

益阳市医疗保障局
益阳市财政局
益阳市卫生健康委员会
国家税务总局益阳市税务局

文件

益医保发〔2020〕17号

关于印发《益阳市医疗生育保险市级统筹
基本政策若干规定（暂行）》的通知

各区县（市）人民政府，益阳高新区管委会，大通湖区管委会，
市直有关单位：

为做好益阳市医疗保险市级统筹工作，进一步完善基本医疗保险和生育保险制度，切实增加制度公平性，有效提升基金抗风险能力。经报市人民政府同意，现将《益阳市医疗生育保险市级统筹基本政策若干规定（暂行）》印发给你们，请遵照执行。

(此页无正文)



益阳市医疗保障局



益阳市财政局



益阳市卫生健康委员会



国家税务总局益阳市税务局

2020年9月27日

(此件主动公开)

益阳市医疗保障局办公室

2020年9月27日印发

益阳市医疗生育保险市级统筹 基本政策若干规定（暂行）

根据《益阳市医疗保障局 益阳市财政局 国家税务总局益阳市税务局 关于全面实行基本医疗保险和生育保险市级统筹的实施办法》（益医保发〔2020〕6号）文件精神，制定我市医疗生育保险市级统筹统一的基本政策和待遇标准调整方案。

一、主要目标

为进一步完善医疗保险和生育保险制度，提高医疗生育保险基金的统筹层次和保障能力，切实增加制度公平性，有效提升基金抗风险能力，确保参保人员待遇水平总体不降低、社会负担总体不增加、医保基金安全和制度运行平稳。根据国家、省有关规定，2020年10月1日起全市医疗和生育保险实施统一的基本政策和待遇标准。

二、基本原则

（一）与经济社会发展水平相适应原则。保险待遇水平与经济社会发展水平相适应。

（二）多数优先原则。按多数参保人员的待遇保障水平执行和调整。

（三）基金管理坚持“以收定支、收支平衡、略有节余”原则，确保制度可持续。

三、具体措施

（一）统一参保范围

1. 城镇职工基本医疗保险和生育保险（以下简称职工医保）参保人员范围。为益阳市行政区域内城镇用人单位及其职工，无雇工的个体工商户和非全日制从业人员以及其他灵活就业人员（以下简称灵活就业人员），领取失业保险金的失业人员和退休人员等应当参加城镇职工基本医疗保险；在单位参加城镇职工基本医疗保险的在职职工应当参加生育保险。

2. 城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）参保人员范围。除职工医保应参保居民以外的其他所有具有本市户籍的农村居民、城镇非从业居民；本市在校大中专学生；未在原籍参加基本医疗保险且取得我市居住证的常住人口；国家和省规定的其他人员。

参保人员不得同时参加职工医保和居民医保，不得重复享受医疗保险待遇。

（二）统一筹资政策

1. 职工医保筹资政策

（1）职工医保缴费（补缴）基数

单位缴费基数为上年度本单位职工工资总额，单位缴费基数上限为每年省公布缴费基数值 300%，单位缴费基数下限为省公布缴费基数值 60%。在职职工个人缴费基数为上年度职工本人

工资收入；单位退休人员由参保单位按其退休金为基数缴纳基本医疗保险费；以灵活就业人员身份参加职工基本医疗保险的，其缴费基数为省公布缴费基数值的 60%；失业人员在领取失业保险金期间，按国家相关政策参保。

在职职工和灵活就业人员补缴基数按照办理补缴手续时省公布缴费基数值为补缴基数。

（2）职工医保缴费标准

职工医保缴费费率。参加职工基本医疗保险的在职职工同步参加生育保险，退休人员、灵活就业人员、破产改制安置人员、下岗失业人员等不参加生育保险。

在职职工：单位缴费费率为 6%（基本医疗保险）加 0.7%（生育保险），个人缴费费率为 2%；

退休职工：原退休单位缴费费率为 4%；

灵活就业人员缴费费率为 5%，全部划入统筹基金；

失业人员在领取失业保险金期间，按国家相关政策参保缴费。

（3）职工医保补充医疗保险缴费标准

统一职工医保补充医疗保险基金缴费标准，统一设置归并职工医保补充医疗保险基金。职工医保补充医疗保险实行按年缴费。

①大病医疗互助基金缴费标准。按 130 元/人/年的标准缴纳。

②意外伤害医疗互济缴费标准。按 20 元/人/年的标准缴纳。

③重特大疾病补充保险缴费标准。按 50 元/人/年的标准缴纳。

（4）职工医保缴费期

单位职工基本医疗保险费（含生育保险）原则上按月缴纳，灵活就业人员按年度缴费。用人单位必须在每月 25 日前足额缴纳当月基本医疗保险费（含生育保险），同时在每年首次缴费基本医疗保险费（含生育保险）时统一为在职职工和退休人员一次性足额缴纳本年度的大病、意外、重特大疾病互助费。按年度缴费的统一每年 1 月 1 日至 3 月 31 日为当年度的基本医疗保险缴费期（含大病、意外、重特大疾病互助费）。

