

000156

咸宁市人民政府办公室文件

咸政办发〔2022〕3号

市人民政府办公室关于 印发咸宁市职工基本医疗保险和 生育保险实施办法的通知

各县、市、区人民政府，市政府各部门，咸宁高新区管委会：

《咸宁市职工基本医疗保险和生育保险实施办法》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。

咸宁市人民政府办公室

2022年2月28日

（此件公开发布）

咸宁市职工基本医疗保险和 生育保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为健全完善我市城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和生育保险制度，规范职工医保、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》《社会保险费征缴暂行条例》《湖北省全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施意见》（鄂医保发〔2019〕42号）等法律、法规和政策规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 职工医保和生育保险坚持保障水平与本市经济社会发展水平相适应；坚持加强宣传引导与依法强制参保相结合；坚持权利义务对等，缴费标准、参保年限与待遇水平相衔接；坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”基本原则，专户管理。

第三条 市、县（市、区）政府负责统筹规划和综合管理本地职工医保和生育保险工作，确保基金安全运行和收支平衡。医疗保障部门负责职工医保和生育保险的政策制定、业务经办、基金监管、协议管理等日常工作；财政部门会同医疗保障等部门做好职工医保和生育保险的财务管理和基金监督工作，对信息系统改造提供必要的资金支持；卫健部门负责加强各级医疗机构建设，规范定点医疗机构诊疗服务行为，合理制定分级诊

疗规范、流程等其他工作；税务部门负责做好职工医保和生育保险基金征缴工作，并通过电子渠道回传相关信息；发改、公安、市场监督管理、审计、药监、银保监等相关部门按照各自职责，协同做好职工医保和生育保险相关工作；定点医疗机构和定点零售药店（以下简称定点医药机构）配合做好有关工作。

第二章 覆盖范围

第四条 职工医保的参保对象：本市行政区域内的党政机关、事业单位、社会团体、企业、个体经济组织、民办非企业等单位（以下统称用人单位）的在职职工和退休人员。

生育保险的参保对象：本市行政区域内用人单位在职职工。领取失业保险金人员和灵活就业人员不参加生育保险。

灵活就业人员可自由选择参加职工医保或者城乡居民基本医疗保险。

本办法所称灵活就业人员的范围：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，男 18 周岁至 60 周岁、女 18 周岁至 55 周岁。

第三章 基金筹集

第五条 职工医保费由用人单位和职工共同缴纳。生育保险费由用人单位缴纳，职工个人不缴纳生育保险费。

第六条 职工医保和生育保险缴费基数以用人单位职工工资据实核定，单位职工工资高于全市年度社会保险缴费基数300%的，以全市年度社会保险缴费基数的300%作为缴费工资基数；单位职工工资低于全市年度社会保险缴费基数60%的，以全市年度社会保险缴费基数的60%作为缴费工资基数。

灵活就业人员参加职工医保，缴费基数和费率按照全市年度社会保险缴费基数的8%核定，基本医疗保险费全部由本人承担，并按照年度核定一次性缴纳。

第七条 职工医保费率为本单位缴费基数的10%。其中，用人单位缴纳8%，职工个人缴纳2%，并实行用人单位统一代扣代缴；生育保险费率机关事业单位为1%，企业单位为0.5%。

第八条 用人单位缴费部分，按照单位性质不同分类负担。各类企业、有雇工的个体工商户由单位或者雇主负担；事业单位由财政和单位分担，比例由各县（市、区）自行确定；国家机关公务员和参照公务员管理的事业单位人员由财政负担。

累计缴费年限不足的退休人员缴费部分，国家机关公务员和参照公务员管理的事业单位的退休人员由财政负担，事业单位的退休人员按照原渠道解决；其他单位的退休人员由所在用人单位或者个人负担，不得强制企业为退休人员缴纳不足年限职工医保费。

