

# 咸阳市医疗保障局 咸阳市财政局文件 国家税务总局咸阳市税务局

咸医保发〔2019〕83号

## 咸阳市医疗保障局 咸阳市财政局 国家税务总局咸阳市税务局 关于调整我市城镇职工医疗保险 有关政策的通知

各县(市)区医疗保障局、财政局、税务局,市医疗保险基金管理中心:

为进一步完善我市城镇职工医疗保险政策,保障参保人员待遇水平,根据《陕西省生育保险和职工基本医疗保险合并实施方案》(陕医保发〔2019〕11号)、《陕西省医疗保障局关于调整我省职工基本医疗保险和生育保险缴费基数有关问题的通知》(陕医保函〔2019〕95号)文件精神,现

对我市城镇职工医疗保险有关政策做如下调整：

## **第一部分 参保缴费**

### **一、扩大城镇职工医疗保险参保范围**

1. 将参加生育（基本医疗）保险的企业在职职工纳入基本医疗保险（生育）保险范围；
2. 机关事业单位在职人员整体参加生育保险；
3. 在公共就业服务机构托管个人档案并持有《就业创业证》的就业困难人员及灵活就业的“4050”人员，按规定参加城镇职工基本医疗保险的，视同参加生育保险。

### **二、根据实际运行情况，取消两条相关规定**

1. 用人单位参保登记时提供参保职工个人证件照；
2. 与单位协议保留社会保险关系人员有关规定。

### **三、变更有关参保登记及征收主体**

1. 灵活就业人员参保登记通过公共就业服务机构办理；
2. 城镇职工基本医疗保险实行属地参保与缴费原则。医疗保险费由各级税务机构负责征收，参保单位及其职工按医疗保障经办机构核定的缴费标准直接向所属税务机构缴纳。

### **四、职工医疗保险基金征缴有关规定**

（一）将《咸阳市城镇职工医疗保险参保与缴费管理办法》（咸政办发〔2018〕6号）、《咸阳市城镇职工大额医疗补助办法》（咸政办发〔2018〕8号）中“上年度市城镇

非私营单位在岗职工年平均工资”调整为“上年度全口径城镇单位就业人员平均工资”。

(二) 用人单位按照 6.8% 的比例缴纳医疗保险费 (其中 6% 为城镇职工基本医疗保险费率, 0.8% 为生育保险费率)。

(三) 困难企业按照 5% 的比例缴纳医疗保险费 (其中 4.2% 为城镇职工基本医疗保险费率, 0.8% 为生育保险费率)。

## 五、城乡居民缴费年限与职工缴费年限折算规定

职工达到法定退休年龄办理退休手续时, 原参加城乡居民医疗保险缴费年限每 5 年折算为 1 年的城镇职工基本医疗保险实际缴费年限。

## 第二部分 生育医疗待遇

### 六、生育医疗费用标准

生育保险并入城镇职工基本医疗保险后, 执行统一的药品目录以及基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围。统筹区内、外发生的可纳入医疗保险基金支付范围的医疗费用 (个人先自付比例、基金年最高支付限额按基本医疗保险相关规定执行), 按下表规定支付 (基本医疗保险和大额医疗补助均按此标准执行):

序号	类别	医疗保险基金支付限额 (元)	医疗保险基金支付范围
1	产前检查费	800	不含流产 (引产) 人员

2	流产 (引产)	不满 10 周 (含 10 周)	500	除因涉及婴儿存活质量 (如死胎、畸形胎、胚胎停止发育等) 或女工生命安全问题, 基金按规定支付外, 其他人为性流产 (引产) 不在支付范围。
		10 周以上 28 周以下 (含 28 周)	1500	
3	正常分娩 (含怀孕 7 个月以上早产的)		2000	多胞胎生育的, 每多生一个婴儿, 增加生育医疗费 500 元。
4	剖宫产		4500	

1. 参保女职工在市级统筹地区定点医疗机构因门诊或住院流产 (引产)、正常分娩 (含怀孕 7 个月以上早产的) 或剖宫产分娩产生的可纳入医疗保险支付范围的费用, 持社会保障卡 (医疗保险卡) 在定点医疗机构医保科结算。

2. 可纳入医疗保险支付范围的产前检查费, 在正常分娩 (含怀孕 7 个月以上早产的) 或剖宫产分娩就诊医疗机构持有有效票据使用社会保障卡 (医疗保险卡) 一并结算。