用人单位没有在每月 25 日前缴纳当月基本医疗保险费（含生育保险）的，医疗保险经办机构从下月起停止支付医疗保险费用，期间所发生的医疗费用由用人单位承担。用人单位和职工补足基本医疗保险费后，参保人员从缴费到账之日起恢复享受基本医疗保险待遇。

灵活就业人员当年新增参保缴费的，自实际缴费到账之日起的 180 天后享受医疗保险待遇。灵活就业人员在每年 3 月 31 日以后续保的和无故停保办理复保手续的，自续保缴费到账之日起的 90 天后享受医疗保险待遇，其停保期间所发生的医疗费，医疗保险统筹基金不予支付。与用人单位解除劳动关系的参保职工，3 个月之内以灵活就业人员续保的，从续保缴费到账之日起享受医疗保险待遇；3 个月之后以灵活就业人员续保的，按当年新增参保缴费的标准执行，自续保缴费到账之日起 180 天后方可享受医疗保险待遇，其停保期间所发生的医疗费，医疗保险统筹基金

不予支付。

(5) 缴费年限

参加城镇职工基本医疗保险的累计缴费年限男满 30 年、女满 25 年（缴费年限包含视同缴费年限和实际缴费年限，2003 年 1 月 1 日以前符合国家规定的连续工龄或工作年限，视同基本医疗保险缴费年限），本市内实际缴费年限不低于 15 年，且达到国家法定退休年龄的退休人员，方可享受退休人员基本医疗保险待遇。

(6) 补缴政策

正常缴费单位的退休人员医疗保险累计缴费年限不符合规定条件的，以办理补缴手续时，实际退休金高于省公布缴费基数值的按其实际退休金为补缴基数，其余以省公布缴费基数值为补缴基数，按 4% 的费率一次性补缴，方可享受退休人员基本医疗保险待遇。涉军人员补缴根据省文件规定执行。

灵活就业人员医疗保险累计缴费年限不符合规定条件的，以办理补缴手续时省公布缴费基数值为缴费基数，按 5% 的缴费比例由个人一次性补足所差年限的基本医疗保险费，方可享受退休人员基本医疗保险待遇。

补缴的基本医疗保险费，全部划入统筹基金。

2. 居民医保缴费政策

(1) 居民医保缴费标准

统一按全省城乡居民医保的缴费标准执行。按年度一次性足

额缴纳基本医疗保险费，才能享受相应的基本医疗保险待遇。

(2) 居民医保参保缴费时间

原则上每年8月1日至12月31日为下一年度的参保缴费期。未在统筹地区规定的参保缴费期内办理参保缴费手续的，原则上不予补办，不得享受基本医疗保险待遇。

(3) 居民医保补缴政策

居民医保补缴政策统一按《湖南省人民政府关于印发<湖南省城乡居民基本医疗保险实施办法>的通知》（湘政发〔2016〕9号）文件规定执行。

新生儿在出生28天内（含28天）取得本市户籍并按当年度城乡居民医保个人缴费标准一次性缴纳基本医疗保险费，可自出生之日起享受基本医疗保险待遇。

其他因户籍变动等客观原因或特殊情形（含当年新迁入户口、复转军人、未及时就业的大中专毕业生、未在出生28天内参保缴费的新生儿、社会福利机构新接收的弃婴儿、刑满释放人员、因劳动关系终止导致职工医保需转城乡居民医保的人员等）导致未能在统筹地区规定的参保缴费期内办理参保缴费手续的，可在办理户籍手续后60天内参加城乡居民医保，按当年度城乡居民医保筹资标准一次性足额缴纳基本医疗保险费，从缴费的下个月起享受基本医疗保险待遇。

(4) 城乡居民大病保险

城乡居民大病保险缴费标准按国家、省每年发布的统一规定执行，大病保险费按规定从城乡居民基本医疗保险基金中划拨。

（三）统一医保待遇政策

1. 职工医保待遇政策

（1）个人账户划入比例

在职职工个人账户划入比例。在职职工个人缴纳的基本医疗保险费全部划入个人账户。用人单位为参保人员缴纳的基本医疗保险费的一部分：45 周岁以下（含 45 周岁）的职工按本人缴费基数 0.7% 划入；46 周岁以上到退休前的职工按本人缴费基数的 1.2% 划入。

