

RZCR-2019-0020005

# 日照市人民政府办公室文件

日政办发〔2019〕25号

---

## 日照市人民政府办公室 关于印发日照市职工医疗保险市级统筹 实施办法的通知

各区县人民政府、管委，市政府各部门、单位，国家、省属驻日照各单位，各有关企业：

《日照市职工医疗保险市级统筹实施办法》已经市政府同意，现印发给你们，请结合实际抓好贯彻落实。

日照市人民政府办公室

2019年12月30日

（此件公开发布）

# 日照市职工医疗保险市级统筹实施办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为了进一步提高职工医疗保险基金共济保障能力和待遇水平，方便参保人员就医，根据国家和省有关法律法规，结合本市实际，制定本办法。

**第二条** 坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，实行职工医疗保险市级统筹基金统收统支，坚持医疗保险水平与经济发展水平和各方面承受能力相适应。职工基本医疗保险、大额医疗救助、大病保险、公务员医疗补助和长期护理保险，在全市范围内统一信息管理、统一经办流程、统一缴费标准、统一参保范围和项目、统一待遇标准、统一基金管理。

**第三条** 建立责任分担机制，经办业务分级管理，充分调动各方面积极性。

市医疗保障部门是市级统筹统收统支工作的主管部门，负责相关政策制定和组织实施。各级医疗保障部门及其所属医疗保险经办机构具体负责本辖区内医疗保险经办工作。市财政、人力资源社会保障、卫生健康、审计、税务等部门，按照各自的职责范围，配合做好本办法的实施工作。

## 第二章 参保缴费

**第四条** 全市机关、事业单位、社会团体、各类所有制企业、民办非企业单位、有雇工的个体经济组织(以下简称“用人单位”),应当统一组织本单位符合参保条件的人员参加职工医疗保险并按时足额缴费。用人单位与职工建立或者解除劳动(人事)关系的,应当在 30 日内办理医疗保险参保缴费或者停保手续。

本市行政区域内符合法定就业年龄、未与用人单位建立劳动(人事)关系的各类从业人员(以下简称“灵活就业人员”),按照日照市灵活就业人员参加城镇基本医疗保险实施办法参保,由个人缴费。无能力足额缴纳职工基本医疗保险费的,可以参加居民基本医疗保险。

**第五条** 职工医疗保险缴费基数由用人单位按照国家规定的工资构成项目据实申报。

**第六条** 基本医疗保险费由用人单位和职工双方共同缴纳。职工个人以本人上年度月平均工资收入为基数,按 2%的比例缴纳,由单位代扣代缴。用人单位以本单位在职职工缴费基数总和为基数,按 7%的比例缴纳。缴费基数不得低于上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资(以下简称省全口径平均工资)的 60%、不超过 300%,低于 60%的按 60%缴纳,高于 300%的按 300%缴纳。

灵活就业在职人员以上年度省全口径平均工资的 60%为基

数，按 5%的比例缴纳，实行单建统筹。困难企事业单位（职工平均工资低于上年度省全口径平均工资 60%的）经申请可以实行单建统筹，以上年度省全口径平均工资的 60%为基数，由单位按 5%的比例缴费，职工个人不缴费。

缴费基数由医疗保障部门会同财政部门根据有关规定进行适时调整。单位和职工缴费比例按照医疗保险基金可持续、参保单位及参保人员共同受益原则，根据经济发展和实际运行情况，经市政府批准可以作适时调整。

**第七条** 大额医疗救助金缴费标准原则上为上年度省全口径平均工资的 0.25%（按月核算），与基本医疗保险费同期缴纳。参加公务员医疗补助或者建立企业补充医疗保险的单位，大额医疗救助金可以分别从公务员医疗补助金或者企业补充医疗保险费中列支；其他人员由个人缴纳，可由单位代缴或从个人账户中代扣。

