

全宗号 76	年 度 2011	室编件号 89
档内件数	保管期限 永久	馆编件号

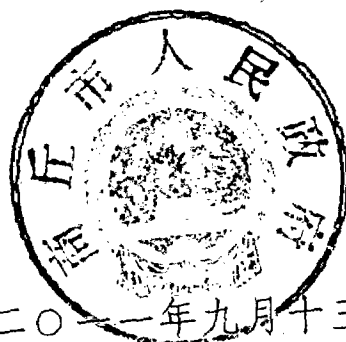
商丘市人民政府文件

商政〔2011〕85号

商丘市人民政府 关于印发商丘市城镇基本医疗保险和生育保险 市级统筹暂行办法的通知

各县（市、区）人民政府，市人民政府各部门：

《商丘市城镇基本医疗保险和生育保险市级统筹暂行办法》已经市政府同意，现印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。



二〇一一年九月十三日

商丘市城镇基本医疗保险和生育保险市级统筹 暂 行 办 法

为加快推进城镇基本医疗保险和生育保险制度建设，提高基本医疗保险和生育保险统筹层次，增强基金抗风险能力，方便参保人员就医结算，根据《河南省人民政府关于推进城镇基本医疗保险和生育保险市级统筹工作的意见》（豫政〔2011〕50号）精神，结合我市实际，制定本办法。

一、市级统筹的基本原则

统一医疗保险和生育保险政策、标准，合理确定保障待遇水平，增强制度的公平性；建立风险调剂金制度，增强医疗保险和生育保险基金（以下简称基金）的抗风险能力和互助共济能力，提高基金使用效率；实行分级管理，强化市、县两级的责任，建立和完善风险共担机制；统一管理制度和信息系统，提升经办服务能力，方便参保人员就医。

二、市级统筹的主要内容

在坚持现行医疗保险和生育保险基本政策的基础上，在全市范围内统一医疗保险和生育保险政策、标准及管理规范，建立基金调剂、风险共担、分级管理、运行一体的市级统筹模式，逐步向基金统一管理过渡。永城市纳入全市医疗保险和生育保险市级统筹范围。

（一）建立风险调剂金制度。

1. 调剂金的筹集。医疗保险和生育保险市级统筹采取建立市级调剂金的形式。市级调剂金从市本级及所辖县（市、区）基金中分别提取，提取比例按照当年实际征收的职工、城镇居民基本医疗保险费（含各级财政补助部分）和生育保险费的10%确定。提取比例可根据调剂金运行情况 and 上级要求适时作出调整。

2. 调剂金的使用。建立健全预算管理制度，强化对预算执行情况的监督考核，完善市、县两级风险共担机制。市级调剂金在市本级及所辖县（市、区）当期基金支付不足、使用累计结余后仍出现缺口时调剂使用，市级调剂金的具体使用办法由市人力资源和社会保障部门会同财政部门另行制定。

3. 调剂金的管理。市级调剂金纳入市社会保障基金财政专户管理，实行分别列账、单独核算。建立完善市级调剂金内部控制机制，实现财务信息公开，定期公布市级调剂金收支情况。

4. 建立和完善市、县两级基金风险共担机制。凡未完成扩面征缴任务基金出现缺口的，市级调剂金不予调剂，由当地政府负责解决。

（二）统一参保范围和对象。

本市行政区域内各类企业、国家机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位、有雇工的个体工商户（以下统称用人单位）在职职工和退休人员应当参加城镇职工医保，由用人单位和职工按规定共同缴纳基本医疗保险费；无雇工的个体工商户、未在用人

单位参加职工医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员可以参加职工医疗保险，由个人按照规定缴纳基本医疗保险费。

具有商丘市城镇各类学校学籍的全日制在校学生、少年儿童和其他非从业城镇居民按照属地原则纳入城镇居民医保范围，城镇居民基本医疗保险实行个人缴费和政府补贴相结合。

本市行政区域内用人单位依照《商丘市人民政府关于印发商丘市职工生育保险暂行办法的通知》（商政〔2011〕52号）精神，应当参加生育保险，为职工缴纳生育保险费，职工个人不缴纳生育保险费。

（三）统一基金缴费基数、比例和缴费年限。

1. 职工基本医疗保险

（1）基本医疗保险费由用人单位和职工按照以下规定共同缴纳。用人单位以上年度职工工资总额（按国家统计局规定的范围）的6%缴纳，职工以上年度本人工资收入的2%缴纳，根据基金运行情况和上级要求，可适时调整缴费比例。参保职工工资收入低于我市上年度社会平均工资60%的，按60%核定缴费基数，高于上年度社会平均工资300%的，按300%核定缴费基数。

