

吉林市人民政府文件

吉市政发〔2011〕3号

吉林市人民政府 关于印发吉林市城镇基本医疗保险 市级统筹实施方案（试行）的通知

各县（市）区人民政府，开发区管委会，市政府各委办局，各直属机构：

现将《吉林市城镇基本医疗保险市级统筹实施方案（试行）》印发给你们，请结合实际，认真组织实施。



二〇一一年四月二十八日



吉林市城镇基本医疗保险 市级统筹实施方案（试行）

根据《国务院关于印发医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009—2011年）的通知》（国发〔2009〕12号）、《吉林省人民政府办公厅转发省人力资源和社会保障厅等部门关于推进城镇职工基本医疗保险市级统筹指导意见的通知》（吉政办发〔2009〕81号）等文件精神，结合我市实际，制定本方案。

一、目标和原则

（一）任务目标

增强基本医疗保险制度的公平性，提高基金互助共济和抗风险能力，逐步解决医保关系转移和异地就医困难等突出问题。

（二）基本原则

坚持市级统筹、分级管理、定额调剂；坚持统一参保政策、统一缴费标准、统一待遇水平、统一管理方式。

二、统筹项目和范围

（一）统筹项目

市级统筹项目包括城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险和小额补充医疗保险。

（二）参保范围



吉林市行政区域内的各类企业、机关事业单位、社会团体、民办非企业单位，乡镇企业的在职职工和退休人员，城镇个体经济组织业主及其从业人员，灵活就业人员都要参加城镇职工基本医疗保险。

凡具有吉林市城镇非农业户口不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的大中小学阶段的学生、少年儿童和其他非从业城镇居民都应参加城镇居民基本医疗保险。

三、缴费标准

(一) 统一城镇职工基本医疗保险缴费标准

1. 缴费基数：用人单位缴纳基本医疗保险费以上年度全市在岗职工平均工资为基准。单位职工平均工资高于吉林市上年度在岗职工平均工资 300% 的，以吉林市上年度在岗职工平均工资的 300% 作为缴费基数；单位职工平均工资低于吉林市上年度在岗职工平均工资 60% 的，以吉林市上年度在岗职工平均工资的 60% 作为缴费基数；单位职工平均工资高于吉林市在岗职工平均工资 60% 低于 300% 的，以单位实际工资总额为缴费基数。

个人缴纳基本医疗保险费以上年度本人工资收入为缴费基数。个人工资收入高于吉林市上年度在岗职工平均工资 300% 的，以吉林市上年度在岗职工平均工资的 300% 作为缴费基数；个人工资收入低于吉林市上年度在岗职工平均工资 60% 的，以吉林市上年度在岗职工平均工资的 60% 作为缴费基数。

灵活就业人员以上年度吉林市在岗职工平均工资为缴费基



数。

2. 缴费费率：参加城镇职工统帐结合基本医疗保险的单位，基本医疗保险费由用人单位和职工个人共同缴纳。单位缴费费率为6%，职工个人缴费费率为2%；参加单建统筹基本医疗保险的单位和职工个人，缴费费率为4.2%。灵活就业人员可选择单建统筹或统帐结合的基本医疗保险模式，并按相应标准缴费。

3. 缴费年限：城镇职工基本医疗保险累计缴费年限（含视同缴费年限）为男满30年，女满25年。其中，实施城镇职工基本医疗保险以前符合国家规定的连续工龄或工作年限为视同缴费年限，实施城镇职工基本医疗保险后，基本医疗保险缴费年限从参保缴费之日起开始计算，参保人实际累计缴费年限最低为15年。职工达到国家规定退休年龄且符合上述条件的，可享受退休人员基本医疗保险待遇；达不到规定的缴费年限或实际缴费年限累计不满15年的，按退休前一年的缴费标准一次性补足所差年限的基本医疗保险费后，可享受相对应的退休人员基本医疗保险待遇。

