

随州市人民政府文件

随政发〔2018〕36号

市人民政府关于印发 随州市城镇职工基本医疗保险实施细则的通知

各县、市、区人民政府，随州高新区、大洪山风景名胜区管理委员会，市政府各部门：

现将《随州市城镇职工基本医疗保险实施细则》印发给你们，请认真贯彻执行。



随州市城镇职工基本医疗保险实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步完善城镇职工基本医疗保险制度，提高保障能力和服务水平，引导参保人员合理就医，根据《中华人民共和国社会保险法》和《中华人民共和国军人保险法》等法律、法规，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 本细则适用于全市行政区域内的城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医疗保险）、大额医疗保险和医疗保险二次补偿等。

第三条 市医疗保险行政主管部门根据经济社会发展和医疗保险制度运行情况，对职工医疗保险缴费比例、大额医疗保险筹资标准及住院起付标准、最高支付限额、住院医疗费用支付比例等相关政策需要调整时，报市人民政府批准后实施。

第四条 市医疗保险行政主管部门对本辖区内城镇职工基本医疗保险实施行政管理工作。财政、卫计、税务等相关部门要各司其职、密切配合，共同做好医疗保险管理和市级统筹工作。

各级医疗保险经办机构负责本级医疗保险待遇的审核和支付及定点医疗、药店服务机构的监管和稽核及其他具体业务办理等工作。市医疗保险经办机构指导各县、市、区医疗保险经办机构的业务工作。

第二章 医疗保险参保范围

第五条 本市城镇职工基本医疗保险的参保对象为：

（一）本市行政区域内所有用人单位的在职职工和退休人员。

（二）在法定工作年龄内，以非全日制、临时性和弹性工作等灵活形式就业的人员。

第三章 医疗保险基金的征缴、配置和管理

第六条 职工医疗保险筹资标准

（一）职工基本医疗保险

职工医疗保险费由用人单位、职工个人共同缴纳。

1. 缴费基数：用人单位缴费基数为全体职工工资总额。职工个人缴费基数按本人月平均工资确定，本人月平均工资高于上年度全市在岗职工月平均工资 300% 的，按 300% 确定，低于上年度全市在岗职工月平均工资 60% 的，按 60% 确定；灵活就业人员缴费基数按上年度全市在岗职工月平均工资的 100% 确定。

2. 缴费费率：用人单位按缴费基数的 8.5% 缴纳，其中在职职工本人按缴费基数的 2% 缴纳；困难企业可按缴费基数的 5% 缴纳，不设医疗保险个人账户；灵活就业人员按缴费基数的 5% 缴纳，不设医疗保险个人账户。

3. 缴费时间：用人单位要按月缴纳在职人员和退休人员医疗保险费，单位职工个人应缴的医疗保险费，由用人单位代扣代

缴。灵活就业人员按自然年度缴费，每年9月至次年3月底前为缴纳次年的医疗保险费期限。

(二) 职工大额医疗保险

参加职工医疗保险的人员应同时缴纳职工大额医疗保险费，按职工医疗保险缴费基数 **0.5%** 由用人单位随职工基本医疗保险费一起缴纳，灵活就业人员按上年度全市在岗职工平均工资的 **0.5%** 由个人随职工基本医疗保险费一并缴纳。

第七条 职工医疗保险基金实行社会统筹和个人帐户相结合，由统筹基金和个人帐户构成。医疗保险经办机构应当及时为参保人员办理医疗保险参保手续。

第八条 个人账户划入比例

参加职工医疗保险不满 30 周岁的职工，其个人账户按其缴费基数的 **3.2%** 划入；30 周岁至 50 周岁的职工，其个人账户按其缴费基数的 **3.5%** 划入；50 周岁以上的职工，其个人账户按其缴费基数的 **3.8%** 划入；退休人员个人账户按缴费基数的 **4%** 划入。

第九条 医保经办机构按照政策规定，根据用人单位缴纳的医疗保险费情况配置医疗保险个人帐户后，其余部分全部划入医疗保险统筹基金。

第十条 国家公务员在参加职工医疗保险的基础上享受公务员医疗补助。1—6 级伤残军人在参加职工医疗保险同时享受伤残军人医疗补助。具体办法由市医疗保险行政主管部门根据上级有关政策另行制定。

