

# 潍坊市医疗保障局文件

潍医保发〔2020〕61号

---

## 关于印发《潍坊市职工医疗保险 与生育保险实施细则》的通知

各县市区医疗保障局、市属各开发区劳动人事局：

为做好《潍坊市人民政府关于印发潍坊市职工医疗保险与生育保险实施办法的通知》（潍政发〔2020〕9号）实施工作，市局研究制定了《潍坊市职工医疗保险与生育保险实施细则》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



# 潍坊市职工医疗保险与生育保险实施细则

根据国家、省工作要求和《潍坊市人民政府关于印发潍坊市职工医疗保险与生育保险实施办法的通知》(潍政发〔2020〕9号),结合本市实际,制定本实施细则。

一、潍政发〔2020〕9号第四条规定的退职人员,包括按国发〔1978〕104号规定办理的退职人员,按原政务院《劳动保险条例》第十三条丙款规定、原省革委鲁革发〔1972〕143号及省委组织部鲁组〔1986〕4号规定按月领取生活费(救济费)的退职人员。

二、新成立单位或单位新增职工,应在单位成立或新增职工30日内到医疗保险经办机构办理参保缴费申报手续,按职工起薪当月工资总额确定当年缴费基数,缴纳职工基本医疗保险费。

三、灵活就业人员按10%或7%的比例缴纳职工基本医疗保险费。缴费确有困难的,可按9%或6%的比例缴纳职工基本医疗保险费,不享受生育保险待遇,享受职工基本医疗保险统筹基金支付的医疗保险待遇。其中,按9%缴费的,划记个人账户;按6%缴费的,不划记个人账户。

四、按照《工伤保险条例》规定,职工因工致残被鉴定为一级至四级伤残的,保留劳动关系,退出工作岗位,由用人单位和职工以伤残津贴为基数(低于月均上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资(以下简称省全口径平均工资)总额60%的,按月均上

年度省全口径平均工资总额的 60% 为基数), 按规定比例缴纳职工基本医疗保险费, 享受在职职工的基本医疗保险和生育保险待遇。

已按照潍劳社发[2001]67 号第十九条的规定享受基本医疗保险的工伤伤残职工, 仍按原规定执行。

五、用人单位、职工参加职工医疗保险和生育保险后, 应当按规定的缴费基数和比例及时足额连续缴纳职工医疗保险费, 缴费基数按年度调整。当月未足额缴费的, 视为欠费, 欠费期间职工停止享受医疗保险和生育保险待遇。重新缴费时, 应一次性补齐欠缴的职工医疗保险费; 未补缴的, 自重新缴费时实行 3 个月的免责期。

(一) 职工医疗保险待遇。连续欠费 3 个月以内补缴的, 补缴期享受医疗保险待遇; 连续欠费超过 3 个月及以上补缴的, 补缴期只按规定计算缴费年限, 不享受统筹基金支付的医疗保险待遇。

(二) 生育医疗费用待遇。连续欠费 3 个月以内补缴的, 补缴期享受生育医疗费用待遇; 连续欠费超过 3 个月及以上补缴的, 补缴期不享受生育医疗费用待遇。

(三) 因用人单位欠费或不及时参保缴费导致职工无法享受医疗保险和生育保险待遇的, 由用人单位负责为职工按职工医疗保险和生育保险相关规定支付待遇。

六、参保人员因工作调动等原因中断参保并欠缴基本医疗保险费的, 视为中断缴费。中断缴费 6 个月以上的, 重新参保缴费

时, 无论是否补齐欠缴的医疗保险费, 均实行 3 个月的免责期。中断缴费未超过 6 个月的, 重新参保缴费时, 缴费当月一次性补齐欠缴的医疗保险费后, 自缴费之月起按规定享受职工医疗保险和生育医疗费用待遇; 缴费当月未补齐的, 实行 3 个月的免责期。

七、领取失业保险金人员参加职工医疗保险的当月起, 享受医疗保险待遇, 享受待遇期限与领取失业保险金期限一致。

八、政府安排工作的退役士兵应按有关规定及时参加职工医疗保险和生育保险, 待安排工作期间视同基本医疗保险缴费年限, 无 3 个月的免责期, 自参保缴费之月起享受职工医疗保险和生育医疗费用待遇。

九、城乡居民基本医疗保险参保缴费人员转为参加本市职工医疗保险和生育保险并缴费的, 享受以下待遇:

