

淄博市人民政府
关于印发淄博市城镇职工医疗保险
市级统筹实施办法的通知

淄政发〔2007〕87号

各区县人民政府，高新区管委会，市政府各部门，各有关单位，各大企业，各高等院校：

《淄博市城镇职工医疗保险市级统筹实施办法》已经市政府同意，现印发给你们，请遵照执行。

淄博市人民政府
二〇〇七年十二月十七日

淄博市城镇职工医疗保险市级统筹 实施办法

为实行城镇职工医疗保险市级统筹，根据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）、《淄博市关于建立城镇职工基本医疗保险制度的实施方案》（淄政发〔2000〕150号）规定，制定本办法。

一、统筹范围

市级统筹的范围包括本市行政区域内下列用人单位和人员：

（一）城镇各类所有制企业、机关事业单位、社会团体和民办非企业单位及其职工和退休人员（含按国发〔1978〕104号文件规定办理退职的人员）；

（二）农村居民中在国家规定的劳动年龄内且有劳动能力，并与城镇用人单位形成劳动关系的人员（以下简称农民工）；

（三）城镇个体经济组织及其从业人员、自由职业者（以下简称个体劳动者）。

二、统筹项目

市级统筹项目包括城镇职工基本医疗保险个人账户资金及城镇职工和农民工统筹基金、大额医疗费救助基金。

三、基金筹集

（一）职工基本医疗保险缴费基数和比例。用人单位以上年度单位职工工资总额为缴费基数，按 7% 的比例缴纳。单位职工工资总额低于职工缴费基数之和的，以职工缴费基数之和为缴费基数。

职工以本人上年度工资总额为基数，按 2% 的比例缴纳。本人上年度工资总额低于上年度在岗职工平均工资 60% 的，以上年度在岗职工平均工资的 60% 为缴费基数；本人上年度工资总额高于在岗职工工资总额 300% 的，以上年度在岗职工平均工资的 300% 为缴费基数。

个体劳动者以上年度在岗职工平均工资为缴费基数，按 5% 的比例缴纳。

（二）用人单位和个人应按规定参加医疗保险，足额连续缴纳基本医疗保险费，按规定缴纳退休人员一次性风险储备金和补足医疗保险最低缴费年限的费用。

（三）城镇职工及个体劳动者达到国家规定退休年龄，办理退休手续时，医疗保险累计缴费年限（含视同缴费年限）男满 30 年，女满 25 年（其中，个体劳动者医疗保险实际缴费年限满 10 年）的，退休后个人不缴纳基本医疗保险费，享受退休人员基本医疗保险待遇。缴费年限不足的，需补足基本医疗保险费后，方可享受退休人员基本医疗保险待遇。

对个体劳动者医疗保险最低实际缴费年限设置 1 年过渡期。自 2009 年 1 月 1 日起，个体劳动者医疗保险最低实际缴费年限全市统一为 10 年。

（四）应参保而未参保单位及个人应按规定补足基本医

疗保险费，其符合国家规定的连续工龄或缴纳养老保险费的年限，视同为医疗保险缴费年限。为便于市级统筹的顺利推行，对视同缴费的补缴时间采取区别对待、逐步统一的办法。

1□单位及职工的视同补缴时间

自2008年1月开始，应参保而未参保单位的补缴时间，在上述缴费比例的基础上，各区县、高新区分别确定为：张店区2004年7月，淄川区2002年1月，博山区2005年1月，周村区2002年1月，临淄区2002年1月，桓台县2002年1月，高青县2003年1月，沂源县1998年10月，高新区2002年1月。

对补缴时间设置1年的过渡期，自2009年1月1日起，全市视同补缴时间统一为2002年1月。

2□个体劳动者的视同补缴时间

自2008年1月开始，对已符合参保条件而未参保个体劳动者的补缴时间，各区县、高新区分别确定为：张店区2004年7月，淄川区2005年7月，博山区2005年1月，周村区2006年7月，临淄区2004年7月，桓台县2006年1月，高青县2004年7月，沂源县2004年10月，高新区2004年7月。

对个体劳动者补缴时间设置1年的过渡期，自2009年1月1日起，全市视同补缴时间统一为2004年7月。

（五）职工大额医疗费救助基金按上年度在岗职工平均工资的0.5%标准筹集。对于已建立个人账户的，在职职工大额医疗救助费年初从其个人账户资金中扣除50%，个人缴

纳 50%；退休人员从其个人账户资金中全额扣除。未建立个人账户的人员，由个人缴纳。需个人缴纳的部分，应在规定时间内缴纳，逾期缴纳的，当年发生的大额医疗费用不予报销。

（六）基本医疗保险费由市及区县、高新区劳动保障部门负责征收。其中，市及以上单位、个体劳动者养老保险关系市管的，由市劳动保障部门负责征收，其他由各区县、高新区劳动保障部门负责征收。大额医疗救助费与基本医疗保险费一并征收。