外地调入本市的参保人员，转入前和转入后的基本医疗保险缴费年限合并计算。

（二）统一城镇居民基本医疗保险缴费和补助标准

1. 年度缴费标准

（1）大中小學生（包括职业高中、中专、技校学生）、儿童缴费标准为每人每年220元（含个人缴费和财政补贴）。



(2) 其他非从业城镇居民缴费标准为每人每年 360 元 (含个人缴费和财政补贴)。

2. 补助标准

2011 年政府补助标准为人均不低于 200 元。由中央、省、市、县(市)区分担。

四、待遇水平

(一) 待遇支付原则

基本医疗保险基金按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则确定待遇支付标准。

(二) 医疗保险待遇

参加城镇职工基本医疗保险人员(含参保的灵活就业人员)按照缴费费率,享受统帐结合或单建统筹的城镇职工基本医疗保险待遇;参加城镇居民基本医疗保险人员可享受城镇居民基本医疗保险的住院和门诊医疗保险待遇。缴纳大额补充医疗保险的参保人员,享受相应的大额补充医疗保险待遇。

1. 城镇职工基本医疗保险

(1) 个人帐户划入办法

个人帐户资金以本人上年度工资收入和退休费用为基数,按下 3 个年龄段规定的不同比例划入:45 周岁(含 45 周岁)以下,按 2.3% (含个人缴费)划入;45 周岁以上、未达到法定退休年龄的人员按 2.5% (含个人缴费)划入;达到法定退休年龄的退休人员,按 3.4% 划入。



(2) 统筹基金支付办法

住院起付线标准：三级（含）以上医院 700 元、二级（含二级专科）医院 600 元、一级（含）以下医院 500 元。参保人在一个参保年度内多次住院治疗的，三级医院第二次住院起付线 500 元，第三次 400 元，以后为 300 元；二级医院第二次住院起付线 400 元，第三次 300 元，以后为 200 元；一级医院第二次住院起付线 300 元，第三次 200 元，以后为 100 元。

最高支付限额：统筹基金年度最高支付限额为 5 万元（包括住院和门诊慢性疾病、特殊疾病、重大疾病费用）。

住院统筹基金支付比例：在起付线以上最高支付限额以下符合基本医疗保险支付范围的住院医疗费，甲类药品及普通诊疗费用在职职工统筹基金支付 85%，退休人员统筹基金支付 90%；乙类药品费用统筹基金支付 75%；高精尖检查治疗费用统筹基金支付 70%。

城镇职工基本医疗保险门诊治疗规定的慢性疾病、特殊疾病和重大疾病，年度内起付线标准为 700 元。门诊规定的慢性疾病、特殊疾病根据病种确定不同的门诊最高支付限额，重大疾病年度内门诊最高支付限额为 5 万元。在起付线以上，最高支付限额以下符合基本医疗保险支付范围的，甲类药品及普通诊疗费用统筹基金支付 80%；乙类药品费用统筹基金支付 75%；高精尖检查治疗费用统筹基金支付 70%。

2. 城镇居民基本医疗保险



(1) 住院医疗保险待遇

住院起付线标准：三级（含）以上医院 900 元、二级（含二级专科）医院 600 元，一级医院（含乡镇卫生院、社区卫生服务中心和卫生服务站）300 元。

最高支付限额：参保居民年度内医疗费度的最高支付限额成年人为 5 万元。

统筹基金支付比例：城镇居民（不含学生、儿童）参加基本医疗保险，起付线以上最高支付限额以下符合基本医疗保险支付范围的住院医疗费用，在三级（含）以上、二级（含二级专科）、一级（含）以下医院住院，统筹基金支付比例分别为 45%、60%、75%。

经批准转诊去外地住院患者，符合城镇居民基本保险支付范围的医疗费用，起付线以上最高支付限额以下，统筹基金支付比例按医院级别各降低 5%。

门诊大病：城镇居民恶性肿瘤门诊放化疗费用、尿毒症的肾透析治疗费用和肝、肾、心脏、骨髓移植后抗排异治疗费用，年度内门诊起付标准为 300 元，在起付线以上，最高支付限额以下，统筹基金支付 55%。