(一) 各类学校全日制应届毕业生。自参保缴费之月起享受职工医疗保险和生育医疗费用待遇。

(二) 其他城乡居民。自参加职工医疗保险和生育保险之月起 3 个月内, 可按照城乡居民基本医疗保险待遇支付; 从连续缴费的第 4 个月起, 享受职工医疗保险和生育医疗费用待遇。

十、用人单位参保后整体欠缴职工基本医疗保险费的, 应以用人单位历年向医疗保险经办机构申报的缴费基数和规定比例进行补缴。未按时申报缴费基数的, 用人单位应按照本市历年执行的省(市)社平工资的 60% 至 300% 进行补报。

十一、职工因续保等原因需补缴以前年度(月)职工基本医疗

保险费的,以不低于补缴时月均上年度省全口径平均工资(或增员补缴申报的基数)为基数,按6%(或5%)的比例进行补缴,补缴期间不享受个人账户待遇。

十二、按规定办理退休手续并按月领取基本养老金的职工(含灵活就业人员),其基本医疗保险累计缴费年限(含视同缴费年限)男不满30年、女不满25年的,应在办理退休手续的当月,以退休时月均上年度省全口径平均工资为基数,按5%比例一次性补缴所差年限的基本医疗保险费后,享受退休人员基本医疗保险待遇。不补缴的,不享受退休人员医疗保险待遇,终止医疗保险关系。

十三、在本市范围内,城乡居民基本医疗保险参保人员转为参加职工基本医疗保险的,其城乡居民基本医疗保险缴费年限每满5年视同职工基本医疗保险缴费年限1年(折算不满1年的折算到月)。

十四、参保人员从办理退休手续的次月起,不再缴纳职工基本医疗保险费。享受个人账户待遇的退休人员在调整个人账户划拨比例后,其大额医疗保险费和长期护理保险费从统筹基金列支,个人不再缴纳;不享受个人账户待遇的退休人员,个人需按规定缴纳大额医疗保险费和长期护理保险费。

十五、参保人员(含灵活就业人员)缴费比例由5%变更为6%及以上的,应在变更当月或办理退休手续的当月,以月均上年度省全口径平均工资为基数,按1%比例一次性补缴曾按5%(或

4.5%)缴费期间(不包括不满最低缴费年限而按规定补缴的年限)的基本医疗保险费,自退休次月起划记个人账户;不补缴的,退休后不划记个人账户。

十六、统筹地区内流动的职工,流动前已参加职工基本医疗保险和生育保险且未间断缴费的,基本医疗保险和生育保险关系自然接续。

统筹地区外调入的职工,提供在调出地参加职工基本医疗保险的《参保凭证》和生育保险的缴费记录,其视同基本医疗保险缴费年限,按照潍政发〔2020〕9号执行;生育保险连续缴费年限,与医保关系转移后的连续缴费年限合并计算。

职工在调出地应参加职工基本医疗保险而未参加或不能出具《参保凭证》的,可在调入地以参保缴费时月均上年度省全口径平均工资为基数,按规定比例一次性补缴自应参保缴费之月起至首次参保当月的职工基本医疗保险费,其中2001年12月31日前参加工作的,需自2002年1月起补缴,之前的符合国家规定的连续工龄或基本养老保险缴费年限视同职工基本医疗保险缴费年限。

十七、职工补缴时若上年度省全口径平均工资未公布,按前年省全口径平均工资作为基数补缴。本细则所列第十一条、第十六条补缴情形,补缴2019年12月31日前的,补缴比例为5%;补缴2020年1月1日后的,补缴比例为6%。

十八、根据中共中央办公厅、国务院办公厅《关于解决部分退役士兵社会保险问题的意见》纳入政策保障范围的退役士兵,到

达法定退休年龄办理医疗保险补缴的比例,按照本市职工医疗保险缴费政策同步调整。

十九、单位按淮政发〔2003〕8号为建国前老工人(按劳人险〔1983〕3号退休)单独缴纳医疗保险统筹费确有困难的,经老工人本人申请,单位审核同意,医疗保障部门确认后,可随原单位参加职工基本医疗保险和大额医疗保险,按照退休人员享受职工医疗保险待遇。

