

WDDR-2020-0010011

文登市人民政府 关于完善职工基本医疗保险有关问题 的通知

文政发〔2008〕34号

各镇人民政府，各街道办事处，开发区、南海、埠口港管委，市政府各部门、单位：

为提高职工基本医疗保险参保人员保障水平，进一步做好职工基本医疗保险工作，根据国家、省、威海市有关规定，结合我市实际，现就完善我市职工基本医疗保险有关事项通知如下：

一、关于缴费年限

1.符合退休退职条件的参保职工，连续不间断缴费男不低于25年、女不低于20年（1997年4月1日实施职工基本医疗保险以来，至办理退休退职手续时，必须连续缴费），退休后享受基本医疗保险待遇。间断缴费或缴费年限不足的，必须由本人或用人单位一次性补足。不能补足的，不设立个人账户，且每少缴一年，社会统筹基金减少支付4%。

凡符合国家和省规定的连续工龄或工作年限，经核定后视同缴费年限。

参保人员的医疗保险视同缴费年限，是指医疗保险实行前，

养老保险实际缴费年限（不含补缴时间）与养老保险视同缴费年限之和。

2.参保人员间断缴费或缴费年限不足，应按照本人补缴当年缴费基数进行补缴，参保人员缴费基数高于我市当年企事业各自平均缴费基数的，可按照平均缴费基数补缴。欠费期间发生的医疗费用，医疗保险基金不予支付。

3.为了保持我市职工基本医疗保险政策的连续性（补缴 1997 年 4 月 - 2003 年 12 月欠缴的医疗保险费，个人账户按照本人基数及补缴时年龄段记入一半。补缴 2004 年 1 月 - 2008 年 12 月欠缴的医疗保险费，不记入个人账户。），补缴此通知实施以后欠缴的医疗保险费，按照本人补缴基数及补缴时年龄段全额记入个人账户。参加住院保险的改参基本医疗保险，补缴的医疗保险不记入个人账户。

二、全面实行退休人员医疗保险社会化管理

全面实施基本医疗保险退休人员社会化管理。已经参加基本医疗保险的退休人员，凡符合缴费年限的规定，直接与企业脱钩，纳入基本医疗保险社会化管理。

参加住院医疗保险的退休人员，按规定补缴本人在职期间另一半医疗保险费后，可纳入基本医疗保险社会化管理。不能补缴的继续享受住院医疗保险。

本通知实施前，已退休人员本人有间断缴费的，由参保单位通知本人，于 2009 年 3 月 31 日前一次性补缴。逾期不能补缴的，

作间断处理，不设立个人账户，每少缴一年，社会统筹基金减少支付 4%。

本通知实施后，单位有关闭、破产、改制情形的继续按照规定筹集参保人员基本医疗保险费，由医疗保险经办机构负责支付退休人员的基本医疗费用。

三、增加退休人员个人账户记入

在职职工个人账户记入办法不变。退休人员以上一年度本人养老金为基数记入个人账户，比例为 7%。当年退休的以当年核定的本人养老金为基数记入个人账户。企事业退休人员分别计算，养老金低于平均养老金基数的，按平均养老金为基数记入，本人养老金高于平均养老金基数 3 倍以上的部分不记入个人账户基数。

四、提高报销比例

用人单位新招用的人员及首次参保或中断参保(按照上级规定中断缴费 3 月视为中断参保)的灵活就业人员，应当从连续缴费满 3 个月后（不含补缴时间）开始享受医疗保险待遇。

参保人员年度内医疗费超过起付标准至 1 万元部分，个人负担比例分别为：一级医院 10%、二级医院 15%、三级医院 20%；超过 1 万元至 4 万元部分，个人负担比例分别为：一级医院 8%、二级医院 10%、三级医院 12%。

退休人员住院医疗费用的起付标准和年度支付限额与在职职工相同；超过起付标准的部分，个人负担比例为在职职工的一

半。

参保人员转往本统筹区以外就医报销需先自付 10%。

五、降低起付标准、增加门诊慢性病病种及提高最高支付标准

门诊慢性病报销医疗费用的起付标准为 900 元，但进行恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症门诊透析及器官移植术后使用抗排斥免疫调节剂的起付标准为 300 元。