第九条 企业单位撤销、合并、兼并、转让、租赁、承包时，接收或者继续经营者依法承担其单位职工医保责任，及时缴纳职工医保费。企业破产时，在优先偿付拖欠的职工工资同

时，必须补足欠缴的职工医保费。

第十条 用人单位因不可抗力按时足额缴纳职工医保费确有困难的，可向参保地医疗保障部门申请办理缓缴手续，经参保地医疗保障部门批准后方可缓缴，但缓缴期最长不得超过 6 个月。

第十一条 参加职工医保的人员必须同时参加职工大额医疗费用补助（即原职工大病保险，以下简称大额医疗费用补助），职工医保基金和大额医疗费用补助基金可调剂使用。职工大额医疗费用补助保费由个人缴纳，与基本医疗保险费实行同核同征。

第十二条 职工医保实行累计缴费年限制度。参保人员达到国家法定退休年龄时，累计缴费年限男满 30 年、女满 25 年，且实际缴费年限达到 15 年的，退休办理累计缴费年限认定手续后不再缴纳基本医疗保险费，按照规定享受基本医疗保险待遇。

第十三条 国家机关公务员和参照公务员管理的事业单位人员享受医疗补助政策，医疗补助资金列入同级财政预算。其他用人单位及其职工可参照公务员医疗补助政策执行，医疗补助所需资金由所在单位承担。自主择业的军队转业干部未被党和国家机关、人民团体、企业事业单位录用聘用期间，按照安置地政府的有关规定，统一参加安置地的基本医疗保险，并享受公务员医疗补助待遇。

公务员医疗补助办法由各地另行制定。

第四章 医疗保险待遇

第十四条 参保职工门诊医疗费用先由个人账户支付，个人账户不足支付时，由职工门诊统筹基金支付；已评定门诊慢特病的，个人账户不足支付时，由门诊慢特病配额支付，门诊慢特病配额标准不足支付时，再由职工门诊统筹基金支付。

第十五条 职工医保建立个人账户，个人账户的本金和利息属于个人所有，可以跨年度结转使用和依法继承，或者按照有关规定提取。个人账户可用于本人住院自费部分、门诊、购药等费用，具体适用范围按照国家、省、市有关规定执行。

第十六条 职工医保个人账户按照年缴费基数的一定比例划入：在职人员 45 岁（含 45 岁）以下划入 2%，46 岁（含 46 岁）以上划入 2.5%；退休人员个人账户分配为 4.6%。

第十七条 参保职工享受门诊统筹待遇。参保职工在定点医疗机构发生的政策范围内门诊医疗费用，职工门诊统筹基金按照以下规定支付：

（一）起付标准为每人每年 100 元；支付比例：一级及以下定点医疗机构为 75%，二级定点医疗机构为 65%，三级定点医疗机构为 60%；职工门诊统筹年基金支付限额为 1000 元；

（二）参保患者可自主选择定点医疗机构就医结算，转院转诊、异地就医发生政策范围内门诊医疗费用统一按照三级定点医疗机构比例报销。

第十八条 参保职工经评审取得门诊慢特病资格的，享受

门诊慢特病待遇。

（一）门诊慢特病分为门诊特殊慢性病和门诊一般慢性病，具体病种类、管理办法和待遇标准由市直和各县（市、区）根据医保基金承受能力自行制定，逐步统一全市职工门诊慢特病病种范围和待遇标准，各县（市、区）不得超出全市现行职工医保门诊慢特病病种范围新增病种；

（二）支付比例：在职人员为 75%，退休人员为 80%。

第十九条 参保职工政策范围内住院医疗费用起付标准以下的由个人支付，起付标准以上的按照以下规定支付：

（一）起付标准。一级医疗机构（含社区医疗机构）为 200 元，二级医疗机构为 400 元，三级医疗机构为 600 元，转市外医疗机构为 1000 元。各类恶性肿瘤、白血病、再生障碍性贫血、透析治疗年内起付标准 1000 元封顶；

