治疗和镇痛治疗，肾功能衰竭病人的透析治疗，器官移植后的排异药物治疗费用按 90% 支付，其他特殊疾病门诊医疗费按 80% 支付（重度前列腺增生门诊医疗费符合医疗保险支付规定部分按限额计算，每年统筹基金限额 1000 元，当年有效）。

### 3、统筹基金最高支付限额

住院医疗费和特殊门诊医疗费实行年最高支付限额。其中：基本医疗保险统筹基金最高支付限额为每人每年 3.2 万元；大额医疗费互助基金为每人每年 50 万元。一个年度内超过最高支付限额的医疗费由本人自付。

#### （三）欠费补缴政策

用人单位及其职工欠缴基本医疗保险费的，从欠费的次月起停止享受基本医疗保险待遇。用人单位及其职工在 3 个月内足额补缴应缴纳的医疗保险费的，按规定支付有关医疗保险待遇；超过 3 个月足额补缴的，参保人员个人账户资金按规定补计，从欠费到补缴期间发生的医疗费用，医疗保险不予支付，对职工造成的损失，由用人单位承担。

### 三、市级统筹就医程序及管理办法

参保人员就医和住院医疗费的报销必须按照“保基本、保大病、就近就医、逐级转院”的原则，严格执行“三个目录”和相关就医管理规定。

（一）统一执行《重庆市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以下简称《药品目录》）及《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》。《药品目录》中的甲类药品 100%纳入报销范围；乙类药品、民族药品个人先自付 10%，再按规定比例报销；《药品目录》以外的药品一律不予报销。基层医疗卫生机构执行国家和我市基本药物制度的有关规定。《国家基本药物重庆市补充药物目录》（2010 年版）内的治疗性药品凡属《重庆市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中乙类药品和民族药品的，按甲类药品相关规定执行，不再设定个人先自付比例。

诊疗项目管理、医疗服务设施范围和支付标准按照市级统筹区规定执行。

（二）参保人员在全市定点医疗机构门诊就医、在参保所在区县各级定点医疗机构和市内其他二级及二级以下定点医疗机构住院，由本人自主选择。在市内非参保所在区县三级定点医疗机构住院，应报经参保所在区县医疗保险经办机构同意；未经同意的，住院起付线提高 5%，同时报销比例下降 5%。

因病情需要转往市外定点医疗机构就诊的，需由市内三级定点医疗机构出具转诊转院手续，并报参保所在区县医疗保险经办机构审批同意。

（三）在市外长期居住的参保人员，可报经参保所在区县（自治县）医疗保险经办机构同意，在居住地选择当地 3 家医疗保险

定点医疗机构就医。若突发疾病需要在市外医疗机构就医的，应在入院后5个工作日内向参保所在区县医疗保险经办机构报告并办理相关手续，就医医院原则上应为当地医疗保险定点医疗机构（急诊、危重病抢救除外）。对办理了上述相关手续的参保人员，其医疗费用按我市城镇职工医疗保险相关规定报销。未报经参保所在区县医疗保险经办机构同意的，按我市同级定点医疗机构住院标准，起付线提高5%，同时报销比例下降5%。

（四）门诊：参保人员持社会保障卡在全市定点医疗机构、定点零售药店就医、购药，由本人自主选择。

（五）住院医疗费报销程序。参保人员在市内所有定点医疗机构住院，直接凭身份证、医疗保险卡到医院医保科结算报账。在市外住院的，出院时带齐入出院诊断证明、住院病历复印件、发票、费用总清单、转院审批证明、本人银行开户账号等有效资料到县医疗保险经办机构报账。

（六）特殊病种报账方式。被审批为特殊病种的参保人员发生的特殊病种门诊医疗费用只能在选择的定点医疗机构直接报账，与住院结算方式一致，不再到医疗保险经办机构报账（异地居住的特殊疾病患者除外）。

#### **四、特殊人群参保政策**

（一）已一次性清算基本医疗保险费的国有破产关闭企业、城镇集体企业退休人员参保缴费政策。

个人每人每年应承担的 24 元大额互助医保费从其个人账户中代扣，其个人账户的划入比例以上年度重庆市经济单位职工平均工资 60% 的 4% 为年度标准，按月划入。

## （二）国有企业“三五人员”参加职工医疗保险政策

国有企业“三五人员”参加医疗保险，由县就业服务管理机构负责办理。基本医疗保险以上年度全市职工平均工资 40% 为基数，按 11% 的比例由县就业服务机构按月缴纳。大额医疗互助基金个人缴纳部分由县医疗保险经办机构从“三五人员”个人帐户中代为扣缴。“三五人员”达到法定退休年龄后按渝办发〔2004〕151 号、渝办〔2008〕68 号等相关规定提取余命年医疗费，资金由县财政负担。

## （三）以个人身份参加城镇职工医疗保险政策

1、以个人身份参加医疗保险政策严格按照渝府发〔2009〕29 号等市级统筹文件执行。属于国有企业单双解人员、破产关闭城镇集体所有制企业退休人员参保按规定享受“降点补助”政策。

2、已经按照巫溪府发〔2010〕40 号、巫溪府发〔2010〕93 号文件规定，一次性趸缴基本医疗保险费的一档参保的退休人员，继续按照二档标准享受相同病种的慢性疾病门诊医疗费报销待遇。凡是已按一档参保须改档参保的尚未退休的人员，须在每年的 12 月 1—20 日，向县医疗保险经办机构提出书面改档申请。

## （四）在享受失业保险期间的失业人员、农民工大病医疗保

险、农转城人员等人群参加城镇职工医疗保险办法按全市相关规定执行。

（五）公务员医疗补助范围及标准按照市级统筹区现行《重庆市市级国家机关公务员医疗补助暂行办法》（渝机管发〔2002〕40号）文件规定执行，具体办法另行制定。

五、本通知从2012年1月1日起执行，原我县城镇职工基本医疗保险政策与市级统筹政策不一致的，以市级统筹政策为准。

二〇一二年二月七日