

襄阳市人民政府办公室文件

襄政办发〔2018〕37号

市人民政府办公室 关于印发襄阳市职工基本医疗保险 生育保险实施办法的通知

各县(市、区)人民政府、开发区管委会,市政府各部门:

《襄阳市职工基本医疗保险、生育保险实施办法》已经市政府常务会议审议通过,现印发给你们,请结合实际认真贯彻执行。



襄阳市职工基本医疗保险

生育保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为完善我市职工基本医疗保险、生育保险制度,规范医疗保险、生育保险管理,进一步提高职工基本医疗、生育保障水平,根据《中华人民共和国社会保险法》等有关法律和政策规定,结合我市实际,制定本办法。

第二条 本市行政区域内的各类用人单位及其职工参加职工基本医疗保险(以下简称“职工医保”)、生育保险适用本办法。

第三条 职工医保、生育保险实行市级统筹,按照统一政策,统一服务标准,统一基金管理办法,统一经办流程,统一信息系统的原则运行。职工医保基金和生育保险基金实行分级管理,市人力资源和社会保障局负责襄城区、樊城区、高新区、东津新区、鱼梁洲的职工医保、生育保险基金征缴与管理;各县(市)、襄州区政府负责本地职工医保、生育保险的基金征缴与管理,确保基金安全运行和收支平衡。

第四条 职工医保和生育保险遵循以下原则:

- (一)属地管理原则;
- (二)保基本、广覆盖、多层次、可持续原则;
- (三)筹资水平与全市经济社会发展水平相适应原则;

(四)以收定支、收支平衡、略有结余原则。

职工医保还应当遵循以下原则：

- (一)用人单位与个人缴费相结合原则；
- (二)实行社会统筹与个人账户相结合原则；
- (三)重点保障住院,兼顾门诊医疗原则。

第二章 参保缴费

第五条 襄阳市行政区域内的企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位以及其他社会组织(以下称用人单位)及其职工或者雇工(以下称职工),应参加职工医保和生育保险。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员及其他灵活就业人员可以按个体方式参加职工医保。

第六条 各县(市)、襄州区要切实履行扩面征缴职责,加大财政投入,确保职工医保、生育保险本级财政预算和配套资金及时足额到位。

第七条 筹资标准

职工医保：

用人单位和职工按照国家规定共同缴纳基本医疗保险费。

(一)缴费基数

在职职工：缴费基数原则上以本人上年度工资总额为基准,按相应社保年度保底封顶规则确定。

退休人员:未达到最低缴费年限规定的退休人员(含个体退休人员),其职工医保缴费基数原则上以本人上年度退休费(养老金)为基准,按相应社保年度保底封顶规则确定。

(二) 缴费费率

1. 统账结合

用人单位按职工缴费基数总额的 8% 缴纳,职工本人按个人缴费基数的 2% 缴纳;设立医保个人账户。

2. 单建统筹

用人单位按职工缴费基数总额的 6% 缴纳,不设医保个人账户。

3. 灵活就业人员可按 9% 参保缴费,享受统账结合医疗保险待遇;或按 6% 参保缴费,享受单建统筹医疗保险待遇。

生育保险:

用人单位缴纳生育保险费,职工不缴纳生育保险费。

(一) 缴费基数

缴费基数原则上以本人上年度工资总额为基准,按相应社保年度保底封顶规则确定。

(二) 缴费费率

用人单位按职工缴费基数总额的 0.5% 缴纳生育保险费。

第八条 职工医保个人账户

建立职工医保个人账户的参保人员,按以下基数和比例按月计入个人账户资金:

医保个人账户计算基数:缴费人员(含在职人员和未达到最低缴费年限的退休人员)按医保缴费基数确定;退休不缴费人员原则上以本人上年度月均退休费(养老金)为基准,按保底封顶规则确定。

职工医保个人账户划入比例:不满45周岁在职职工,划入比例为3.2%(含个人缴纳的2%);45周岁及以上在职职工,划入比例为3.8%(含个人缴纳的2%);退休人员划入比例为4%。