大额医疗救助金缴费标准根据结余情况，由市医疗保障部门会同市财政部门适时调整。

**第八条** 公务员医疗补助金按单位工资总额的 4%筹集，同步纳入统收统支范围。

**第九条** 用人单位或者参保人员超过 12 个月办理补缴欠费的，缴费基数不得低于实际办理补缴时上年度省全口径平均工资，政策另有规定的除外。

**第十条** 职工医疗保险实行最低缴费年限制度。

职工退休时，医疗保险累计缴费年限（含视同缴费年限）男满 30 年、女满 25 年且实际缴费满 10 年的，自退休次月起享受退休人员医疗保险待遇。

达不到上述规定年限的，不足部分可以办理一次性补缴（核算到月），也可以按月缴费至规定年限。在退休后 12 个月内补缴的，自退休次月起享受医疗保险退休待遇；超过 12 个月补缴的，自缴费次月起享受医疗保险退休待遇。

一次性补缴的，年补缴标准为补缴时上年度省全口径平均工资的 5%，补缴年限计算为实际缴费年限；按月缴费的，缴费基数为上年度省全口径平均工资，缴费比例与在职职工相同。

**第十一条** 参保人员 2002 年 12 月 31 日前的工龄或者养老保险缴费年限，视同职工医疗保险缴费年限。

2004 年 1 月 1 日以后一次性补缴的养老保险缴费年限不作为医疗保险视同缴费年限（工作期间应缴未缴的除外）。

已参加城乡居民基本医疗保险（含原新型农村合作医疗和原城镇居民基本医疗保险）和农民工医疗保险的成年居民，缴费年限按以下标准折算为职工医疗保险实际缴费年限：2014 年（含）之前的 3 折 1，2015 年（含）之后的 5 折 1。

### 第三章 医保待遇

**第十二条** 参保人员的医疗保险待遇由个人账户待遇和统筹待遇组成。实行单建统筹的在职人员无个人账户待遇。

**第十三条** 参保人员随用人单位缴费享受医疗保险待遇。

因单位欠费不能及时享受医疗保险待遇的退休人员，可以自愿选择个人医疗保险待遇与单位缴费脱钩。办法如下。

(一) 2002年12月31日前退休的，单位欠费期间继续享受医疗保险待遇；

(二) 2003年1月1日至2012年12月31日期间退休的，补缴本人自2003年1月起至退休月的未缴费年限且累计缴费年限达到职工医疗保险最低缴费年限；

(三) 2013年1月1日后退休的，实际缴费年限满10年且累计缴费年限达到职工医疗保险最低缴费年限。

补缴年限计算到月，年补缴标准为实际办理补缴时上年度省全口径平均工资的5%，自补缴之月起享受医疗保险待遇。

参加农民工医疗保险或者城乡居民基本医疗保险一年以上的人员，转换参加职工基本医疗保险的，自身份转换当月起享受相应的医疗保险待遇。

**第十四条** 医疗保险个人账户资金由以下部分组成：

(一) 单位职工本人缴纳的部分；

(二) 用人单位缴纳的部分按下列比例计入：在职职工以本人缴费工资为基数，45周岁及其以下的按1.5%、45周岁以上的按2.2%计入；退休人员以本人上年度发放的最后一个月（新退休人员以退休后第一个月）基本养老金（机关事业单位含职业年金、改革性补贴）为基数，按5%计入。

(三) 享受公务员医疗补助的人员，以本人缴费工资（退休人员同上）为基数，按 2.5% 计入。

**第十五条** 参加职工基本医疗保险并正常缴费的人员，按规定享受门诊统筹待遇。重点解决参保人员门诊多发病、常见病医疗费用，主要用于支付在定点基层医疗机构就医的医保目录内药品、一般诊疗费和其他基层医疗服务必需的医疗费用。

门诊统筹筹资标准每人每年 80 元，所需资金从职工基本医疗保险基金划拨，单独核算、单独管理。

在乡镇卫生院及其所属的一体化卫生室就医的暂不签约；在其他门诊统筹定点机构就医的需签约，签约后一个医疗年度内不得变更，期满可续签或转签。发生的符合门诊统筹基金支付范围内的医疗费用，无起付标准，报销比例 50%，每人每年最高报销 300 元。