(2) 学生、儿童医疗待遇

参保学生儿童年度内医疗费度的最高支付限额为 8 万元。

学生、儿童和不满 18 周岁的非在校城镇居民，因疾病住院发生的符合规定的住院医疗费，按在三级（含）以上、二级



(含二级专科)、一级(含)以下医院住院,起付线分别为300元、200元、100元。

学生儿童因疾病发生的住院医疗费,符合城镇居民基本医疗保险支付范围的,按以下比例支付:15000元以下统筹基金支付70%;15000~30000元统筹基金支付80%;30000元以上,最高支付限额以内,统筹基金支付90%。

学生在校期间、儿童在幼儿园期间,发生的符合规定的属于意外伤害的门诊或急诊医疗费(按照民事法律法规规定应由相关责任人承担的费用除外),本人或亲属向本级医疗保险中心申请,经审核确认,基本医疗统筹基金补偿80%(最高补偿额为5000元)。

经批准转诊去外地住院的学生、儿童,符合城镇居民基本医疗保险支付范围的医疗费用,起付线以上最高支付限额以下,统筹基金支付比例按医院级别各降低5%。

3. 大额补充医疗保险

城镇职工(含参保的灵活就业人员)参加大额补充医疗保险,基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上1元至5万元,支付85%;5万元以上至10万元,支付90%;10万元以上支付95%。年度内最高支付限额为15万元。

城镇居民大额补充医疗保险待条件成熟时启动。

五、经办管理

(一) 统一业务经办流程



1. 实行市级统筹后，各级医疗保险管理机构的隶属关系不变，医疗保险业务由同级人力资源和社会保障部门领导，市、县（市）区分级经办，市本级负责对县（市）区的业务指导和监督检查。

2. 全市统一经办业务程序。规范经办业务制度、财务会计制度、统计制度、办事程序，统一制定使用相关的帐、表、卡、册，实行统一的计算机操作系统，逐步实现市、县（市）区计算机联网，医疗保险数据逐步统一到市级管理。

（二）统一“两定”单位管理

1. 全市定点医疗机构、定点零售药店（简称“两定”单位）的定点资格由市人力资源和社会保障行政部门统一确定，颁发医疗保险定点医疗机构、定点零售药店资格证书。建立全市统一的定点医疗机构和定点零售药店准入退出竞争机制，实行动态管理。

2. 医疗保险经办机构与取得定点资格的“两定”单位签订医疗服务协议，实行全市统一的医疗服务协议文本，明确双方的责任、权利和义务，对“两定”单位实行协议管理。

3. 对“两定”单位违规行为的处理，按照《关于印发〈吉林市基本医疗（生育）保险定点医疗机构管理试行办法〉的通知》（吉市人社联发〔2010〕9号）和《关于印发〈吉林市基本医疗保险定点零售药店管理试行办法〉的通知》（吉市人社联发〔2010〕8号）文件执行。



(三) 医疗费用结算管理

1. 各级医疗保险管理机构统一按“总量控制、项目付费、病种、定额结算”等综合结算方式与定点医疗机构结算住院医疗费用。全市确定统一的各级别定点医疗机构结算标准。

2. 参保人员就医时所发生的符合基本医疗保险基金支付范围的医疗费用，个人负担的部分，由定点医疗机构直接收取。属于统筹基金支付的住院医疗费用，由定点医疗机构按月与医疗保险管理机构结算。

(四) 统一异地就医服务管理

异地就医结算服务严格按照《吉林省人力资源和社会保障厅、吉林省财政厅转发人社部、财政部关于基本医疗保险异地就医结算服务工作的意见的通知》（吉人社联字〔2010〕50号）文件执行。

1. 异地工作人员和长期居住异地的退休人员可选择当地1~2所定点医疗机构就医，并向参保地医疗保险管理机构备案，其在异地就医所发生的医疗费用持有效凭证到参保地医疗保险管理机构审核结算。

2. 参保人员外出期间患急病或紧急救治时可就近就医，所发生的医疗费用持有效凭证到参保地医疗保险管理机构审核结算。

3. 参保人员确因病情需要转市外治疗的，须经本人或代理人申请，由当地符合规定的定点医疗机构或专科定点医疗机构签署转外就医证明，方可转外就医。外县（市）参保人员需转上一