第九条 职工医保实行缴费年限限制。职工医保缴费年限包括视同缴费年限和实际缴费年限。

职工医保最低缴费年限为:男30周年,女25周年;其中,实际缴费年限不得低于本地医疗保险制度实施年限。

参保职工达到法定退休年龄时,若未达到本地最低缴费年限规定的,需补足年限。补足方式包括一次性补缴、按月补缴。

第三章 医疗保险待遇

第十条 参保职工从参保缴费(含续保)的次月开始享受统筹金支付待遇;灵活就业人员(含统筹区外转入的)首次参加职工医保的,自参保缴费第7个月开始享受统筹金支付待遇。

第十一条 参保职工普通门诊医疗费用,由个人账户资金支付。

第十二条 参保职工患有规定的慢性病并达到标准的,可申报办理慢性病门诊医疗,享受门诊费用报销待遇。在一个结算年

度内,符合规定的门诊费用累计超过 600 元以上的部分统筹基金支付 80% (透析和抗排斥治疗支付 90%)。

第十三条 参保职工在参保地定点医疗机构门诊行泌尿系结石体外振波碎石术及恶性肿瘤化疗、放疗或复查发生的医疗费用纳入统筹金支付范围,其符合规定的在限额标准以内的医疗费用,统筹基金支付 90%。

第十四条 住院医疗待遇

(一)起付标准:一级及以下医疗机构 200 元,二级医疗机构 500 元,三级医疗机构 900 元,三级综合医疗机构 1200 元,市外转院 1800 元。

恶性肿瘤、精神病等疾病住院和双向转诊住院的可适当降低住院费起付标准。

(二)报销比例:在统筹区内定点医疗机构住院符合规定的医疗费用,医疗保险统筹基金支付比例:一级及以下医疗机构支付 92% (不分甲、乙类项目,下同);二级医疗机构支付 90%;三级医疗机构支付 82%。办理了异地居住登记备案、市外转诊手续和临时外出急救在异地住院并报医保经办机构登记备案的,其符合规定的住院医疗费用支付 75% (转往省外的支付 70%),未按规定办理转诊、备案手续及其它原因在参保地以外医疗机构住院的支付 60%。

第十五条 参保职工突发疾病在门诊紧急抢救后住院治疗的,其门诊紧急抢救费用纳入住院费一并报销。门诊紧急抢救后

死亡的,其门诊紧急抢救费用按住院相关待遇进行报销。

第十六条 参保职工在定点医疗机构进行住院康复的,其康复医疗费用实行按日支付。

第十七条 参保职工因精神病在本地定点医疗机构长期住院的,住院 60 日以后的费用实行按日支付。

第十八条 以灵活就业人员参加职工医保的妇女,其符合国家生育政策的住院分娩医疗费用实行限额补助,医保政策范围内的费用最高补助 2500 元。

第十九条 从职工医保统筹基金中筹集意外伤害保险费,用于支付参保职工意外伤害的住院医疗费用。

第二十条 一个结算年度内,职工医保统筹基金累计支付最高限额为 20 万元。

第二十一条 职工大病保险

参保职工一个结算年度内统筹基金支付费用累计超过基本医疗保险支付封顶线后,由职工大病保险基金按职工医保起付标准、报销比例等相关待遇政策继续报销;参保职工一个结算年度内符合规定的个人自付费用(不含起付线、慢性病门诊自付)累计超过一定标准的,职工大病保险基金给予适当补助。职工大病保险基金年度累计支付最高限额为 35 万元。具体办法由市人力资源和社会保障局制定。

第二十二条 职工医保费用的结算年度为每年 7 月 1 日至次年 6 月 30 日。

第四章 生育保险待遇

第二十三条 生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴,由生育保险基金支付,具体标准由人社部门确定,并根据基金收支情况进行调整。

第二十四条 享受生育保险待遇,应当具备下列条件:

- (一)参加生育保险,并按时足额缴纳生育保险费满6个月;
- (二)符合国家、省和本市计划生育政策规定。

第二十五条 用人单位按规定缴纳生育保险费的,其职工享受生育保险待遇;职工未就业配偶按照国家规定享受生育医疗费用待遇。

第二十六条 生育医疗费用包括下列各项:

- (一)生育的医疗费用;
- (二)计划生育的医疗费用;
- (三)法律、法规规定的其他项目费用。

第二十七条 职工有下列情形之一的,可以按照国家规定享受生育津贴:

