



# 铜梁县人民政府办公室 关于印发铜梁县城镇职工医疗保险市级统筹实 施意见的通知

铜府办发〔2011〕49号

各镇人民政府、街道办事处，县政府各部门，有关单位：

经县政府第81次常务会议研究同意，现将《铜梁县城镇职工医疗保险市级统筹实施意见》印发给你们，请遵照执行。

二〇一一年九月十四日



## 铜梁县城镇职工医疗保险市级统筹 实施意见

为了稳步推进我县城镇职工医疗保险市级统筹工作，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）和《重庆市人力资源和社会保障局关于做好城镇职工医疗保险市级统筹有关准备工作的通知》（渝人社发〔2011〕194号）精神，结合本县实际，现就基本医疗保险市级统筹工作提出如下实施意见。

### 一、指导思想

认真贯彻落实《中共重庆市委关于做好当前民生工作的决定》（渝委发〔2010〕19号）精神，深入贯彻落实科学发展观，以增强医疗保险公平性、提升医疗保障能力、提高参保人员待遇水平为出发点，提高城镇职工医疗保险统筹层次。

### 二、目标任务

力争在2011年10月底前实现城镇职工医疗保险全市统筹。

### 三、基本原则

统一城镇职工医疗保险缴费标准、待遇标准，提高医疗保险公平性；统一药品和医疗服务项目目录，促进制度可持续发展；



统一经办流程和定点管理，提升服务能力，方便参保人员就医。

#### 四、政策措施

##### （一）统一缴费基数

企业以企业职工工资总额为缴费基数；职工以本人的缴费工资为个人缴费基数（个人缴费基数超过上年度本统筹区职工平均工资 600%的，按 600%计算，低于上年度本统筹区职工平均工资 40%的，按 40%计算）；国家行政机关、民主党派、社会团体（含参照行政机关工资管理的单位），以职务工资和级别工资之和为缴费基数；事业单位以固定工资和活工资之和为缴费基数。

##### （二）统一医疗保险费缴费率

1.基本医疗保险费率：用人单位按缴费基数的 8%缴纳。

2.职工个人按缴费基数的 2%缴纳基本医疗保险费。

3.退休人员个人不缴纳基本医疗保险费。

4.用人单位达到缴费年限的退休人员，占本单位在职职工的比例未超过 70%的，随所在单位参加基本医疗保险，单位不为退休人员缴费；用人单位达到缴费年限的退休人员，超过 70%的，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%以上的每位退休人员缴纳基本医疗保险费。

5.大额医疗费互助基金缴费标准。所有参加基本医疗保险者均应按个人每月缴费 2 元，用人单位按基本医疗保险缴费基数的

1%缴纳大额医疗费互助基金。

6.个人身份参保人员医保缴费费率。一档：医疗保险费按上年度市平工资的 5%缴纳（其中：基本医疗 4%、大额医疗 1%）。二档：医疗保险费按上年度市平工资的 11%缴纳（其中：基本医疗 8%、个人 2%、大额医疗 1%）。

### （三）统一缴费年限

1.2011 年 10 月 30 日后，按法定条件、法定程序退休的人员，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。

2.2003 年 7 月 1 日以前符合国家规定的连续工龄和工作年限视为缴费年限；2003 年 7 月 1 日前符合国家规定的连续工龄和工作年限与 2003 年 7 月 1 日以后参加职工医保的缴费年限合并计算缴费年限。

3.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基数 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。

### （四）统一医疗待遇

1.个人账户待遇。个人账户的构成：职工个人缴纳的基本医疗保险费全额计入本人个人账户；用人单位缴纳的基本医疗保险费按比例划入个人账户，即：35岁以下的职工，按本人基本医疗保险缴费基数<sup>1</sup>的1.3%划入；35岁至44岁的职工，按本人基本医疗保险缴费基数<sup>1</sup>的1.5%划入；45岁以上的职工，按本人基本医疗保险缴费基数<sup>1</sup>的1.7%划入；退休人员按本单位在职职工人均缴费基数<sup>1</sup>的4%划入，其中以个人身份参保并达到法定退休年龄的人员，缴费期内划入比例为4%，缴费期满后划入比例为上年度本市城镇经济单位职工年平均工资的60%的4%。