3. 上表四项类别可纳入医疗保险支付范围费用高于医疗保险基金支付限额时按支付限额结算, 低于医疗保险基金支付限额时据实结算。

4. 因生育就诊时若出现并发症即按普通病结算。

5. 基本医疗保险基金支付范围外及个人承担部分可由本人或其亲属职工基本医疗保险个人账户支付 (个人承担部分不纳入大病保险支付范围)。

## 七、生育津贴支付规定

生育津贴支付期限依据国务院《女职工劳动保护特别规定》 (中华人民共和国国务院令 第 619 号) 的产假期限执

行。女职工享受的生育津贴按照职工所在参保单位上年度实际缴纳的医疗保险费月平均工资为基数计发。标准为：计发基数/30×休产假天数。休产假天数按下表规定执行：

产假类别	产假天数（天）	
正常分娩	98	多胞胎生育的，每多生一个婴儿，增加产假15天。
剖宫产	98+15	
未满4个月流产	15	
满4个月未满7个月流产	42	
7个月以上终止妊娠	98	

产假期间享受生育津贴待遇，其他奖励假期由参保单位正常支付工资待遇。

参保单位欠费期间，生育女职工不享受生育医疗费用待遇，单位补缴医疗保险费用后，只享受生育津贴待遇；参保单位或参保人员中途退（停）保的，生育女职工不享受生育医疗费用及生育津贴待遇。

机关事业单位人员不享受生育津贴待遇，由单位正常发放工资津贴；在公共就业服务机构托管个人档案并持有《就业创业证》的就业困难人员及灵活就业的“4050”人员只享受生育医疗费待遇，不享受生育津贴待遇。

#### 八、申领待遇所需资料

参保女职工在市级统筹地区外就医地定点医疗机构因生育产生的医疗费用，待产假期满后，单位经办人携带以下

资料，每月 1-20 日在所属医疗保险经办机构一次性审核办理生育医疗费和生育津贴。

1. 用人单位申请生育保险待遇的正式文件；
2. 社会保障卡（医疗保险卡）；
3. 女职工本人身份证复印件；
4. 女职工本人银行卡复印件；
5. 卫健部门核发的生育登记证件原件；
6. 门诊病历原件和 B 超检查单（流产、引产）；
7. 住院病历首页、分娩（手术）记录、出院记录或诊断证明（加盖医院骑缝公章），住院明细汇总单（加盖医院公章）；
8. 医疗费用有效票据。

参保女职工在市级统筹地区定点医疗机构结算完生育医疗费用后，申请领取生育津贴时持上述 1 至 5 项资料到所属医疗保险经办机构办理。

### 九、生育保险待遇享受时限

生育医疗费用支付及生育津贴领取仅限发生生育医疗费用的所在年度及次年度，逾期视为自动放弃，基本医疗保险基金不予支付。

十、参保女职工因生育就诊的无需办理转诊、转院、异地手续。

十一、跨参保年度生育医疗费用归属同基本医疗保险政策规定。

### 第三部分 医疗待遇

**十二、**精神疾病、结核病住院治疗在市级统筹区内基本医疗保险基金年最高支付限额以下，可纳入医疗保险支付范围费用扣除相应起付标准金后基本医疗保险基金支付 85%。

**十三、**因市级统筹区内定点医疗机构条件所限，需转往西安诊治的，由二级以上（含二级）定点医疗机构或专科定点医疗机构组织会诊后，开出转院申请，定点医疗机构医保科审核登记，方可到西安指定定点医疗机构（仅限三级）治疗。急诊患者可先转院，住院期间补办手续（节假日顺延）。其住院费用原则上由参保职工凭社会保障卡（医疗保险卡）与指定定点医疗机构直接结算，转诊手续一次有效。

转往西安指定医疗机构诊治的参保职工，因指定医疗机构条件所限，可持指定医疗机构转院证、社会保障卡在参保所属医疗保险经办机构备案后转往省外异地联网直接结算医疗机构诊治。

**十四、**异地人员指：1. 参保职工退休后安置在咸阳辖区之外的；2. 常驻外地、驻外办事机构工作人员（由单位出具相关文件）；3. 公差、公休、探亲、外地施工、因病息工（仅限恶性肿瘤、肝硬化失代偿期、血友病、再生障碍性贫血、精神病、结核病、终末期器官移植、慢性肾功能衰竭、艾滋病机会性感染、瘫痪）；4. 外出就业创业人员。

异地人员业务办理具体经办流程及相关事项由市医疗

保险经办机构另行发文明确。

**十五、** 异地人员确因安置地定点医疗机构条件限制，需要到居住地外其他定点医疗机构就诊的，应由安置地定点医疗机构签署意见，按照属地原则实行逐级转诊，转诊手续一次有效。

**十六、** 转院、异地人员可纳入医疗保险基金支付范围住院医疗费用按下表规定支付。

定点医疗机构级别	起付金	报销比例 (%)	
		在职	退休
三级	2000	75	77
二级	650	80	82
一级 (含挂社区卫生服务中心的一级)	340	84	86
社区卫生服务中心	260		