办理了异地居住手续的参保人员，暂不纳入门诊统筹医疗保险范围。

**第十六条** 参保人员发生的纳入医疗保险统筹待遇支付范围的住院医疗费用和经批准的门诊慢性病医疗费用，分别由职工基本医疗保险统筹基金、大额医疗救助金，以及公务员医疗补助调剂金支付。

**第十七条** 职工基本医疗保险统筹基金、大额医疗救助金和公务员医疗补助金报销医疗费用实行年度最高限额制度。纳入基本医疗保险统筹基金年度最高限额为 15 万元，大额医疗救助金最

高限额为 10 万元，公务员医疗补助金最高补助限额为 50 万元。

**第十八条** 参保人员发生的符合规定的住院、门诊慢性病和急诊留院治疗的医疗费用，纳入医疗保险统筹基金支付范围，设定起付标准和支付比例。

#### （一）起付标准

根据医院的不同等级确定，一、二、三级医院的起付标准分别为：在职人员 300 元、500 元、700 元，退休人员 200 元、300 元、400 元；在一个统筹年度内，第 2 次住院起付标准比首次住院递减 100 元，第 3 次住院起取消起付标准；两次住院间隔不超过 15 天的起付标准按一次计算。门诊慢性病医疗费起付标准，在一个统筹年度内在职人员和退休人员统一为 700 元。

大病保险起付标准 8000 元。

#### （二）支付比例

1. 基本医疗保险。符合统筹基金支付范围的医疗费用，在一个统筹年度内起付标准以上至 1 万元部分，在职人员基本医疗保险支付 85%、退休人员支付 92.5%；1 万元至 15 万元部分，在职人员基本医疗保险支付 90%、退休人员支付 95%。

2. 大额医疗救助。符合统筹基金支付范围的医疗费用，在一个统筹年度内 15 万元至 25 万元部分，由大额医疗救助金支付 90%。

3. 大病保险。个人负担合规医疗费用起付标准以上、10 万元以下的部分，补助 75%；10 万元以上的部分补助 85%；个人年

度最高补助限额 40 万元。

4. 公务员医疗补助。职工大病保险支付范围内的个人自负费用，补助 50%；职工大病保险合规医疗费用年度最高补助限额以上的个人自负部分，补助 85%。

**第十九条** 门诊慢性病医疗管理实行全市统一病种范围、统一申报鉴定流程和标准、统一结算管理办法，具体办法另行制定。

**第二十条** 参保人员可以持身份证或者社会保障卡自主选择市内定点单位就医购药。

**第二十一条** 申请市外住院就医的，参保人员应当在规定时间内向市内具备转诊转院资格的医疗机构申请，医疗机构根据病情确认备案，医疗保险经办机构复核。

**第二十二条** 在市内具备转诊转院资格的医疗机构办理转诊转院备案手续的参保人员，发生的符合规定的异地医疗费用，个人先自付 10%，剩余部分与市内三级医院住院支付比例相同。

门诊慢性病患者转市外就医的，仅限癌症或者手术病种到原转诊备案医院复查，备案手续和医疗费支付比例按前款规定执行。

**第二十三条** 自行到异地住院后，又按规定方式备案的，符合规定的医疗费用个人先自付 30%，剩余部分与市内三级医院住院支付比例相同。

自行到异地住院未办理异地就医备案的，符合规定的医疗费用支付比例在前款基础上降低 10%。

**第二十四条** 已参保单位新增首次参保人员，自实际办理缴

费之月起按规定享受个人账户待遇，连续缴费第7个月起享受统筹待遇。

单位中断缴费6个月内补缴欠费的，中断期间职工享受医疗保险待遇。超过上述期限补缴的，中断期间职工不享受统筹待遇，发生的医疗费用由用人单位承担。

单位职工中断缴费9个月内补缴欠费的，中断期间享受医疗保险待遇。超过上述期限补缴的，自补缴之月起享受医疗保险待遇。

与单位解除（终止）劳动（人事）关系转换为灵活就业参保的人员以及灵活就业人员中断缴费9个月内补缴欠费的，中断期间享受统筹待遇。超过上述期限补缴的，自补缴后连续缴费第7个月起享受统筹待遇。