- (一)女职工生育享受产假;
- (二)享受计划生育手术休假;
- (三)法律、法规规定的其他情形。

第二十八条 女职工在计划生育政策内生育或终止妊娠按日享受生育津贴,生育津贴按照职工所在用人单位上年度职工月平

均工资计发。

第五章 就医及费用结算管理

第二十九条 职工医保和生育保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围和支付标准目录执行湖北省统一政策规定。床位费、大型医用材料及特殊诊疗项目等支付标准按襄阳市基本医疗保险规定执行。跨省异地就医联网即时结算的执行国家规定。

第三十条 下列医疗费用不纳入职工医保基金支付范围：

- (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。

医疗费用依法应当由第三人负担,第三人不支付或者无法确定第三人的,由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后,有权向第三人追偿。

第三十一条 参保职工按分级诊疗原则在参保地定点医疗机构就医。就医时须主动出示医保卡等有效证件,各定点医疗机构对医保病人身份进行核对。因病情需转到上级医疗机构就医的,办理转诊手续。

参保职工在外地长期居住、或在外地突发疾病须就地急救住院的,在参保地医保经办机构办理相应登记、备案手续。

参保职工在本地定点机构和异地联网机构就医的,实行联网即时结算。在其它机构就医的,由个人先行垫付医疗费用,凭相关资料到参保地医保经办机构办理报销。

第三十二条 职工医保坚持“总额预算、过程管理、合理超支分担、结余留用”的原则,建立健全医保经办机构与医疗机构的谈判协商、风险分担机制。推进以付费总额控制为基础,按病种付费、按人头付费等复合型付费方式改革,切实发挥医保支付方式规范、引导、激励和约束作用。慢性病门诊和规定疾病门诊医疗费用实行按项目付费(血液透析治疗实行按定额包干结算)。住院医疗费用按本市统一的医疗保险结算管理办法支付,具体办法由市人力资源和社会保障部门另行制定。

生育保险产前门诊检查实行按人头付费,住院分娩可实行按病种付费。

第三十三条 实行医保服务协议管理。完善定点医药机构协议管理办法,建立健全医保服务协议机构考核评价机制和准入退出机制。

探索医保服务第三方参与。鼓励以政府购买服务的方式,委托具有资质的商业保险机构等社会力量参与大病保险、意外伤害等经办服务。

第六章 基金管理

第三十四条 职工医保、生育保险基金执行国家统一的社会

保险基金财务制度、会计制度和基金预决算管理制度。基金纳入社会保障基金财政专户,实行“收支两条线”管理。

第三十五条 基金预决算由各级人力资源和社会保障行政部门、财政部门根据社会保险基金财务制度有关规定,统一组织编制。

第三十六条 基金预算方案编制参照《国务院关于试行社会保险基金预算的意见》(国发〔2010〕2号)、《关于加强基本医疗保险基金预算管理发挥医疗保险基金控费作用的意见》(财社〔2016〕242号)执行。

职工医保基金预算严格按照“收支平衡、略有节余”的原则,生育保险基金预算严格按照“以支定收、收支平衡”的原则。原则上不应编制当年赤字预算,不得编制基金历年累计结余赤字预算,确需编制其他支出预算或编制预算时需动用历年累计结余弥补当年支出的,需符合社会保险基金财务规定,并作出详细说明,报同级人民政府审批。职工医保、生育保险基金预算严格按照有关法律法规规范收支内容、标准和范围,专款专用,任何部门、单位或个人均不得挤占、挪用,也不得用于平衡财政预算。

第三十七条 职工医保、生育保险基金预算在执行过程中不得随意调整,如出现政策变化等特殊情况预算产生重大影响,确需调整预算时,应按照基金预算编制程序,由各地经办机构提出预算调整方案,经人力资源和社会保障部门审批汇总、财政部门审核,同级人大常委会审查批准后执行,并上报市人力资源和社会保障局、市财政局汇总,报市政府备案。

第三十八条 市人力资源和社会保障部门会同市财政部门定期或不定期对市级和各县(市、区)年度职工医保、生育保险基金收支预算执行情况进行检查,并将检查情况向社会公示,接受社会监督。