（二）报销比例。一级医疗机构（含社区医疗机构）为 92%，二级医疗机构为 90%，三级医疗机构为 88%，转市外医疗机构为 88%。退休人员报销比例按照上述档次分别提高 3%。

第二十条 职工医保待遇支付期按照自然年度计算，参保人员住院治疗跨年度的，按照出院结算日期确定本次住院所在年度。一个自然年度统筹基金的最高支付限额按照上年度全市在岗职工平均工资 6 倍确定。门诊统筹费用、门诊慢特病费用和住院费用合并计算统筹基金的年度最高支付限额。

第二十一条 从职工医保统筹基金中筹集意外伤害医疗保险费，用于支付参保职工意外伤害的住院医疗费用。

第二十二条 参保职工在基本医疗保险支付后，政策范围内的个人自付部分再由大额医疗费用补助按照下列规定支付：参保职工政策范围内个人自付费用年度累计超过 1.2 万元的部分，在 3 万元以下（含 3 万元）的支付比例为 60%，3 万元以上至 10 万元以下（含 10 万元）的支付比例为 70%，10 万元以上的支付比例为 80%。

第二十三条 新增参保单位和用人单位新录用人员，从缴费次月起享受职工医保待遇。灵活就业人员等其他人员首次参加职工医保的，从缴费之日起满 3 个月（90 天，下同）后开始享受待遇。用人单位和灵活就业人员欠缴职工医保费的，从欠费次月起停止职工医保和生育保险待遇。

用人单位欠费在 3 个月以内的，足额补缴欠费后，基金按照规定支付职工医保和生育保险待遇；欠费 3 个月以上，不足 6 个月的，足额补缴欠费后，基金按照规定支付欠费期间的生育保险待遇，欠费期间职工医保待遇由用人单位支付；欠费超过 6 个月的，欠费期间职工医保和生育保险待遇由用人单位支付。用人单位未按照规定为职工缴纳两项保险费的，职工患病发生的医疗费用和生育待遇由用人单位按照职工医保和生育保险政策规定的标准予以支付。

灵活就业人员等其他人员欠费在 3 个月以内的，从足额补缴欠费的次月起开始享受待遇；欠费超过 3 个月的，从缴费到账之日起 3 个月后开始享受待遇。欠费期间发生的医疗费用，基金不予支付。

职工与用人单位解除劳动关系后，在 3 个月内以灵活就业人员身份继续参加职工医保且持续缴费的，不设置待遇等待期。领取失业保险金人员申请失业保险待遇期间出现的医疗保险间断月份的医保费，由失业职工个人补缴。从中断就业之日起超过 3 个月补缴的，间断月份期间发生的医疗费用，基金不予支付。

第二十四条 参保统筹区外转入职工医保关系的，在 3 个月内转移接续并补缴期间医保费的，从缴费到账之日起享受职工医保待遇；超过 3 个月以上接续医保关系的，视同重新参保，从缴费到账之日起 3 个月后开始享受待遇。欠费期间发生的医疗费用，基金不予支付。

第二十五条 关闭、破产、改制企业的退休人员个人账户划分按照原标准划入，医疗保险待遇和最高支付限额按照本办法规定执行。

第二十六条 单列人员、离休人员、副师级以上干部、1—6 级伤残军人、1953 年底前复退军人等群体，其医疗待遇按照国家、省、市有关规定执行。

第二十七条 参保人员由于下列原因产生的医疗费用，个人先自付比例或者部分为：

- （一）药品目录范围内的乙类药品为 5%；
- （二）“血液制品（含血浆、白细胞、红细胞、血小板、全血）”乙类项目的医疗费用为 30%；
- （三）乙类治疗、检查项目的医疗费用为 10%；

(四) 血液透析乙类诊疗项目的医疗费用为 0.5%;

(五) 医用材料目录中综合服务类和医技类项目医疗费用为 10%;