第十一条 职工医疗保险个人帐户本金和利息归个人所有，累计储存，可以结转使用和依法继承。办理异地就医手续的退休人员经本人申报可将余额转入养老保险社发帐户。

个人帐户不足支付的由个人负担。

第四章 医疗保险待遇、结算和管理

第十二条 以单位建制参加职工医疗保险人员从缴纳医疗保险费的次月起，依照本细则规定享受医疗保险待遇；以灵活就业人员身份首次参加职工医疗保险的，从缴纳医疗保险费之日起满6个月后享受医疗保险待遇。

凡未按规定缴纳职工医疗保险费或缓缴协议期满仍未缴费的，从欠费的次月起停止享受医疗保险待遇，按规定缴纳医疗保险费后，从次月起享受医疗保险待遇。以灵活就业人员身份在6个月以内续保的，当年正常享受医保待遇；在12个月以内续保的，从缴费后次月起享受医保待遇；超过12个月续保的，按灵活就业人员首次参保执行待遇。

参保人员欠缴医疗保险费超过6个月以上的，欠费期间特殊慢性疾病门诊、门诊统筹等所发生的医疗费用医保基金不予支付。

第十三条 大额医疗保险费随职工基本医疗保险费同步缴纳，同步享受大额医疗保险待遇。

第十四条 医疗保险基金使用范围

(一) 统筹基金使用范围：

医疗保险统筹基金的使用，必须同时具备以下条件：

1. 在定点医疗机构发生的住院医疗费用（包括急诊抢救）、重大疾病和特殊慢性疾病门诊医疗费用；
2. 符合基本医疗保险《药品目录》、诊疗项目和医疗服务设施范围；
3. 起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用；
4. 符合门诊统筹条件的医疗费用。

（二）个人帐户使用范围：

1. 在定点医疗机构门诊就医的医疗费用；
2. 在定点零售药店购药的费用；
3. 在定点医疗机构门诊和特殊慢性疾病门诊个人负担的费用；
4. 在定点医疗机构住院结算时由个人负担的医疗费用。

第十五条 住院医疗保险待遇

（一）职工基本医疗保险

1. 住院费用起付标准：

乡镇卫生院及社区卫生服务中心（站）300 元；

一级医疗机构 400 元；

二级医疗机构 600 元；

三级医疗机构 800 元；

转市外定点医疗机构 1200 元；

转市外部属定点医院 1500 元；

转省外及其他医院 2000 元。

办理了异地居住手续的退休人员在居住地省（直辖市）级以下定点各级别医疗机构住院，起付标准按以上相应级别对待，在省（直辖市）级医疗机构住院，起付标准按转外住院执行。

在同一结算年度内多次住院的，每增加一次住院，起付标准递减 100 元，但最低不少于 300 元。

2. 住院费用支付比例

在定点医疗机构住院的费用，基本医疗保险在起付标准以上、最高支付限额以内的，按以下比例从基本医疗保险统筹基金中支付：

（1）《药品目录》中甲类药品和政策内的基本诊疗项目费用支付 95%；

（2）《药品目录》中乙类药品和政策内的特殊诊疗项目（特殊检查、特殊治疗和特殊一次性材料）费用支付 80%；

（3）进口材料和人血及其制品费用经报备后支付 70%；

政策外药品、诊疗项目和超限额标准等费用全部由个人自费；起付标准以下和最高支付限额以上的医疗费用由个人负担。

（4）中医适宜技术、中草药费用在原支付比例的基础上提高 8%，支付比例最高不超过 95%。

3. 最高支付限额：

职工基本医疗保险最高支付限额为 15 万元，超过支付限额以上的部分由大额医疗保险基金支付。

（二）大额医疗保险

1. 起付标准：

职工当年累计政策范围内医疗费用达到 15 万元以上的，进入大额医疗保险基金支付。

2. 支付比例：

大额医疗保险的支付比例按照职工基本医疗保险支付同等比例执行。

3. 最高支付限额：

职工大额医疗保险最高支付限额为政策内费用 60 万元，包含重大疾病门诊政策内费用。

超过职工大额医疗支付限额以上的医疗费用大额医疗保险基金不予支付。

（三）医疗保险二次补偿

参保人员一个自然年度内，基本医疗保险政策范围内住院和门诊重大医疗费用个人负担累计达到 6000 元（含大额医疗保险，不含基本医疗保险住院起付线和转外及异地住院个人先行自付的费用）以上，医保基金按照下列规定给予二次补偿：