二十、住院期间由在职身份变更成退休身份的,按退休人员标准支付本次住院待遇。

二十一、参保人员跨年度住院的,发生的医疗费用分段计算,承担一个起付标准。出院当年再次住院的,按首次住院计算起付标准。

二十二、门诊紧急抢救死亡或急诊留观治疗的,发生的门诊费用作为一次住院医疗费用处理。

二十三、实行门诊慢性病就医审核制度。参保人员患规定范围内的门诊慢性病,经参保地医疗保险经办机构审核确认后,在选择门诊慢性病定点医疗机构就诊,门诊医疗费用纳入职工基本医疗保险统筹基金支付范围。一个医疗年度内,发生的所有门诊慢性病医疗费用按照一次住院承担起付标准(精神障碍、抑郁障碍不设起付标准)。其中,在不同级别的定点医疗机构发生的门诊慢性病医疗费用,按照就高原则承担起付标准。

起付标准至职工基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额部

分,个人按比例自负后由统筹基金支付。参加公务员医疗补助的,公务员医疗补助经费补助个人按比例负担部分的 50%。

门诊慢性病病种、支付标准、年度最高支付限额详见《关于调整完善基本医疗保险门诊慢性病有关政策规定的通知》(淮医保发〔2019〕53号)。同一参保人员患“1、2型糖尿病”“高血压Ⅲ期(合并心、肾、脑、眼并发症)”“冠心病(心功能Ⅲ级)”“脑出血、脑梗塞”等4种门诊慢性病中2种的,叠加限额按单种限额之和的80%计算;患3种的,叠加限额按单种限额之和的70%计算;患4种的,叠加限额按单种限额之和的60%计算。

参保人员如需变更门诊慢性病定点医疗机构的,原则上于每个医疗年度最后一个月提出变更申请,一个医疗年度只允许变更一次。

二十四、职工普通门诊统筹实行签约制。参保人员可从医疗保障部门确定的普通门诊统筹定点医疗机构中任选一家,于每个医疗年度最后三个月办理签约或变更签约手续,下个医疗年度生效,一年内不得变更。未与普通门诊统筹定点医疗机构签约的参保人员不享受职工普通门诊统筹待遇。

参保人员在签约定点医疗机构发生的政策范围内的门诊医疗费用,纳入普通门诊统筹支付范围。普通门诊统筹报销单次起付标准为20元,支付比例为50%,在一个医疗年度内最高支付限额为500元。

二十五、职工基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额,系指



参保人员医疗年度内所发生的,应由统筹基金支付的住院医疗费用与门诊慢性病医疗费用之和。

年度内,新增或中断缴费的参保人员缴费时间不足 12 个月的,统筹基金最高支付限额按实际缴费时间折算,即:最高支付限额×实际缴费月数/12。超过基本医疗保险统筹基金实际最高支付限额后的医疗费用,由大额医疗保险基金支付。

二十六、实行职工重特大疾病保障制度。一个医疗年度内,参保人员发生的政策范围内住院医疗费用(不包含经批准转外就医、异地急诊非定点就医和个人原因异地就医的医疗费用中个人先自付部分),经职工基本医疗保险、大额医疗保险、公务员医疗补助支付后,个人累计负担超出上年度省全口径平均工资 50% 的部分,由职工基本医疗保险统筹基金按照 70% 的比例给予支付,最高支付限额为 50 万元。

二十七、实行公务员大额医疗费用困难补助申报制度。参加公务员医疗补助的人员在一个医疗年度内因政策范围内住院和门诊慢性病医疗费用,个人累计负担根据公务员医疗补助经费当期结余以及总体申报情况,统筹研究补助方案。原则上,个人累计负担在上年度省全口径平均工资的 40% 以上至 6 万元(含)的部分,由公务员医疗补助经费补助不超过 60%;个人累计负担在 6 万元以上的部分,由公务员医疗补助经费补助不超过 70%;一个医疗年度最高补助 12 万元。

二十八、根据《关于建立职工大病保险制度的意见》(鲁政办

发〔2016〕55号),建立职工大病保险制度。参保人员使用省医疗保障部门确定的大病保险谈判药品,经评估备案符合大病保险支付范围的医疗费用,由大病保险给予补偿。一个年度内(1月1日至12月31日)起付标准为2万元,起付标准以上部分给予60%的补偿,年度最高支付限额为20万元。

二十九、参保人员符合国家计划生育政策的生育医疗费用实行限额结算。

(一)产前检查费。参加生育保险的女职工生育时享受产前检查费,定额标准800元。

(二)生育医疗费。参加生育保险的女职工生育医疗费限额标准2200元。参加公务员医疗补助的女职工生育医疗费限额标准:非剖宫产3000元,剖宫产4000元。生育多胞胎的,每多生育一个婴儿增加500元。低于限额标准的,按实际发生额结算。

