

# 赣州市人民政府办公厅文件

赣市府办发〔2012〕9号

## 赣州市人民政府办公厅 关于印发赣州市城镇职工基本医疗保险 市级统筹实施方案的通知

各县（市、区）人民政府，赣州开发区管委会，市政府各部门，市属、驻市各单位：

《赣州市城镇职工基本医疗保险市级统筹实施方案》已经2012年3月22日市长办公会审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。



（此件主动公开）



# 赣州市城镇职工基本医疗保险市级统筹实施方案

为进一步提高我市城镇职工基本医疗保险统筹层次，做好我市城镇职工基本医疗保险市级统筹工作，根据《江西省人民政府办公厅关于印发江西省城镇职工基本医疗保险设区市级统筹意见的通知》（赣府厅发〔2011〕29号）文件精神，结合我市实际，制定本实施方案（以下简称方案）。

## 一、指导思想

以邓小平理论和“三个代表”重要思想为指导，深入贯彻落实科学发展观，遵循统一、规范、便民、公平、效率、可持续发展的原则，加快推进基本医疗保障制度建设。通过实行医疗保险设区市级统筹，进一步统一和规范城镇职工基本医疗保险政策、管理和服务，不断增强医疗保险基金有效使用和风险防范能力，逐步提高医疗保险待遇水平，促进基本医疗保险制度可持续发展。

## 二、目标任务

全市采取县（市、区）经办、分级管理的办法，基本建立覆盖范围统一、筹资标准统一、待遇水平统一、基金管理统一、经办流程统一、信息系统统一和实行基金风险调剂金制度的城镇职工基本医疗保险市级统筹制度。

## 三、主要政策

（一）统一覆盖范围。统筹区域内城镇所有用人单位，包括企业（国有企业、集体企业、外商投资企业、私营企业等）、机关、事



业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工，城镇个体经济组织业主及其从业人员以及灵活就业人员。

## （二）统一筹资标准。

### 1. 缴费费率。

统账结合的城镇职工基本医疗保险缴费费率为缴费基数的 8%，其中用人单位缴纳 6%，个人缴纳 2%；单建统筹的城镇职工住院医疗保险缴费费率为缴费基数的 5%，全部由用人单位缴纳。

灵活就业人员参加统账结合的城镇职工基本医疗保险或单建统筹的住院医疗保险按照相应的费率，全部由个人缴纳。

### 2. 缴费基数。

用人单位参加统账结合的城镇职工基本医疗保险，职工个人月缴费基数为职工本人月工资额，单位月缴费基数为职工个人月缴费基数之和。用人单位参加单建统筹的城镇职工住院医疗保险，单位月缴费基数为赣州市上年度在岗职工月平均工资乘以职工人数之积。

灵活就业人员参加统账结合的城镇职工基本医疗保险或单建统筹的住院医疗保险月缴费基数为赣州市上年度在岗职工月平均工资。

### 3. 缴费年限。

灵活就业人员新参加或接续参加城镇职工基本医疗保险后，必须同时符合以下两个条件时，可不再缴纳城镇职工基本医疗保险费，按规定享受城镇职工基本医疗保险待遇：（1）达到法定退休年龄。



(2) 累计缴费年限必须达到男 30 年、女 25 年 (其中: 属原国有企业下岗失业人员的, 原国有企业连续工龄可以计算缴费年限, 但最低实际缴费年限不低于 15 年)。参加城镇居民基本医疗保险的年限不计入、不折算城镇职工基本医疗保险的缴费年限。

本方案实施前, 已经办理参加城镇职工基本医疗保险手续的灵活就业人员, 在达到法定退休年龄时, 缴费年限 (包括累计缴费年限和实际缴费年限, 下同) 未达到上述标准的, 须以赣州市上年度在岗职工月平均工资为缴费基数, 并逐年递增 10%, 按照城镇职工基本医疗保险 8% 的缴费费率一次性补齐所差年限的医疗保险费 (所补缴的医疗保险费全部纳入统筹基金); 或逐年以赣州市上年度在岗职工月平均工资为缴费基数, 按照城镇职工基本医疗保险 6% 的单位缴费费率逐年补齐所差年限的医疗保险费后, 继续享受城镇职工基本医疗保险待遇。不按以上规定一次性补缴或逐年缴纳医疗保险费的此类人员, 可参加城镇居民基本医疗保险, 享受相应城镇居民基本医疗保险待遇。