1. 起付标准：个人负担在 6000 元以下部分，由参保人员个人负担。

2. 支付比例：实行“分段计算”报销，即基本医疗保险政策范围内自付在 6000 元以上 30000 元（含）以下的部分报销 60%；30000 元以上 100000 元（含）以下的部分报销 70%；100000 元以上的部分报销 80%。

3. 最高支付限额：职工医保二次补偿年度内最高支付限额为 30 万元。

第十六条 门诊统筹

职工基本医疗保险门诊统筹以收定支，待遇低水平起步，今后根据门诊统筹资金运行情况逐步调整提高待遇水平。

职工医疗保险门诊统筹实行定点就医，享受医疗保险待遇的人员，原则上选择居住地的一所社区卫生服务中心（站）或一级定点医院为定点医疗机构，在院（校）学生可选择在该院（校）条件具备的附属医院或卫生所（室）就医。所在居住地无社区卫生服务中心（站）或一级定点医疗机构的，可定点到附近的二级定点医疗机构就医。医疗保险经办机构通过与承担门诊统筹的定点医疗机构签订医疗服务协议确定管理和结算办法。

门诊统筹限于使用国家基本药品、《药品目录》内甲类药品，《湖北省医疗保险、生育保险诊疗项目、服务设施和支付标准目录》的甲类诊疗项目。

（一）门诊统筹基金：从职工基本医疗保险统筹基金中按 15% 左右划入，建立门诊统筹基金。门诊统筹基金单独建账、单独核算、单独管理。

（二）最高支付限额：门诊统筹设立起付标准和最高支付限额，当年起付标准 100 元以上，最高支付限额 600 元以内的政策内医疗费用按规定比例报销。

（三）门诊统筹待遇：定点门诊就医医疗费在起付标准以上

至年封顶线以下的部分，每日发生在 50 元以内规定的医疗费用，门诊统筹基金支付 50%（其中在实行基本药物制度的乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）的一般诊疗费统筹基金支付 70%）。

参加职工基本医疗保险的人员在住院期间不享受门诊统筹待遇。

第十七条 特殊慢性疾病门诊管理

经审核确认符合特殊慢性疾病条件的参加职工基本医疗保险人员，可申请享受特殊慢性疾病门诊医疗待遇。

（一）特殊慢性疾病病种：脑血管意外后遗症、高血压病（伴有心、脑、肾等重要器官损害）、冠心病、糖尿病（伴并发症）、慢性肾功能不全、恶性肿瘤（包括白血病）、系统性红斑狼疮、帕金森氏病、重症肌无力、晚期肝硬化、精神分裂症、癫痫、器质性心脏病（伴二度心衰）、慢性阻塞性肺病（重度）、再生障碍性贫血、类风湿性关节炎（含强直性脊柱炎）、慢性重症肝炎抗病毒治疗等。

（二）申请鉴定程序：特殊慢性疾病每年组织鉴定一次，申请人填写《随州市医疗保险特殊慢性疾病鉴定表》，持出院记录、医学诊断证明等相关资料，参加医疗保障部门组织的医学鉴定，对符合标准的人员，颁发《特殊慢性疾病证》。

（三）门诊就医管理：享受医疗保险待遇的人员在有效期限内，本人持“社会保障卡”、《特殊慢性疾病证》到指定的定点医疗机构门诊就医，可按规定享受特殊慢性疾病门诊医疗待遇。

(四) 起付标准：职工医疗保险特殊慢性疾病门诊年起付标准为 400 元。

(五) 费用限额：职工医疗保险特殊慢性疾病为一种疾病的每月费用限额为 400 元，每多一个病种每月增加 50 元。

(六) 医疗待遇：职工医疗保险享受特殊慢性疾病人员当年起付标准以上，每月在限额以内的政策内费用报销 70%。

参保人员在住院期间不享受特殊慢性疾病门诊待遇。

第十八条 重大疾病门诊管理

参加职工基本医疗保险人员符合重大疾病门诊管理条件的，可申请享受重大疾病门诊待遇。

(一) 重大疾病门诊管理病种：组织器官移植术后抗排斥药费（包括抗排斥药血浓度监测费、肝肾功能检查费、尿液检查费等），尿毒症透析治疗费（包括促红素和低分子肝素），恶性肿瘤（含白血病）放化疗费（不含辅助治疗药物），血友病及地中海贫血使用凝血因子或输血的费用等。

(二) 重大疾病的申报备案：符合条件的参保人员持二级以上定点医院的住院病历资料到医疗保险经办机构申报，经审核备案后，在指定的定点医疗机构（组织器官移植术后抗排斥药可在指定的药店）发生规定的医疗费用纳入统筹基金支付。