**十七、** 转院、异地人员因病住院进入大额医疗补助后，可纳入医疗保险基金支付范围费用大额医疗补助按 80% 支付。

**十八、** 镇卫生院起付标准同社区卫生服务中心标准。

**十九、** 参保职工因患下列疾病 (简称门诊大额慢性病。转院、异地人员仅限慢性肾功能衰竭患者透析、滤过) 门诊治疗时，市级统筹地区参保职工向二级以上 (含二级) 定点医疗机构提供病史资料 (两年内)，经就诊定点医疗机构复查并填写相关申请表，报就诊医疗机构医保科登记备案后治疗 (具体经办流程及相关事宜由市医疗保险经办机构另行发文明确)。

门诊大额慢性病范围及报销标准：



序号	疾病名称	报销比例 (%)		基本医疗保险基金报销范围
		在职	退休	
1	恶性肿瘤直线加速器放疗	88	90	仅限治疗及材料费用
2	骨髓异常增生综合症	88	90	仅限药物治疗
3	慢性肾功能衰竭腹膜透析	88	90	仅包括腹膜透析液及重组人促红素、骨化三醇，重组人促红素每月不超过40000IU，骨化三醇每月不超过30粒
4	恶性肿瘤化疗	88	90	化疗指《药品目录》西药部分中的抗肿瘤用药及中成药部分中的抗肿瘤用药
5	器官移植术后抗排异反应用药	88	90	仅限药物治疗
6	白血病	88	90	仅限药物治疗
7	血友病	88	90	仅限药物治疗
8	硬皮病	88	90	仅限药物治疗
9	慢性肾功能衰竭 血液透析及滤过	具体政策下文详细说明		
10	偏瘫	按原政策执行		

慢性肾功能衰竭血液透析及滤过次均费用、基本医疗保险基金支付、个人自付按下表执行（基本医疗保险、大额医疗补助均按此标准执行）：

医疗机构级别	次均费用 (元)	基本医疗保险基金支付 (元)	个人自付 (元)	备注
三级	500	470	30	次均费用包含血液透析、血液透析滤过、材料费及所使用的重组人促红素，骨化三醇费用。慢性肾功能衰竭门诊血液透析期间，统筹区内定点医疗机构应根据患者病情向每名参保职工提供重组人促红素每月不超过40000IU，骨化三醇每月不超过30粒。
二级	450	425	25	

**二十、增加门诊特殊病病种范围（基本医疗保险、大额医疗补助均按此标准执行）**

序号	病种名称	月医疗费限额（元）	医疗保险基金报销范围
1	慢性阻塞性肺病	350	仅限药物治疗、吸氧治疗
2	风湿性心脏瓣膜病（有心衰）	280	仅限药物治疗
3	强直性脊柱炎	280	仅限药物治疗
4	癫痫	230	仅限药物治疗
5	大骨节病（II、III度患者）	110	仅限药物治疗
6	中重度氟骨症	120	仅限药物治疗
7	慢性克山病	220	仅限药物治疗
8	肝豆状核变性	850	仅限药物治疗
9	间质性肺炎	850	仅限药物治疗
10	阿尔茨海默病	850	仅限药物治疗

门诊特殊病每张处方最大购药量原则上不超过一月使用量。

**第四部分 其他**

**二十一、取消职工个人账户代参保人直系亲属缴纳城镇居民基本医疗保险费规定。**

**二十二、扩大医疗保险统筹基金不予支付范围**

- （一）体育健身、养生保健消费、健康体检；
- （二）不符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目范围、医疗服务设施标准所规定项目范围的（国家另有规定的除

外)；

(三) 参保职工在市级统筹地区未持社会保障卡(医疗保险卡)就诊所发生的生育医疗费；

(四) 在境外生育分娩的；

(五) 重复参保并已报销的；

(六) 国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

### **二十三、基本医疗保险报销需提供资料**

参保患者在非直接结算定点医院(含未办理异地、转院备案手续人员)住院后在参保所属地医疗保险经办机构审核报销,需提供以下资料:

(一) 居民身份证(由他人代办的需提供代办人身份证及复印件)；

(二) 社会保障卡(医疗保险卡)；

(三) 病历复印件(加盖医院骑缝公章),包括病案首页、出院记录或诊断证明；

(四) 住院费用汇总单(加盖医院公章)；

(五) 医疗费用有效票据。

**二十四、**医疗保障部门应设立专项投诉奖励基金,并列入财政预算,用于奖励投诉定点医疗机构违反医疗保险政策的投诉人,奖励按《陕西省欺诈骗取医疗保障基金举报奖励实施细则》(陕医保发〔2019〕4号)有关规定执行。

**二十五、**将原城镇职工医疗保险政策中人力资源和社会

保障行政部门变更为医疗保障行政部门。

二十六、以上调整内容从2020年1月1日起执行。



国家税务总局咸阳市税务局

2019年12月4日



---

咸阳市医疗保障局

2019年12月4日印发

---