(三)流产医疗费。限额标准:怀孕未满4个月流产的为400元,4个月及以上流产的为800元。低于限额标准的,按实际发生额结算。

(四)计划生育手术医疗费。参加生育保险的职工放置(取出)宫内节育器,限额标准200元;绝育(复通)手术,限额标准1500元。

(五)男职工未就业配偶生育补助金。参加生育保险男职工的未就业配偶,未享受生育医疗费待遇的,按照本市规定的职工生育医疗费标准的50%享受生育补助金;男职工未就业配偶参加城

乡居民基本医疗保险的,其享受的生育医疗费待遇低于生育补助金标准的,由职工基本医疗保险统筹基金补足差额。

三十、符合国家计划生育政策在定点医疗机构生育的女职工,持医保电子凭证或身份证、社保卡,填写《女职工生育承诺书》办理联网手续,限额内的费用由医疗机构垫付,超过限额的费用由女职工与医疗机构结算。

女职工在异地非定点医疗机构生育的,医疗费用个人垫付后,向参保地医疗保险经办机构申报材料,按限额标准支付;低于限额标准的,按实际发生额结算。

三十一、女职工因生育引起疾病的住院医疗费用,按照职工基本医疗保险有关规定执行。

三十二、参加生育保险的女职工生育时,连续足额缴纳医疗保险费满1年的,享受生育津贴待遇;不满1年的,待单位连续足额缴纳医疗保险费满1年后,由职工基本医疗保险统筹基金补发生育津贴。中断缴费期不超过3个月补缴医疗保险费的,补缴期计算生育保险连续缴费年限;超过3个月及以上的,补缴期不计算生育保险连续缴费年限,自单位恢复缴费后重新计算生育保险连续缴费年限。

三十三、参保人员具备下列条件之一并提供相关材料的,纳入异地就医备案范围。

(一)异地安置、异地长期居住人员(指退休人员):

1. 提供户口簿、居住证、居住证办理回执单的,给予办理异地

就医备案；

2. 实行承诺备案制,对不能提供上述异地长期居住材料的,参保人员可书面承诺异地居住一定期限(原则上不低于6个月)后纳入备案范围。

(二)常驻异地工作人员:提供异地工作证明。

(三)异地转诊人员:提供转诊单。

(四)异地出差、探亲期间突发急诊急症住院人员:提供急诊急救证明、诊断证明。

(五)外出农民工、外来就业创业人员:通过劳务输出机构等单位组织的劳动输出,由单位提供外出务工人员花名册;个人自行外出务工的,由个人提供务工地的居住证或与务工地用人单位签订的劳动(劳务)合同或务工地市场监督管理部门核发的营业执照。

三十四、已办理异地就医备案的异地安置、异地长期居住、常驻异地工作的参保人员和外出农民工、外来就业创业人员,异地备案有效期内,在备案地发生的政策范围内的住院医疗费用,按参保地相应级别医疗机构支付标准执行;回参保地就医住院治疗的,其住院医疗费用符合本市基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准规定范围的,个人先自付10%,剩余部分按相应级别医疗机构支付标准执行。

三十五、参保人员按规定办理异地转诊手续后,对同一转入地的,办理一次转诊,一年内有效。

三十六、参保人员因出差、探亲、旅游等在市外就医,按以下情形办理:

(一)突发急诊急症的,应在住院后5个工作日内提供急诊急救证明(诊断证明)办理备案手续,经核查情况属实符合联网条件的,可通过异地就医平台联网结算,住院医疗费用按照转诊报销规定执行。

(二)已办理急诊急症备案手续(或转诊)未联网结算的,其住院医疗费用符合本市基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准规定范围的,个人先自付10%;不能提供急诊急症诊断证明的,其住院医疗费用符合本市基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准规定范围的,个人先自付20%,剩余部分按三级医疗机构支付标准执行。

三十七、参保人员未办理异地就医备案手续,自行异地就医发生的住院医疗费用,经核查情况属实的,符合本市基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准规定范围的,个人先自付30%,剩余部分按三级医疗机构支付标准执行。

三十八、参保人员死亡的,其用人单位应及时为其办理销户手续。因个人故意瞒报等原因未及时销户,并造成医保基金损失的,冻结参保人员个人账户,扣回损失部分;个人账户资金不足的,其继承人应在规定时间内返还。因用人单位监督不力或工作失误等原因未及时销户,并造成医保基金损失的,用人单位应承担损失基金的本息,并由医疗保障部门对用人单位通报批评。

三十九、2020年4月1日后的相关职工医疗保险和生育保险政策按实施细则有关规定执行。