本方案实施后, 新办理新参加城镇职工基本医疗保险手续的灵活就业人员, 在达到法定退休年龄时, 缴费年限未达到上述标准的, 须以达到法定退休年龄时赣州市上年度在岗职工月平均工资为缴费基数, 并逐年递增 10%, 按照城镇职工基本医疗保险 8% 的缴费费率一次性补齐所差年限的医疗保险费后 (所补缴的医疗保险费全部纳入统筹基金), 方可享受城镇职工基本医疗保险待遇。不补缴医疗保险费的灵活就业人员, 可参加城镇居民基本医疗保险, 享受相应城



镇居民基本医疗保险待遇。

随用人单位参加城镇职工基本医疗保险的职工，达到法定退休年龄并由用人单位办理正式退休手续后，按规定需个人缴纳的城镇职工基本医疗保险费不再缴纳，按规定需用人单位缴纳的城镇职工基本医疗保险费由用人单位继续正常缴纳，无需按照累计缴费年限规定补齐所差年限的城镇职工基本医疗保险费。本方案实施后，用人单位实施关闭、破产、改制等情形时，需按照灵活就业人员的累计缴费年限规定，为本单位退休人员一次性补齐所差年限的城镇职工基本医疗保险费。

4. 国有和大集体关破改及困难企业职工参加城镇职工基本医疗保险继续执行现行缴费标准及财政资助政策，由各级财政按现行补助办法和标准予以补助。其中国有和大集体困难企业职工按照赣府厅发〔2007〕36号文件规定参加单建统筹的城镇职工低标准住院医疗保险，缴费费率为3%，缴费基数为赣州市上年度在岗职工月平均工资。

5. 建立全市统筹的城镇职工大病医疗保险制度，具体筹资标准和管理办法由市人力资源和社会保障局另行制定。

（三）统一待遇水平。根据“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，按以下规定，统一确定本统筹地区职工基本医疗保险待遇水平。

用人单位和职工办理新参保缴费手续的次月起，灵活就业人员办理新参保缴费手续的第4个月起，开始享受以下医疗待遇：



## 1. 个人账户待遇。

随用人单位参加统账结合的城镇职工基本医疗保险的参保职工，未达到法定退休年龄的，按照本人缴费基数<sup>①</sup>的 3.2% 逐月划入个人账户；达到法定退休年龄的，按照本人养老金（退休金）的 3.8% 逐月划入个人账户，本人无养老金（退休金）的，以上年度本市企业平均养老金为基数划入个人账户。用人单位为职工到当地医疗保险经办机构办理转退休手续后的次月起，职工开始享受达到法定退休年龄的划入个人账户标准待遇。参加单建统筹的城镇职工住院医疗保险或低标准住院医疗保险的参保职工，不建立个人账户。

参加统账结合的城镇职工基本医疗保险的灵活就业人员，未达到法定退休年龄的，按照本人缴费基数<sup>②</sup>的 3.2% 逐月划入个人账户；达到法定退休年龄的，按照上年度本市企业平均养老金的 3.8% 逐月划入个人账户（其中选择逐年补齐缴费年限的退休灵活就业人员，在其逐年补缴期间按照本人缴费基数<sup>③</sup>的 3.8% 逐月划入个人账户）。灵活就业人员以每年 12 月 31 日为时点界定是否达到法定退休年龄，并据此确定次年划入个人账户标准。参加单建统筹的城镇职工住院医疗保险的灵活就业人员，不建立个人账户，在达到规定缴费年限和法定退休年龄后，享受统账结合的城镇职工基本医疗保险待遇。

原《赣州市城镇职工住院医疗保险管理办法（试行）》（赣市医改字〔2003〕1 号）规定的奖励建立个人账户政策不再执行。

## 2. 门诊特殊检查、治疗和慢性病待遇。

门诊特殊检查、治疗指以下 7 项：（1）CT 和 ECT；（2）核磁共振



振 (MRT); (3) 高压氧舱治疗; (4) 体外震波碎石治疗肾、胆结石; (5) 脑地形图; (6) 彩色多普勒检查; (7) 重度前列腺肿大体外射频治疗。