## 2.住院医疗待遇

（1）起付标准：一级医院为400元，其中一级社区医院200元；二级医院为640元，其中二级社区医院440元；在三级医院住院治疗为880元；一年内多次住院治疗，起付标准在上述标准基础上逐次降80元。

（2）支付限额和支付比例。统筹基金对参保个人的基本医疗保险每年最高支付限额为3.2万元。大额互助医疗基金支付最高限额为50万元。参保人员住院医疗费在起付标准以上至支付限额以下的符合报销政策部分，由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；在支付限额以上符合报销的部分，由大额医疗费互助基金按100%比例支付。

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。

### **3.特殊疾病管理与报销**

(1) 特殊疾病范围: ①恶性肿瘤的放疗、化疗和镇痛治疗; ②肾功能衰竭病人的透析治疗; ③肝、肾、心脏瓣膜、造血干细胞移植术后的抗排异治疗; ④糖尿病 1 型、2 型; ⑤系统性红斑狼疮; ⑥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); ⑦冠心病; ⑧风湿性心瓣膜病; ⑨脑血管意外后遗症(脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血后遗症); ⑩支气管哮喘、慢性支气管炎伴阻塞性肺气肿、慢性肺原性心脏病; 慢性肝硬件化(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; 重度前列腺增生; 血友病; 类风湿性关节炎; 帕金森病; 肌萎缩侧索硬化症; 骨髓增生性疾病(真性红细胞增生症、原发性血小板增多症、原发性骨髓纤维化症)。其中, 以个人身份参保一档特病只含恶性肿瘤的放疗、化疗和镇痛治疗; 肾功能衰竭病人的透析治疗; 肝肾、移植术后的抗排异治疗; 血友病四类。





(2) 特殊疾病的医疗机构定点。参保人申报特殊疾病时，只能选择一家定点医院作为本人特殊疾病治疗定点医院。但申报恶性肿瘤的人员可同时选择一家中医医院和一家综合性医院(或肿瘤专科医院)作为本人恶性肿瘤门诊治疗医院；申报精神分裂症、心境障碍(抑郁躁狂症)、偏执性精神障碍、结核病、肝肾移植术后的抗排异治疗特殊疾病的人员，同时又办理了其他特殊疾病的，除选择一家专科医院治疗上述疾病外，还可选择一家定点医院治疗其他疾病。

(3) 特殊疾病门诊报销。特殊疾病门诊医疗费在医疗保险统筹基金起付标准以上，最高支付限额以下的部分，统筹基金支付的比例是：恶性肿瘤的放疗、化疗、心脏瓣膜、造血干细胞移植术后的抗排异治疗费用按 90%支付；其他特殊病按 80%支付，重度前列腺增生一年内最高支 1000 元。

门诊白内障摘除术，以单次手术为一个结算单元，其医疗费用按基本医疗保险住院医疗费用结算。

(4) 特殊疾病的起付线和最高支付限额。按选定的特殊疾病门诊定点医院支付一次起付线，如选择了两家以上定点医院的，以选择的最高级别定点医院支付起付线。一年内多次住院治疗的，只计算一次起付线。特殊疾病门诊治疗与住院治疗合并计算，即超过基本医疗保险支付限额的部分进入大额医疗支付。



4.不予支付范围：有下列情形之一的，统筹基金和个人账户均不予支付：

职工在非定点医疗机构、非定点零售药店就医和配药所发生的医疗费用；

职工就医和配药所发生的不符合基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施、用药范围和支付标准的医疗费用；