(六) 医用材料目录中临床诊疗类、中医及民族诊疗类及手术治疗类(含新增)项目中医用耗材医疗费国产为 15%、进口为 30% ;

(七) 住院床位费超标准费用部分;

(八) 本办法规定的市外转诊、就诊应由个人先自付费用部分。

第二十八条 符合国家、省、市人口与计划生育政策规定,且用人单位按照规定参加生育保险,连续足额缴纳职工医保费 6 个月的次月起,可享受生育保险待遇。

第二十九条 生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴及国家、省、市规定的其他费用。

(一) 生育医疗费用。包括产前检查费、生育医疗费、计划生育医疗费等。其中,符合国家政策生育二孩及以上的参保女职工,可享受产前检查费待遇,年最高支付限额为 300 元;生育医疗费年最高支付限额:流产为 300 元,顺产为 3000 元,剖腹产为 5000 元;计划生育医疗费包括因计划生育实施放置(取出)宫内节育器、皮下埋植(取出)术、绝育手术所发生的医疗费用及妇检费用,年最高支付限额为 500 元。

职工未就业的配偶生育按照上述标准享受生育医疗费待遇。

（二）产（休）假津贴。符合法律法规规定生育的女职工，享受国家、省规定的产假期间的产假津贴。女职工生育或者流产（引）产，在符合规定的生育或者终止妊娠的产假、休假时间内享受生育津贴。

生育津贴按照用人单位上年度在岗职工月平均工资除以 30 天再乘以应享受产假天数计算。现单位无法确定上年度平均工资的，按照本人享受待遇前 6 个月用人单位在岗职工月平均工资计算。

（三）护理假津贴。参加生育保险的用人单位男职工，其配偶符合国家政策生育的，在配偶产假期间可享受 15 天护理假和护理假津贴，护理假日津贴标准按照其配偶生育的上一个月用人单位平均日工资计算。参保男职工未就业配偶不享受生育津贴待遇。

（四）参加生育保险人员因生育或者计划生育手术引起合并症或者并发症的，医疗费用和合并症或者并发症费用统一纳入基本医疗保险报销范围按照有关规定支付。

第三十条 医疗保障经办机构按照本办法规定标准拨付给用人单位的职工生育津贴、护理津贴，低于职工本人工资、福利标准的，其差额由职工所在单位补足；高于职工本人工资、福利标准的，按照津贴标准计发。

由财政全额拨款的单位，其职工生育保险生育津贴、护理津贴由医疗保障经办机构与财政部门另行结算。

第三十一条 参保人员由于下列原因产生的医疗费用，医

保基金和生育保险不予支付:

- (一) 应从工伤保险基金中支付的;
- (二) 应由第三人负担的;
- (三) 应由公共卫生负担的;
- (四) 在境外就医产生的;
- (五) 体育健身、养生保健消费、健康体检产生的;
- (六) 自杀、自残(重度残疾人、精神病人除外)、斗殴、酗酒、吸毒及其他违法犯罪行为导致伤病或者造成妊娠终止的;
- (七) 使用胚胎移植等助孕技术产生的;
- (八) 美容、整形产生的;
- (九) 按照有关规定不予支付的其他费用。

第五章 医疗服务管理

第三十二条 医疗保障经办机构与各定点医药机构就有关服务人群、服务范围、服务内容、服务质量、费用结算办法和结算方式签订医疗服务管理协议,明确双方的权利和义务,保障参保职工的合法权益,有效控制医保基金合理支付。

第三十三条 参保职工在市内定点医疗机构住院就医,实行“一卡就医、一站服务、一票结算”。符合参保地转诊规定的参保人员,由参保地转诊定点医疗机构开具转诊转院证明,在网上或者参保地医疗保障经办机构办理转诊登记备案。