门诊特殊慢性病病种指以下 20 种: (1) 尿毒症血液透析; (2) 癌症放化疗; (3) 器官或组织移植术后用抗排斥反应用药; (4) 系统性红斑狼疮; (5) 再生障碍性贫血; (6) 慢性活动性肝炎; (7) 支气管哮喘; (8) 慢性支气管炎; (9) 艾滋病; (10) 帕金森氏综合症; (11) 脑血管意外后长期卧床; (12) 冠心病心肌梗塞后; (13) 糖尿病; (14) 原发性高血压 2 至 3 期; (15) 精神分裂症; (16) 肺结核病; (17) 股骨头坏死; (18) 痛风; (19) 血友病; (20) 慢性阻塞性肺气肿。

门诊特殊检查、治疗和慢性病实行定点医疗、刷医保 IC 卡即时结算, 参加城镇职工基本医疗保险或住院医疗保险的参保人员, 经批准进行的特殊检查、治疗项目和经认定后因患一种或多种慢性病在定点医疗机构发生的, 符合《江西省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《江西省城镇职工基本医疗保险诊疗项目范围》和《江西省城镇职工基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准》(以下简称“三个目录”) 范围内的门诊特殊慢性病规定医药费用不设起付标准, 报销 80%; 参加城镇职工低标准住院医疗保险的参保职工报销比例相应下降 10 个百分点, 报销 70%。

门诊特殊慢性病认定工作由与医疗保险经办机构签订定点服务合作协议的国家二级以上综合性医院、专科医院或各县(市、区)



成立的门诊特殊慢性病认定小组进行。

### 3. 住院医疗待遇。

参保人员住院起付标准为：一级医疗机构 300 元，二级医疗机构 500 元，三级医疗机构 700 元；本统筹地区外 700 元。年度内发生三次以下（含三次）住院的，执行上述起付标准，第四次以上住院不设起付标准。

住院实行定点医疗、刷医保 IC 卡即时结算，参加城镇职工基本医疗保险或住院医疗保险的参保人员因疾病或没有第三方责任的意外伤害住院发生符合“三个目录”范围内的医疗费用报销比例为：一级医疗机构 95%，二级医疗机构 92%，三级医疗机构 90%，本统筹地区外 80%；参加城镇职工低标准住院医疗保险的参保职工报销比例相应下降 10 个百分点，即：一级医疗机构 85%，二级医疗机构 82%，三级医疗机构 80%，本统筹地区外 70%。

### 4. 最高支付限额。

参保人员自然年度内（1 月 1 日至 12 月 31 日）享受最高累计支付限额为 26 万元，其中职工基本医疗保险统筹基金支付 6 万元，职工大病医疗保险支付 20 万元。

### 5. 下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- （1）应当从工伤保险基金中支付的；
- （2）应当由第三人负担的；
- （3）应当由公共卫生负担的；
- （4）在境外就医的。



#### （四）统一基金管理。

用人单位参加城镇职工基本医疗保险后的保险费征缴，按照属地原则，由各级医疗保险经办机构向用人单位全额征收。用人单位至少需提前 1 个月缴纳医疗保险费。对未按时足额缴纳医疗保险费的用人单位，医疗保险经办机构可自欠缴之日起暂停医疗保险待遇（包括个人账户和统筹基金支付待遇，下同），并自欠缴之日起按日加收万分之五的滞纳金。补缴期间参保职工不享受医疗保险待遇，所发生费用由用人单位承担。用人单位补缴之日的次月起，参保职工开始享受医疗保险待遇，补缴期间的个人账户予以补划（仅指参加统账结合的城镇职工基本医疗保险）。职工随用人单位参加城镇职工基本医疗保险时，属中断参保的，需按照用人单位申报的缴费基数和缴费费率补齐中断参保期间医疗保险费后方可随用人单位继续参保；如职工本人不补缴的，职工本人可书面申请，经用人单位盖章同意，并报当地医疗保险经办机构备案后可不补缴医疗保险费，但此中断期间不计算缴费年限。

灵活就业人员参加城镇职工基本医疗保险后的保险费征缴，由灵活就业人员本人在上年 12 月 31 日以前，按照自然年度在当地医疗保险经办机构办理当年新参保或续保缴费手续。灵活就业人员参保后需按时足额缴纳医疗保险费，对未按时足额缴纳医疗保险费的，医疗保险经办机构自欠缴之日起暂停中断参保期间医疗保险待遇。灵活就业人员补缴时，需按照办理补缴手续时所在年度的灵活就业人员缴费基数和缴费费率补齐中断参保期间医疗保险费，并自欠缴