(三) 医疗待遇：享受职工医疗保险的人员政策范围内规定的医疗费用按 80% 的比例从统筹基金支付（组织器官移植术后抗排斥药费按 90% 比例报销）。

参保人员在住院期间不享受重大疾病门诊待遇。

第十九条 转科与转院

（一）享受医疗保险待遇的人员在定点医疗机构住院期间，因病情需要转其他科室住院治疗的，应在院内办理转科手续，各科室发生的医疗费用在出院时一并结算。

（二）享受医疗保险待遇的人员确需转往本市行政区域外住院治疗的，须本市行政区域内二级以上定点医疗机构的主治医师提出申请，报分管院领导同意签字，并经医疗保险经办机构审查批准后，方可转往市外定点医疗机构住院治疗。

（三）参保人员按规定程序转市外省内定点医疗机构住院治疗，政策范围内住院费用先自付 10%后再按政策标准报销；转省外定点医疗机构和其他医院住院治疗，政策范围内费用先自付 20%后再按政策标准报销；未按规定程序办理转诊手续的到市外医疗机构住院治疗的，政策范围内费用先自付 30%后再按政策标准报销。

第二十条 异地就医管理

（一）参保人员因工作需要异地工作和退休后异地安置、随子女在异地长期居住在当地住院，应在 3 日内向参保地医保经办机构申报备案，比照市内同级医疗机构享受待遇。

（二）参保人员因探亲、旅游等急诊及抢救需异地住院，须在住院 3 日内向参保地医保经办机构申报备案，住院政策范围内费用先自付 10%后再按市内同级医院政策标准报销。

异地就医住院人员未按要求向参保地医保经办机构申报备案，住院政策范围内费用参照未按规定办理转诊手续政策执行。

定点医疗机构是指与医疗保险经办机构签订医保服务协议或纳入全国异地联网就医平台的医疗机构。

第二十一条 医疗保险关系转移和接续

参加城镇职工基本医疗保险人员从市外转回本市的，转入的外地实际缴费年限与本地缴费年限合并计算(重复缴费期间的年限不重复计算)，累计缴费年限满 25 年且在本地实际缴费年限满 10 年以上，方可享受退休医疗保险待遇。

参加职工医疗保险人员与用人单位解除劳动关系后，可按灵活就业人员继续参加职工医疗保险，也可选择参加居民医疗保险。参保人员在同一时间内缴纳了城镇职工和城乡居民医疗保险的，医疗保险待遇不能重复享受。

《中华人民共和国军人保险法》实施以前军人服现役年限视同职工基本医疗保险缴费年限，与入伍前和退出现役后参加职工基本医疗保险的实际缴费年限合并计算。

第二十二条 职工医疗保险缴费年限

(一) 设立最低缴费年限。参保人员缴费时间累计计算。参保人员退休时，缴费年限累计满 25 年(300 个月)以上的不再缴费，享受住院基本医疗保险、大病医疗保险等医保待遇，按规定配置个人账户；退休前累计缴费不满 25 年的继续缴费，退休费高于上年度全市在岗职工平均工资 60%的，以实际退休费为基数

缴费；退休费等于或低于上年度全市在岗职工平均工资 60%的，按上年度全市在岗职工平均工资的 60%为基数缴费。

（二）参保职工在办理退休手续时累计缴费年限不足 25 年的，可按年度继续缴纳，也可按当年标准一次性趸缴至 25 年。

（三）参保职工在办理退休手续时未达到最低缴费年限，又未继续缴纳职工医疗保险费和大额医疗保险费的，终止享受职工医疗保险待遇。

第二十三条 享受医疗保险待遇的人员到定点医疗机构就医或到定点零售药店购药时，必须持本人“社会保障卡”。定点医疗机构或定点零售药店接诊时，应认真核实确认执卡人身份后，方可就医、购药，通过医疗保险网络结算。

第二十四条 定点医疗机构对享受医疗保险待遇的人员，确认患有符合基本医疗保险住院条件的疾病，应及时安排住院治疗。定点医疗机构应当在参保人员入院 3 日内报医疗保险经办机构审核。

第二十五条 定点医疗机构的医务人员应对享受医疗保险待遇的患者因病施治，合理检查、合理治疗、合理用药，保证医疗安全。对符合出院条件的患者，及时办理出院手续，并通过医疗保险网络即时结算。享受医疗保险待遇的患者在住院期间应遵守医院制度，配合医疗机构接受治疗，不得点名检查、点名开药。