第三十四条 参保职工转异地定点联网结算医院住院的,

直接在医院办理费用结算手续；在异地非联网结算医院住院的，医疗费用先由本人垫付，在诊疗结束后提供合法有效的票据和相关资料原件，最迟于次年底前到参保地医疗保障经办机构按照规定审核报销。

第三十五条 参保职工按照规定办理转诊登记备案手续的，定点医疗机构政策范围内医疗费用个人先自付 10%。未按照规定办理转诊登记手续或者自行外出就诊的，政策范围内医疗费用个人先自付 20%。参保人员在非定点医疗机构急诊抢救的，政策范围内医疗费用个人先自付 20%。

第三十六条 鼓励商业保险机构参与医保经办。政府通过向商业保险公司购买服务等方式，委托具有资质的商业保险机构参与基本医疗保险、大额医疗费用补助、意外伤害、补充医疗保险等经办服务，激发经办活力。

第六章 基金管理

第三十七条 职工医保基金严格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，实行财政专户管理，单独核算。

第三十八条 基金预决算由各级医疗保障部门、财政部门、税务部门根据社会保险基金财务制度有关规定，统一组织编制。

第三十九条 建立基金风险预警制度。市、县（市、区）统筹基金当年结余率低于 5%或者超过 25%时，市、县（市、区）

医疗保障部门应会同财政部门提出基金预警意见，报同级人民政府批准后实施。

第四十条 定点医药机构的医疗费用实行定点机构分级管理考核，按月预结，年终清算。对定点医疗机构可按照年度内月发生的医保基金量预拨一定数额的周转金。

第七章 监督管理

第四十一条 医疗保障部门和财政部门要加强对医保基金的监督管理，审计部门对医保基金收支、管理和使用情况进行审计。

第四十二条 医疗保障、卫生健康、市场监督管理、药监、财政、审计、公安等部门要分工协作、相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，共同做好医保基金使用监督管理工作。

第四十三条 医疗保障部门要建立考核评价机制和动态管理机制，充分利用协议管理，强化对医疗生育服务的监控。定点医药机构要设立管理部门，建立内部管理制度，配备专（兼）职管理人员，严格执行职工医保和生育保险政策，认真履行服务协议，为参保人员提供优质高效的职工医保和生育保险服务。

第四十四条 医疗保障部门要加强对医疗保障经办机构和定点医药机构的监督检查，接受群众举报和投诉，并依法及时处理，落实举报奖励。

第八章 信息化建设

第四十五条 各级政府要推进医疗保险和生育保险信息系统建设，信息化建设相关费用列入同级财政预算。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、医保电子凭证在参保缴费、费用结算等业务中的应用；建立健全与公安、民政、人力资源和社会保障、卫生健康、市场监督管理、税务、教育、乡村振兴、残联、退役军人事务等部门和有关商业保险机构的数据共享交换机制，实现必要的信息交换和数据共享，为参保患者提供基本医保、大额医疗费用补助、医疗救助和异地就医“一站式”结算服务。

第九章 附 则

第四十六条 本办法由市医疗保障局负责解释。市医疗保障局可根据本办法制定实施细则及有关具体管理办法，并组织实施。

第四十七条 本办法自 2022 年 4 月 1 日起施行，有效期 5 年。2011 年 12 月 28 日印发的《市人民政府办公室关于调整〈咸宁市城镇职工医疗保险实施办法〉的通知》（咸政办发〔2011〕94 号），2017 年 4 月 14 日印发的《市人民政府关于印发咸宁市职工生育保险实施办法的通知》（咸政规〔2017〕2 号）同时废止。

此前出台的职工医保、生育保险有关政策、规定与本办法不一致的，依照本办法有关规定执行。本办法施行后，国家法律法规和上级政策关于职工医保、生育保险制度有新规定的，依照其规定。

抄送：市委各部门，咸宁军分区，各人民团体。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市监委，
市法院，市检察院。

咸宁市人民政府办公室

2022年3月2日印发