统筹区域外转入并在规定时限内办理医疗保险关系接续的，连续享受医疗保险待遇；超过规定时限接续的，从实际办理接续后连续缴费的第7个月起，享受统筹待遇。

**第二十五条** 起付标准、年度最高支付限额和支付比例的调整，由市医疗保障部门会同市财政部门根据统筹基金结余等情况适时进行调整。

**第二十六条** 有条件的用人单位可以建立补充医疗保险，为本单位参保人员提供适当医疗补助。

补充医疗保险费在工资总额5%以内的部分，在计算应纳税所得额时扣除。

## 第四章 医疗服务管理

**第二十七条** 市医疗保障部门会同有关部门，依据国家和省基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围及国家基本药物制度的规定，确定本市的实施标准和办法。

**第二十八条** 建立全市基本医疗保险定点医疗机构和定点零售药店（以下简称“定点单位”）统一监管机制，推行信用等级制度、定岗医师制度，并引入准入、退出竞争机制。

本着有利于落实各级权责的原则，合理划分市、区县管理权限，方便参保人员在市内定点单位就医购药。

**第二十九条** 建立全市医疗保险经办机构对定点单位统一医疗服务行为监管、统一医疗费用审核结算机制。对参保人员在定点单位发生的医疗费用实行多种模式相结合的复合式结算办法；市直及区县医疗保险经办机构原则上负责与本行政区域内定点单位的审核结算。

**第三十条** 进一步完善基本医疗保险信息系统，实行全市统一联网管理。参保人员在市内定点单位住院或者门诊慢性病治疗的，医疗终结后定点单位即时结算应当由个人负担的部分；定点单位垫支的属于统筹基金支付的住院医疗费和门诊慢性病医疗费，由定点单位每月与指定的医疗保险经办机构结算。

**第三十一条** 定点单位应当建立和完善医疗保险内部管理制度，严格执行基本医疗保险各项政策规定和医疗服务协议，严

格执行基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准,对参保患者超出基本医疗保险范围外的费用总量控制,实行自费项目提前告知制度,及时向参保患者提供医疗费用每日清单。

**第三十二条** 成立市医疗保险医疗专家组,成员从市内二级以上医院和专科医院的临床、药学、护理等方面的专家中选取;医疗保险经办机构在监督检查中,遇到需要界定医疗合理性等问题时,提交专家组进行审核认定。具体办法由市医疗保障部门另行制定。

**第三十三条** 用人单位应当依法办理医疗保险登记,并按法律法规和本办法规定按时足额缴纳医疗保险费。用人单位违反上述规定,按照《中华人民共和国社会保险法》有关规定处理。

**第三十四条** 参保人员、定点单位及其工作人员发生与医保基金有关的违法、违规行为,按照有关规定处理。

## 第五章 基金管理

**第三十五条** 职工基本医疗保险基金、大额医疗救助金及公务员医疗补助金纳入社会保障财政专户(简称财政专户),实行“收支两条线”管理。按不同险种和不同制度分别建账、分账核算、分别计息、专款专用,不得相互挤占和调剂。

**第三十六条** 实施统收统支后,全市设立统一的收入户和财政专户,各区县医疗保险经办机构仍保留职工基本医疗保险基金

收入户和支出户。

**第三十七条** 区县医疗保障部门按月将当期征缴的职工医疗保险基金足额上解市医疗保险基金收入户。市、县两级基金支出户预留 2 个月的支出额度作为备用金。区县医疗保险经办机构按月向市医疗保险经办机构提出基金支付用款计划，市医疗保险经办机构连同市本级所需基金汇总后统一报市财政部门核准拨付。

**第三十八条** 统收统支以前形成的职工医疗保险历史结余基金全部上解市财政专户。

**第三十九条** 市医疗保障部门根据工资增长率、就业指标、参保缴费率等指标，下达年度参保护面、基金征缴计划（简称年度计划）。区县因不可抗力因素未完成年度计划的，由区县医疗保障部门提出年度计划调整建议，经区县政府同意后，报市医疗保障部门批准。

当年职工医保基金收不抵支的区县，经市医疗保障部门、市财政部门同意后由各区县的历史结余基金支付。历史结余基金用完后仍不足的，完成年度计划任务的区县，缺口部分由市级统筹基金承担；未完成年度计划任务的区县，缺口部分市级统筹基金承担差额的 90%、区县财政承担差额的 10%。区县财政承担差额的 10%直接上解市财政专户。

对未按规定上解当期基金收入和历史结余基金的区县，市级不核拨基金。

## 第六章 附 则

**第四十条** 本办法自 2020 年 1 月 1 日起施行,有效期至 2024 年 12 月 31 日。2010 年 12 月 21 日,日照市人民政府发布的《日照市城镇基本医疗保险市级统筹实施办法》(日政发〔2010〕61 号)同时废止。以前规定与本办法不一致的以本办法为准。