定点医疗机构临床医师实行医疗保险处方权管理制度，取得医疗保险处方权的医师方可为参保人员提供医疗服务。医师医疗

保险处方权管理办法由市医疗保险行政主管部门另行制定。

第二十六条 定点医疗服务机构应定期将参保人员的医疗费用等规定的相关资料整理汇总后报医疗保险经办机构审核结算，医疗保险经办机构审核后应及时按服务协议支付医疗费用。定点医疗服务机构对医疗保险经办机构日常管理和审核中发现的问题，要认真整改、及时纠正，并按有关政策和服务协议认真落实。

第二十七条 市医疗保险行政主管部门组织经办机构，每年对定点医疗、药店服务机构的医疗保险管理和服务等情况组织考核或评审一次，考核评审结果与其定点医疗、药店服务机构医疗费用的结算挂钩，并向社会公布。

第五章 法律责任

第二十八条 用人单位不为职工办理参加医疗保险登记的，由医疗保险行政部门依据《中华人民共和国社会保险法》第八十四条规定，责令限期改正；逾期不改正的，对用人单位处应缴医疗保险费数额一倍以上三倍以下的罚款，对其直接负责的主管人员和其他直接责任人员处 500 元以上 3000 元以下罚款。

第二十九条 用人单位未按时足额缴纳医疗保险费的，由医疗保险费征收机构依据《中华人民共和国社会保险法》第八十六条规定，责令限期缴纳或者补足，并自欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金；逾期仍不缴纳的，由有关行政部门处欠缴数额一倍以上三倍以下的罚款。

第三十条 医疗保险经办机构以及医疗机构、药品经营单位等医疗保险服务机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金支出的，由医疗保险行政部门依据《中华人民共和国社会保险法》第八十七条规定，责令退回骗取的医疗保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；属于定点医疗、药店服务机构的，解除服务协议；直接负责的主管人员和其他直接责任人员是医保服务医生的，依法终止其医保服务医生资格。

第三十一条 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险待遇的，由医疗保险行政部门依据《中华人民共和国社会保险法》第八十八条规定，责令退回骗取的医疗保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。

第三十二条 医疗保险经办机构及其工作人员有下列行为之一的，由医疗保险行政部门依据《中华人民共和国社会保险法》第八十九条规定，责令其改正；给医疗保险基金、用人单位或者个人造成损失的，依法承担赔偿责任；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分：

- （一）未履行社会保险法定职责的；
- （二）未将社会保险基金存入财政专户的；
- （三）克扣或者拒不按时支付医疗保险待遇的；
- （四）丢失或者篡改缴费记录、享受医疗保险待遇记录等医疗保险数据、个人权益记录的；
- （五）有违反社会保险法律、法规的其他行为的。

第三十三条 医疗保险费征收机构擅自更改医疗保险费缴费基数、费率，导致少收或者多收医疗保险费的，由有关行政部门依据《中华人民共和国社会保险法》第九十条规定，责令其追缴应当缴纳的医疗保险费或者退还不应当缴纳的医疗保险费；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第三十四条 违反《中华人民共和国社会保险法》规定，匿名、转移、侵占、挪用医疗保险基金或者违规投资运营的，由医疗保险行政部门、财政部门、审计机关依据《中华人民共和国社会保险法》第九十一条规定，责令追回；有违法所得的，没收违法所得；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第三十五条 医疗保险行政部门和其他有关行政部门、医疗保险经办机构、医疗保险费征收机构及其工作人员泄露用人单位和个人信息的，依据《中华人民共和国社会保险法》第九十二条规定，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分；给用人单位或者个人造成损失的，应当承担赔偿责任。

第三十六条 国家工作人员在医疗保险管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分。

第六章 附 则

第三十七条 本细则实施后，国家、省对医疗保险政策有调整的，由市医疗保险行政主管部门对本细则进行相应调整，报市

人民政府批准后执行。原医疗保险政策与本细则不一致的，以本细则为准。

第三十八条 当县（市、区）医保基金低于安全线以下时，经当地人民政府同意，报随州市人民政府备案，可作适当政策调整。

第三十九条 本细则由市医疗保险行政主管部门负责解释。

第四十条 本细则有效期5年，自2019年1月1日起施行。

抄送：市委各部门，随州军分区，各人民团体。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市监察委，市法院，市检察院。

随州市人民政府办公室

2018年12月29日印发