（2）参加我市城镇职工基本医疗保险的人员，实行最低缴费年限制度和实际缴费年限制度。最低缴费年限为男满30年，女满25年，2000年12月31日前符合国家规定的工龄视为缴费年限。实际缴费年限为参加基本医疗保险足额缴费的累计缴费年限，不得低于10年。达到法定退休年龄的，退休后不再缴纳基本医疗保

险费，按规定享受基本医疗保险待遇。未达到缴费年限的，可以一次性补缴至规定年限。参加职工基本医疗保险的个人，基本医疗保险关系转移接续时，在不同地方缴纳基本医疗保险费的年限累计计算。

(3) 无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员，由个人按照本人实际收入作为缴费基数（但不低于我市上年度社会平均工资的60%），按8%缴费，实行统账结合。

(4) 困难企业职工参保，以我市上年度社会平均工资的60%为缴费基数逐年核定，按4.2%的缴费率筹集，实行单建统筹，不设个人账户。对困难企业职工参保，参保地财政借款负担0.5%，医保基金结余承担0.5%。困难企业的认定，按《商丘市解决关闭破产国有企业退休人员等医疗保障问题实施办法》（商人社〔2010〕2号）执行。

(5) 对其他关闭破产企业退休人员参保，按我市上年度社会平均工资为缴费基数的6%一次性缴纳10年的医疗费，由企业从资产变现和未列入破产的土地出让所得资金缴纳医疗保险费，筹资标准缺口部分，由参保地财政和医保基金结余各负担50%，分5年到账。2010年度以前关闭破产企业退休人员参保按照《商丘市解决关闭破产国有企业退休人员等医疗保障问题实施办法》（商人社〔2010〕2号）执行。

(6) 用人单位转让、合并、兼并、租赁、承包经营的，接

受或继续经营者必须承担原用人单位及其职工的基本医疗保险责任，缴纳其欠缴的基本医疗保险费。

(7) 领取失业保险金人员应按规定参加其失业前失业保险参保地的职工医保，由参保地失业经办机构统一办理职工医保参保缴费手续，应缴纳的基本医疗保险费按我市上年度社会平均工资60%为缴费基数8%从失业保险基金中支付，个人不缴费。

(8) 鼓励参加城镇职工基本医疗保险的用人单位及其职工（包括退休人员）参加大额补充医疗保险，其费用由用人单位代收并统一缴纳或经用人单位书面同意由经办机构从个人账户中直接划拨，于每年一季度一次性向当地经办机构缴清后，其单位职工（包括退休人员）才能按规定享受参保年度内的大额补充医疗保险待遇，大额补充医疗保险费筹集标准按每人每年缴费80元征收。

2. 居民基本医疗保险

属于低保对象或重度残疾的未成年人（含大学生）个人不缴纳基本医疗保险费，其余未成年人每人每年缴费10元；属于低保对象、丧失劳动能力的重度残疾人、低收入家庭60周岁以上的老年人个人缴费30元，其余成年人每人每年缴费90元。市、县两级财政补助标准按当年补助标准执行。

城镇居民参加居民基本医疗保险的，可以由个人（家庭）按以下标准缴纳大额补充医疗保险费，享受大额补充医疗保险待遇。未成年人每人每年缴费10元；成年人每人每年缴费30元。

学生参加基本医疗保险享受基本医疗保险和大额补充医疗保

险待遇的周期按学年计算,即每学年的9月1日至次年的8月31日。其他非学生的成年人仍按自然年度参保。一周岁以内的新生儿可以随时参保,享受当年医保待遇。

3. 生育保险

用人单位缴纳生育保险费,以本单位上年度月平均工资总额作为缴费基数,缴费比例为职工月平均工资总额的1%;国家机关和其它由财政负担工资的用人单位缴费比例为本单位上年度职工月平均工资总额的0.5%。

(四) 统一基本医疗保险待遇。

1. 在职职工的个人账户由两部分组成:个人缴纳的基本医疗保险费全部计入个人账户,单位缴纳部分按下列比例划入个人账户:年龄45周岁以下(不含45周岁),按本人缴费工资的1%划入,45周岁及其以上的按本人缴费工资的1.2%划入。退休人员的个人医疗账户,以其所在单位在职职工平均缴费工资为基数,均按3.2%的比例划入。

2. 职工住院医疗待遇。一级定点医疗机构、社区卫生服务中心(站)、乡镇卫生院起付标准为200元;二级定点医疗机构起付标准为400元;三级定点医疗机构起付标准为600元;外转诊起付标准为700元,起付标准以内的费用由参保人个人自付。一级定点医疗机构、社区卫生服务中心(站)、乡镇卫生院基金支付比例为85%;二级定点医疗机构为80%;三级定点医疗机构为75%;退休人员在上述支付比例的基础上提高5个百分点。一个