四、医疗保险待遇

（一）个人账户、统筹基金划入办法及个人账户支付办法按淄政发〔2000〕150号文件有关规定执行。

（二）统筹基金支付办法：

统筹基金最高支付限额为本市上年度在岗职工平均工资的 4 倍左右，2008 年暂定为 7 万元。随着在岗职工平均工资的增长，统筹基金最高支付限额将适时进行调整，具体办法由市劳动保障部门会同市财政部门制定。

1□住院医疗费用的支付。对参保人员的住院医疗费用设置起付标准，在一个年度中首次住院起付标准为 700 元，第二次住院起付标准减半，年内第三次住院取消起付线。

住院医疗费用在起付标准以上部分，按超额累进制报销，并根据医院的等级确定不同的个人自负比例。根据一、二、三级医院的不同，职工个人发生住院医疗费用在 0-10000 元（含 10000 元）部分，自负比例分别为 18%、22%、26%；10000

元以上至 50000 元(含 50000 元)部分,自负比例分别为 10%、15%、20%; 50000 元以上至 70000 元(含 70000 元)部分,自负比例均为 10%。退休人员个人负担比例为在职人员的二分之一,起付标准和统筹基金最高支付限额与在职职工相同。

2□门诊大病医疗费用的支付。门诊大病医疗费用起付标准为 1000 元,统筹基金支付门诊大病费用和住院费用的年最高支付限额为 7 万元。

(三)用人单位平均缴费基数达到上年度全市在岗职工平均工资的 150%-200%(含 200%)的,其在职职工统筹基金支付比例提高 1.5 个百分点; 200%以上至 250%(含 250%)的,提高 3 个百分点; 250%以上的,提高 4.5 个百分点。

(四)超过统筹基金最高支付限额的医疗费用,通过大额医疗费救助基金解决。医疗费用 7 万元以上至 25 万元以下的部分(含 25 万元),大额医疗费救助基金支付 90%,参保人负担 10%。

(五)享受最低生活保障城镇职工在指定优惠就医医院发生的医疗费用,取消起付线,其他费用按城镇职工有关规定执行。

五、基金管理

(一)全市医疗保险统筹基金实行“市级统筹、分级管理、计划控制、定额调剂”的管理办法;个人账户资金和大额医疗费救助基金实行统收统支。

(二)医疗保险基金征缴、医疗待遇申领、医疗管理服务等业务执行全市统一经办流程。

（三）对各区县、高新区的城镇职工基本医疗保险基金收支总量实行计划控制。每年由市劳动保障、财政部门向各区县、高新区下达城镇职工基本医疗保险基金征缴计划和医疗费用支出计划。城镇职工基本医疗保险基金征缴计划根据各区县、高新区已参保人数和扩面计划确定，医疗费用支出总额根据上年度各不同群体的平均医疗费水平，适当考虑医疗费增长因素综合确定。基金扩面征缴计划超额完成，导致医疗费超支的合理部分，市劳动保障、财政部门予以确认；基金征缴计划未完成的，其医疗费用支出计划作相应减少。为做好医疗保险基金的征缴管理，建立基金收缴支付管理考核奖惩制度，具体办法由市劳动保障部门会同市财政部门研究制定。

（四）建立城镇职工基本医疗保险统筹基金上解和调剂制度。各区县、高新区按城镇职工基本医疗保险统筹基金征缴计划的20%上解调剂金。对按时足额上解调剂金的区县，其计划征缴与计划支出的差额，由市城镇职工基本医疗保险统筹基金予以调剂；对未完成基金征缴计划的减收部分和超出医疗费定额的增支部分，由区县、高新区自行筹资解决。医疗保险历年结余基金是市统筹基金的组成部分，各区县、高新区确需动用历年节余的，需经市劳动保障、财政部门批准后方可使用。

（五）个人账户资金和大额医疗费救助基金历年结余部分及今后征收部分全额上解，所发生的医疗费用由市医疗保险经办机构统一支付。

六、定点单位管理

建立全市定点医疗机构、定点药店统一监管机制，推行信用等级制度、定岗医师制度，并适时引入准入退出竞争机制。市劳动保障部门负责全市医疗保险定点单位的监督管理，区县、高新区劳动保障部门负责本行政辖区内的医疗保险定点单位的监督管理。建立举报奖励制度，对举报医疗保险定点单位违规行为的单位或个人进行奖励，专项资金由市财政统一负担。

七、医疗费用结算

（一）由个人账户资金支付的医疗费用由市医疗保险经办机构统一结算。

（二）定点医疗机构垫支的属于统筹基金和大额医疗费救助基金支付的住院医疗费用，每月与指定的医疗保险经办机构结算。职工个人根据本办法规定需要自行负担的医疗费用，持医疗保险凭证与指定的医疗保险定点医院结算。

（三）医疗保险经办机构与定点医疗机构住院医疗费用的具体结算办法由市劳动保障、财政部门制定。

八、其他规定

（一）农民工参加医疗保险的办法，按《淄博市人民政府办公厅关于解决农民工医疗保障问题的意见》（淄政办发〔2006〕69号）执行。

（二）本办法自2008年1月1日起执行。有关医疗保险政策规定与本办法不一致的，按本办法执行。