为减轻患门诊慢性病参保人员的负担，增加以下慢性病病种，同时设立并调整以下门诊慢性病最高支付限额。

1.经批准器官移植术后抗排异药物每年最高支付限额提高为 6 万元。经批准器官移植术后抗排异药物定额现金支付为每年 35000 元。

2.尿毒症门诊透析每年最高支付限额提高为 5 万元。

3.白内障门诊手术治疗进入统筹最高限额提到 2450 元。

4.增加尿毒症药物治疗为门诊慢性病，最高支付限额为每年 8000 元。

5.增加类风湿性关节炎（含强直性脊柱炎）药物治疗为门诊慢性病，年度最高支付限额为 5000 元。

6.参保人员患精神病长年住院的，全年定额现金支付为每年 27000 元。

7.增加椎-基底动脉供血不足，帕金森氏病，脑垂体瘤，进行性延髓麻痹，重症肌无力，柯兴氏综合症，神经性耳聋，尿崩症，

原发性醛固酮增多症,原发性神经性肌萎缩,脑白质多发性硬化,骨髓异常增生综合症(MDS),真性红细胞增多症,原发性血小板增多症,溶血性贫血,再生障碍性贫血,骨髓纤维化,白塞氏病,皮炎,硬皮病,脂膜炎,结节性多动脉炎,结核病抗痨治疗,甲状腺机能亢进,血小板减少性紫癜,过敏性紫癜,先天性心脏病,风湿性心脏瓣膜病,心脏手术后抗凝治疗,癫痫;慢性肾炎,肾病综合症,慢性肺纤维化,支气管哮喘,痛风,结石病,慢性结肠炎,胃及十二指肠溃疡,肝硬化,慢性前列腺炎,慢性盆腔炎,慢性附件炎,更年期综合症,肢端坏疽,类风湿病,创伤性关节炎,颈椎病,腰椎间盘突出症,银屑病,白癜风等50种疾病为门诊慢性病。新增50种门诊慢性病年度最高支付限额暂定为5000元。

六、改革大病求助基金筹集方法,提高大病救助标准

本通知实施后,参加基本医疗保险的,不再从个人账户按每人每月2元的标准提取大病救助基金;参加住院保险的,单位也不需按每人每月2元的标准缴纳大病救助基金。大病救助基金按每人每年85元的标准从统筹基金中列支。

大病救助基金最高支付限额为20万元,剔除特殊医疗或转外就医等需由个人先负担的费用后,由大病救助基金救助。参保人员结算4万元以下部分后,由参保单位每月10日-16日到市医疗保险事业处结算。

七、建立补充医疗保险

为了进一步减轻医疗保险参保人员的负担,根据上级有关规定,结合我市实际,建立补充医疗保险,所需资金从个人账户沉淀部分和社会统筹基金结余、增值部分列支。解决基本医疗保险参保人员住院费用和门诊慢性病费用按照医疗保险规定报销后自负部分。为了分解风险,由医疗保险经办机构与商业保险机构协商,团体参加商业补充医疗保险。具体管理办法,由市劳动和社会保障局另行制定。

八、加强医疗保险服务建设

加强医疗保险服务建设,加快参保人员医疗费结算速度,进一步完善参保人员转诊转院管理,强化定点医院服务管理,具体管理办法,由市劳动和社会保障局另行制定。

要加强对参保人员的健康干预,继续开展健康查体工作,完善参保人员的健康档案,不断提高医疗保险基金的使用效率,确保我市参保人员的保障水平不断提高。

本通知自 2009 年 1 月 1 日起执行。2008 年 12 月 31 日 24 时以前参保人员发生的费用按照原规定结算,2009 年 1 月 1 日 0 时以后参保人员发生的费用按本通知执行。本通知以外医疗保险有关事项仍按原规定执行。

2008 年 12 月 18 日