自然年度内发生的符合规定的住院医疗费（含享受统筹基金支付的门诊慢性病费用）基本医疗保险基金累计最高支付限额为8万元；大额补充医疗保险最高支付限额为30万元。

3. 居民住院医疗待遇。一级定点医疗机构、社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院起付标准为100元；二级定点医疗机构起付标准为300元；三级定点医疗机构起付标准为500元。一级定点医疗机构、社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院基金支付比例为80%；二级定点医疗机构为70%；三级定点医疗机构为65%。一个自然年度内发生的符合规定的住院医疗费（含门诊大病治疗的医疗费用）基本医疗保险基金最高支付限额为6万元；大额补充医疗保险最高支付限额为10万元。

职工医保、居民医保实行统一的药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围。基本医疗保险药品目录范围按照《河南省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》执行，参保人员因抢救使用的药品可以适当放宽范围，具体办法另行制定。诊疗项目、医疗服务设施范围及支付标准由市人力资源和社会保障局另行修订。

4. 生育保险待遇。用人单位已经缴纳生育保险费的，其职工按照《商丘市人民政府关于印发商丘市职工生育保险暂行办法的通知》（商政〔2011〕52号）精神，享受生育保险待遇；职工未就业配偶按照相关规定享受生育医疗费待遇，所需资金从生育保险基金中支付。

（五）统一职工门诊慢性病病种、居民门诊大病治疗管理办

法及标准。

制定全市统一的职工门诊慢性病管理办法、病种标准和医疗费基金支付比例。

申请职工门诊慢性病病种待遇或申请居民门诊大病治疗的，必须经指定的二级及以上医疗机构（结核病、精神科疾病须经专科医院）填写《职工门诊慢性病专用证登记表》或《居民门诊大病治疗专用证登记表》，经医务科盖章确认后，凭二级及以上医疗机构出具相关病种的病历资料或出院小结、检查报告结果原件及复印件、疾病诊断证明原件，并提供近期免冠照片一张，到参保地医疗保险经办机构办理登记审核手续，经鉴定符合条件的，发给《职工门诊慢性病就医卡》或《居民门诊大病治疗就医卡》，参保人自批准之日起凭《就医卡》到指定的定点医疗机构享受门诊慢性病或门诊大病治疗相关待遇。市直门诊慢性病定点医疗机构为：市第一人民医院、市第二人民医院、市中医院、市中心医院、市第三人民医院。各县（市、区）自行确定门诊慢性病定点医疗机构。在指定的医疗机构门诊治疗，在用药范围内的药品，按80%的比例由统筹基金限额支付。结核病（活动期间）、精神科疾病，需在定点专科医院门诊治疗，按80%的比例由统筹基金限额支付。当月累计医疗费未达到支付限额的不能结转下月使用。参保人在住院期间不再享受门诊慢性病或门诊大病治疗待遇。职工门诊慢性病病种范围和居民门诊大病治疗范围由市人力资源和社会保障局另行确定。

（六）统一居民医保门诊统筹政策标准。

1. 开展城镇居民医保门诊统筹必须坚持依托基层社区医疗卫生机构的原则，优先选择实行基本药物制度的政府办基层社区医疗卫生服务机构，方便群众就医，降低医疗成本，发挥医疗保险对医疗服务资源的调控作用。在基层社区卫生机构条件不具备、资源不足的地方，可以适当放宽到二级以下医院。

2. 居民医保门诊统筹所需资金由居民医保基金解决，按每人每年60元的标准拨付给定点基层医疗服务机构，实行总额包干（含一般诊疗费），超支不补。居民医保门诊统筹后，不再建立个人账户。居民医保门诊统筹按照就近方便的原则，每个年度由参保人选择一家定点医疗机构为首诊基层医疗机构。

3. 居民门诊统筹支付设置起付标准，每次门诊就诊医疗费先由个人自费20元后，下余医疗费按50%的比例由门诊统筹基金支付。一个自然年度内门诊医疗费统筹基金最高支付限额为300元。对在非定点基层医疗机构发生的门诊医疗费，门诊统筹基金不予支付。

（七）统一经办模式。

全市实行统一的基本医疗保险业务经办流程和管理制度，医疗费用结算方式、就医管理办法。

1. 参保人员住院医疗管理及费用结算。在全市范围内住院发生的医疗费，统筹基金支付部分由参保地医疗保险经办机构与定点医疗机构直接结算。加大付费方式的改革力度，按照“总额控

制、按月结算、年终核算、超支分担”的原则进行结算，在此基础上，结合门诊统筹的开展实行按人头付费，结合门诊大病的保障实行按病种付费。确定合理的外转诊率，明确定点医疗机构外转诊的责任，探索外转住院费用纳入定点医疗机构预算总额管理的办法。充分发挥定点医疗机构的积极性，节约医疗成本，提高服务质量。参保单位欠费期间由参保职工个人垫付，待单位补齐欠费后到参保地医疗保险经办机构报销。