第三十九条 建立基金风险预警制度。市、各县(市、区)经办机构要定期编报职工医保、生育保险基金收支预算执行报告,加强职工医保、生育保险基金运行分析和构建风险预警系统。职工医保基金、生育保险基金要通过完善预算管理、加强医保智能监控、改进结算方式、调整缴费费率等途径,合理控制费用支出增长,切实保障待遇支出。

第七章 风险调剂基金管理

第四十条 为防范基金风险,确保职工医保、生育保险基金的正常运行和参保人员待遇的落实,本着预算管理、基金调剂、风险共担的原则,建立市级职工医保、生育保险风险调剂金制度。市级在社会保障资金财政专户下设立“职工医保风险调剂金”和“生育保险风险调剂金”专户,专款专用,接受审计、财政部门监督。

第四十一条 职工医保风险调剂金按各县(市、区)上年度医疗保险统筹基金预算总额的5%上解,总额达到全市一个月统筹基金支付水平后不再上解;生育保险风险调剂金按各县(市、区)上年度生育保险基金征缴收入预算数的5%上解,风险调剂金总额达到全市上年度基金支出预算数的20%后不再提取。各县

(市、区)经同级人力资源和社会保障部门、财政部门审核后,按规定比例在每年的第一季度一次性向市“职工医保风险调剂金”、“生育保险风险调剂金”专户上解。

第四十二条 风险调剂金调剂的范围:因政策调整、发生重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大自然灾害等非管理原因导致县市职工医保和生育保险基金当期收不抵支的,首先从历年基金结余中解决,仍有缺口的,可使用市级风险调剂金。各县(市)和襄州区一个年度内风险调剂金调剂额度不超过该年度市级风险调剂金总额的20%,仍不足支付的,由同级人民政府垫付。

第四十三条 有下列情形之一,经市人力资源和社会保障部门、财政部门核实,风险调剂金不予调剂,由同级政府负责:

- (一)未按时足额缴纳市级风险调剂基金的;
- (二)未严格执行全市职工医保、生育保险统一政策的;
- (三)未完成当年职工医保、生育保险扩面征缴计划任务的;
- (四)擅自调整职工医保、生育保险基金收支预算的;
- (五)因违纪违规行为造成职工医保、生育保险基金重大损失的;
- (六)同级财政应承担的补助资金未到位的。

第四十四条 由县(市、区)人力资源和社会保障部门、财政部门提出年度职工医保、生育保险风险调剂金补助报告,报市人力资源和社会保障、财政部门审核。

第四十五条 市人力资源和社会保障部门、财政部门根据县

(市、区)年度风险调剂金补助情况,提出当年市级风险调剂金补助报告,报市政府批准,由市人力资源保障部门会同财政部门将职工医保、生育保险风险调剂资金拨付到县(市、区)财政职工医保、生育保险基金专户。

第八章 信息化建设

第四十六条 各级政府应当推进医疗保险和生育保险信息系统建设。推进参保人员异地转移、异地就医、医疗服务智能监控、智能审核等系统建设;推进社会保障卡在参保缴费、费用结算等业务中的应用;加快推进人社部门和卫生计生部门的网络连通;做好与民政部门、有关商业保险机构信息系统的衔接工作,实现必要的信息交换和数据共享。信息化建设相关费用列入同级财政预算。

第九章 保障实施

第四十七条 各县(市)、襄州区人民政府负责组织做好本地职工参保核定、基金征缴与管理、政策落实和经办服务等工作,确保基金安全运行和收支平衡。

第四十八条 人社、发改、公安、民政、财政、卫计、审计、税务等部门根据各自职能,配合做好职工医保、生育保险相关工作。

第十章 附 则

第四十九条 本办法由市人力资源和社会保障局负责解释。

市人力资源和社会保障局根据本办法制定相关细则,并组织实施。

第五十条 本办法在实施过程中,国家、省对基本医疗保险、生育保险政策做出调整时,市人力资源和社会保障局会同有关部门对本办法进行调整,报市人民政府批准后执行。

第五十一条 本办法自 2018 年 8 月 20 日起施行,有效期 5 年。我市原有规定与本办法不一致的,以本办法为准。

抄送：市委各部门，襄阳军分区，各人民团体。
市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院。

襄阳市人民政府办公室

2018年8月14日印发