职工因工伤、医疗事故、交通事故等由第三者责任发生的医疗费用；

由生育保险支付的范围和市规定的其他情形。

5.享受医疗待遇时间。单位参保的，当月参保，次月享受。个人身份参保的，必须缴费满 12 个月后方可享受医保待遇；中断后 3 个月内续保的，补缴中断期间医疗保险费后享受医保待遇；中断超过 3 个月后续保补缴的，补计参保人中断期间个人账户，从补缴次月起享受医保待遇，对职工造成的损失，由用人单位承担。

以上征收、支付政策从 2011 年 11 月 1 日起施行，市级统筹政策有调整从其政策。

#### （五）调整公务员医疗补助和补充医疗保险政策

机关事业单位继续执行《铜梁县公务员医疗补助实施意见》（铜府办发〔2003〕20 号），其他事业单位和企业执行《铜梁县



人民政府办公室转发铜梁县城镇职工补充医疗保险实施细则的通知》(铜府办发〔2003〕21号),但费率调整为缴费基数的3%(即不再包含大额医疗1%),其中机关事业单位由财政负责2%,单位负责1%;其他事业单位和企业人员由单位全额承担。待遇为:缴费基数的2%进入个人账户,不再报销门诊费用;1%作为公务员医疗补助或补充医疗基金,用于住院报销;住院报销范围费用在3.2万元以内,基本医疗报销后自费部分按70%报销。

## **五、工作要求**

### **(一) 加强领导, 加大投入**

基本医疗保险市级统筹工作任务重、政策性强、涉及面广,是一项系统工程,关乎广大职工的切身利益。各镇人民政府(街道办事处)、县政府有关部门和单位要高度重视,切实加强领导,落实责任,精心组织,认真抓好各项政策措施的落实。要根据市级统筹的实际需求,切实加强医疗保险经办机构建设,配备与医疗保险业务发展相适应的人员编制,建立相应的财政保障机制。

### **(二) 通力协作, 密切配合**

县政府相关部门要各司其职,密切配合,共同做好基本医疗保险市级统筹工作。

县人力社保局要做好基本医疗保险市级统筹的牵头和协调工作,加强对各镇(街道)、部门的督查和指导。



县财政局负责市级统筹工作的医保基金清理、上划及账户的开设，落实市级统筹必要的工作经费。

县卫生局负责医院管理系统的改造，确保与市、县医保系统的联网运行和停网期间在院病人的清理、上报工作。

县经信委负责通知原丝厂、原绸厂、原茧丝绸公司、原印刷厂、原糖厂、原汽车大修厂、原兴民纸厂、原氮肥厂、原电冶厂、原纸箱厂等一次性清算参保人员的信息采集、特病人员门诊费用收集和定点医院申报工作。

县安监局负责移交的煤矿退休人员的信息采集、特病人员门诊费用收集和定点医院申报工作。

县商务局负责原酿造厂、原食品公司、原工业供销公司、原春兰食品厂、原五金公司、原铜梁酒厂、原糖酒公司、粮食公司等一次性清算参保人员的信息采集、特病人员门诊费用收集和定点医院申报工作。

县农委负责通知原良种场、原食品饮料厂一次性清算参保人员的信息采集、特病人员门诊费用收集和定点医院申报工作。

县民政局负责移交的在乡残疾军人、自主择业转业干部参保人员的信息采集、特病人员门诊费用收集和定点医院申报工作。

巴川、东城、南城街道办事处负责本辖区以个人身份参保人员的信息采集、特病人员门诊费用收集和定点医院申报工作。



县电视台和新闻中心负责职工医保市级统筹的宣传报道工作。

### （三）加强管理，提升服务

县医保局要加快规范医疗保险市级统筹业务经办规程，加强内控制度建设，加强对定点医疗机构和定点零售药店收费标准、药品价格及医疗保障服务情况的监督检查，积极借鉴和探索医疗保险管理的新方法和新措施，不断提高工作效率。定点医疗机构、定点零售药店要加强对医药工作人员的政策培训和教育，坚持因病施医、合理治疗，不断提高医疗管理服务水平，确保基本医疗保险参保人员享受优质的医疗服务。

### 六、本实施意见由县人力社保局负责解释