2. 异地就医管理及费用结算。参加基本医疗保险的人员，因退休、异地工作、学习等原因，在商丘市行政区域以外长期居住（一般在6个月以上），因病就医时，其医疗费结算按异地就医管理和结算。参保地经办机构应为异地就医人员办理异地就医申请登记手续，并向就医地医疗保险经办机构提交异地就医人员信息，纳入就医地经办机构就医服务管理范围，可协商有条件的就医地经办机构直接结算。符合异地就医条件的参保人员应当在就医地医疗保险定点医疗机构就医，执行就医地的住院管理相关规定。异地就医人员与医疗机构的费用结算，原则上由参保地负责终审，执行参保地的个人负担比例。

3. 流动就业人员医保关系转移接续管理。城镇职工基本医疗保险或城镇居民基本医疗保险参保人员跨统筹地区流动就业，新就业地有接收单位的，由单位按照有关规定办理登记手续，参加新就业单位所在地城镇职工基本医疗保险；无接收单位的，个人应在终止原基本医疗保险关系后，及时到新就业地医疗保险经办

机构办理登记手续，按照当地规定参加城镇职工基本医疗保险或城镇居民基本医疗保险。

4. 定点医疗机构和定点零售药店管理。执行全市统一的定点医疗机构和定点零售药店（以下简称“两定”单位）的管理办法，统一标识、统一管理。市人力资源和社会保障行政部门负责全市“两定”单位的政策制定、规划布局、资格审定、监督考核等工作。各县（市、区）人力资源和社会保障行政部门负责本行政区域内申请定点的医疗机构和药品经营单位进行初步考察和组织上报，并对“两定”单位进行日常管理。各级医疗保险经办机构负责协议定点单位的日常监管及医疗费审核结算等工作。对市级统筹前各地批准的“两定”单位进行统一规范。

（八）统一信息管理系统。

按照“金保工程”的规划，使用全省统一的应用软件，建立统一的医疗保险和生育保险信息管理系统，完善覆盖全市医疗保险、生育保险经办机构和“两定”单位的信息网络，建立异地就医结算网络系统，实现全市区域内医疗费用即时结算。加快推广使用全国统一标准的“社会保障卡”，逐步实现参保人员就医购药“一卡通”。城镇医疗保险参保人员在全市定点医疗机构就医住院，由就医地医疗经办机构负责监管，所发生的费用，由参保地医疗保险经办机构与定点单位结算。

三、组织领导和工作要求

（一）加强领导，明确责任。

市政府成立基本医疗保险和生育保险市级统筹工作领导小组，统筹协调解决市级统筹实施中的重大问题。市政府将基本医疗保险和生育保险市级统筹工作纳入对各县（市、区）政府工作目标责任制考核范围。各县（市、区）都要建立市级统筹工作协调机构，切实加强对市级统筹工作的指导和协调。

（二）分级负责，协调推进。

市级主要负责制定基本医疗保险政策和管理规定；统一编制基本医疗保险基金预算并组织实施；对基金收支平衡确有困难的县（市、区）给予适当调剂补助；对各县（市、区）市级统筹工作目标任务完成情况和基金预算执行情况进行检查考核。

各县（市、区）要严格执行市级统筹的各项规定，充分发挥经办机构在扩面、征缴、管理、服务方面的作用。建立健全街道（社区）、乡镇医疗保险工作组织和信息网络平台，做好基本医疗保险市级统筹信息系统、“一卡通”相关系统建设工作，确保市级统筹工作顺利推进。各县（市、区）要根据基本医疗保险市级统筹工作的实际需求，安排必要的专项工作经费和信息系统建设资金。

（三）通力协作，密切配合。

市人力资源和社会保障部门要做好基本医疗保险市级统筹的组织实施和协调工作，做好市级统筹政策与现行制度的平稳衔接，加强督查指导，切实提高管理服务效率；市财政部门要加强医疗保险和生育保险基金的监管，完善基金财政专户管理。市审计部

门要加强对医疗保险和生育保险基金的审计。市卫生行政和药品监督管理部门要加强对“两定”单位的监督管理，严格控制医药总费用，并配合做好信息系统调整工作。其他有关部门要按照各自职责做好相关工作。

本《办法》实施中的具体问题由市人力资源和社会保障局负责解释。相关配套政策由市人力资源和社会保障局会同有关部门另行制定。

本《办法》自2011年10月1日起施行。有关医疗保险政策规定与本办法不一致的，按本办法执行。

主题词：卫生 医疗 保险 办法 通知

抄送：市委各部门，市人大，市政协，军分区，市中级人民法院，
市检察院。

商丘市人民政府办公室

2011年9月13日印发