之日起按日加收万分之五的滞纳金；自补缴欠费后的第4个月起，开始享受医疗保险待遇，补缴期间的个人账户予以补划（仅指参加统账结合的城镇职工基本医疗保险）。

实行市级统筹后，建立城镇职工基本医疗保险市级风险调剂金制度，每年从全市筹集的城镇职工基本医疗保险统筹基金中按照5%的比例逐年提取风险调剂金，风险调剂金规模保持在基金总额的20%，达到规定规模后不再提取。各县（市、区）城镇职工基本医疗保险基金的结余部分全部纳入市级统筹管理范围，仍留存县（市、区）财政专户。各县（市、区）当期统筹基金发生超支的，先由历年结余予以抵补。抵补后不足部分，由设区市级统筹实施待遇支付审计，符合待遇支付规定的超支，可申请设区市级统筹风险调剂金实行调剂。市级统筹风险调剂金管理办法由市人力资源和社会保障行政部门、财政部门另行制定。

国家公务员医疗补助、1-6级革命伤残军人医疗补助以及企业（单位）补充医疗保险等继续实行分级管理，暂不列入市级统筹。

（五）统一经办流程。全市执行统一的医疗保险业务经办流程。各县（市、区）要进一步加强城镇职工基本医疗保险基础管理，提高经办服务水平，严格规范和执行医疗保险经办业务操作标准和服务流程。

（六）统一信息系统。根据全省统一规划要求，完善全市统一的医疗保险网络信息系统，全面推进全市范围内定点机构医药费用的“一卡通”即时结算，并按照全省“金保工程”实施方案和工作



部署，形成全省医疗保险网络信息管理系统，逐步实现全省医疗保险“一卡通”。

#### 四、管理机制

（一）完善管理体制。要进一步健全基本医疗保障经办服务体系，完善市、县（区）、街道（乡镇）三级医疗保障服务网络，落实工作责任，提高服务效率。医疗保险经办机构根据工作需要，经所在地的人力资源和社会保障行政部门和机构编制管理机关批准，可以在本统筹地区设立分支机构和服务网点。

（二）强化监督机制。各级人力资源和社会保障行政部门要按照国家和省有关规定，进一步完善医疗保险制度，加强对医疗保险经办、基金管理和使用环节的监管，建立医疗保险基金有效使用和风险防范机制。强化医疗保障对医疗服务的监控作用，建立健全定点医疗机构、定点零售药店的准入与退出机制、协议谈判机制、分级管理机制、资格公示机制和社会监督机制，加强对定点医疗机构和定点零售药店的监督管理，规范医疗服务行为，依法加大对欺诈骗保行为的查处力度。强化对参保单位和个人的监督管理，建立健全城镇职工医疗保险年检制度。建立健全医疗保险经办服务的行政监督和社会监督管理制度，强化医疗保险经办机构内控管理机制，确保医疗保险服务优质高效和基金安全运行。

（三）建立风险应急机制。各县（市、区）应建立城镇职工基本医疗保险基金风险应急管理制度，明确政府对基本医疗保险基金的保障责任，应对紧急与特殊情况下的医疗保险基金支付。



(四) 健全工作保障机制。各级人民政府要加强医疗保险服务能力建设,对医疗保险经办机构年度正常工作经费按照基本医疗保险业务量和工作质量情况由同级财政预算安排。结合“金保工程”,加强医疗保险网络信息系统建设。

(五) 建立绩效考核机制。各级人力资源社会保障行政部门和财政部门对基本医疗保险扩面覆盖、基金征缴等工作进行年度绩效评估、考核奖励。如期完成年度基本医疗保险基金征缴任务的,各县(市、区)激励经费参照市本级固定征缴总量的比例和当年增收数量的比例分别计算,由各县(市、区)财政给予医疗保险激励经费,具体奖励办法由各县(市、区)人民政府确定。各县(市、区)人民政府、各有关部门要充分认识城镇职工基本医疗保险设区市级统筹的重要意义,切实加强组织领导,将设区市级统筹工作列入民生工程年度绩效考核范围。

五、本方案自2012年1月1日起实行,之前出台的与本方案相抵触的有关规定自即日起不再执行。本方案由市人力资源和社会保障局负责解释。

**主题词: 劳动 社会保障 医疗保险 市级统筹 通知**

---

抄送: 市委各部门,市纪委办公室,市人大常委会办公厅,市政协办公厅,赣州军分区,市中级人民法院,市检察院,群众团体,新闻单位。

---

赣州市人民政府办公厅秘书处

2012年3月31日印发

共印170份