级医疗机构治疗的，原则上要优先选择吉林市城区内的定点医疗机构。

六、建立调剂金制度

(一) 市级统筹调剂金上解。市、县(市)区市级统筹调剂金按当年基本医疗保险费征缴计划的15%提取，由市级医疗保险管理机构统一在全市范围内调剂使用。市、县(市)区医疗保险管理机构应于每季度第1个月10日前，将所提取的上季度调剂金，上缴到市财政局医疗保险统筹调剂金专户。具体额度根据年度基金征缴计划一年一定。

(二) 市级统筹调剂金使用。使用市级调剂金进行调剂时，要坚持有条件调剂，即先缴后调，不缴不调；坚持有限度调剂，即对参保覆盖率和基金征缴率均达到规定标准且累计结余基金用完后，但仍存在支出缺口的，缺口部分由市级调剂解决，调剂最高额度原则上不超过上缴调剂金的2倍。市级调剂金按规定调剂后仍有缺口的，由同级财政自行弥补。

(三) 加强基本医疗保险基金监管。完善基本医疗保险基金内控制度，形成部门之间、岗位之间和业务之间相互制衡、相互监督的内控机制。加强行政监管，建立基本医疗保险基金欺诈防范机制，杜绝骗保等欺诈行为的发生。建立和完善基本医疗保险基金内部审计制度，及时整改审计发现的问题。定期向社会公布基本医疗保险基金收支情况和参保人员医疗保险待遇的享受情况，接受社会各界的监督。



七、有关要求

(一) 加强组织领导
各县(市)区、各有关部门和单位要高度重视,统一思想,充分认识到基本医疗保险市级统筹工作的重要意义,将这一工作列入重要工作日程,成立专门机构组织实施,建立并层层落实目标责任制。

(二) 明确部门职责

1. 人力资源和社会保障行政部门是市级统筹的主管部门,负责基本医疗保险市级统筹政策制定、组织实施和监督管理。

医疗保险经办机构负责基本医疗保险基金的筹集、管理和支付业务,要科学编制基本医疗保险基金收支计划和决算草案,核算并按时足额支付参保人员的基本医疗保险待遇;加强基本医疗保险基金收支会计核算和职工个人帐户工作;要建立基本医疗保险计算机网络平台,做好缴费基数与医疗保险待遇支付的重点稽核工作,切实履行缴费基数核定和对单位缴费的稽核与监察职责,促进参保单位按时足额申报缴费;加强对定点医疗机构和定点零售药店医疗服务和费用结算的监督管理。

2. 财政部门要强化对基本医疗保险基金的监督和检查,加大对基本医疗保险的基金投入;及时将专项资金全额拨付到财政专户,及时向医疗保险管理机构拨付基本医疗保险基金;要增加对基本医疗保险网络建设经费的投入。

3. 审计部门要依法实施医疗保险基金审计和监督。



4. 监察部门要监督医疗保险基金安全运营，并查处违规行为。

5. 卫生部门负责加强各级医疗机构建设，加大对定点医疗机构的管理力度，不断提高医疗服务质量和服务水平。

6. 民政部门负责确认城镇低保对象身份和提供证明，并组织参保及资助。

7. 教育部门负责督促高校、中小学校、中等职业学校（技校）、特殊教育学校和托幼机构组织在册学生、在园幼儿参保。

8. 残联负责确认残疾人身份和提供证明，统一组织城镇残疾人员（不含残疾学生、低保残疾人）参保。

（三）其它

本方案自 2011 年 7 月 1 日起在市本级和各城区启动实施，有条件的县（市）也要同时启动，条件暂不成熟的县（市）最迟在 2013 年 7 月 1 日前启动实施。

本方案由市人力资源和社会保障局负责解释。此前发布的相关文件与本方案不一致的，按本方案执行。

主题词：劳动 医疗 保险 通知

抄送：市委办公厅，市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市纪检委办公厅，市法院、检察院，各民主党派，各人民团体，江城日报社。