职工医保退休人员个人账户划入比例。从用人单位为单位退休人员缴纳的基本医疗保险费中按规定基数的 3.4% 划入。

（2）特殊门诊待遇。全市统一门诊特殊慢性病种范围、疾病编码、诊断标准、报销标准等，具体办法由市医疗保障局另行制定。

（3）住院待遇

统一全市职工医疗保险住院医疗机构等级划分、起付线、封顶线、支付比例。超过基本医疗封顶线以上的费用，进入大病医疗互助、重特大疾病补充保险按一定比例进行支付。（如下表）

职工医保住院起付线及报销比例

医院级别	基本医疗住院费用起付线 -10 万元				大病医 疗互助 住院医 疗费用 10-30 万元报 销比例	重特大疾 病补充保 险住院医 疗费用 30-60 万 元报销比 例	基本医疗+大病医疗互助+ 重特大疾病补充保险
	起付线（元）		报销比例				
	年内 首次	年内 二次 及以 上	在职	退休			
基层卫生服务 机构	200	300	92%	94.8%	90%	60%	政策项目内住院费用：基 本医疗基金费用支付限额 10 万元，超过 10 万元的 费用进入大病互助，大病 互助费用最高支付限额 30 万元，超过 30 万元的费用 进入重特大疾病补充保 险，重特大疾病补充保险 最高支付限额 60 万元
一级及无等级 医院	400	400					
二级医院	700	400	90%	93.5%			
市内三级医院	900	500	88%	92.2%			
市外三级医院	1200	900	73%	77.2%			

意外伤害医疗互济住院起付线、自付比例同基本医疗住院一致，意外伤害住院年度政策项目内住院费用最高限额为 6 万元，超过部分由参保人员自付。

（4）生育保险待遇

统一按《关于生育保险和职工基本医疗保险合并实施有关问题的处理意见》（湘医保发〔2020〕23 号）、《益阳市医疗保障局关于明确生育保险和职工基本医疗保险合并实施有关事项的通知》（益医保发〔2019〕22 号）文件执行。本市财政全额拨款的行政事业单位参保职工在享受生育保险待遇期间，生育津贴由

所在单位以工资形式发放,所发工资(包含各项工资、福利之和)低于生育津贴补贴标准的差额,经单位与医保经办机构结算后低于本单位在职职工平均工资的差由职工医保基金补发。

(5) 转外就诊待遇

坚持分级诊疗制度。

确因病情需要转区县(市)外就医的,按规定办理转诊手续,有病种费用的按病种费用报销;无病种费用的,益阳市内就诊转院的不设转外自付比例。

确因病情需要转统筹区外就医的,按规定办理转诊手续,有病种费用的按病种费用报销;无病种费用的,省内市外就诊转院的先自付 15%,转省外的先自付 25%,然后再按有关规定报销。未按规定办理转诊、异地就医相关手续的,在定点机构发生的住院医疗费用,省内住院治疗的先自付 25%,省外住院治疗的先自付 35%,然后再按有关规定报销。

在非基本医疗保险定点医疗机构发生的医疗费用原则上不予支付(危急重症患者抢救除外)。

2. 居民医保待遇政策

(1) 门诊待遇

普通门诊待遇。全市统一执行《益阳市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹管理实施细则》(益医保发〔2019〕28号),参保居民在协议基层医疗卫生机构就诊时,政策范围内门诊医疗费用不设起付线,一个结算年度内,纳入支付范围的门诊医疗发

生费用最高不超过 600 元，支付比例 70%，超出限额部分由个人负担。城乡居民高血压、糖尿病（以下简称“两病”）患者门诊用药专项保障按全省统一的城乡居民“两病”门诊待遇标准执行。

特殊病种门诊待遇。特殊病种范围统一按照湘人社发〔2017〕93 号文件规定执行 43 个特殊病种（执行全省统一的城乡居民基本医疗保险特殊病种门诊保障政策，特殊病种门诊医疗费用限额标准全市统一按《关于进一步完善城乡居民医保特殊病种门诊政策的通知》（益医保发〔2019〕29 号）执行，在年度限额标准内，遵循门诊医疗规范和用药范围的前提下，特殊病种门诊医疗费用统一不设起付线，支付比例为 70%。

（2）住院待遇

根据《益阳市城乡居民基本医疗保险实施细则》（益政办发〔2017〕9 号），统一全市城乡居民医保住院医疗机构等级划分、起付线、封顶线、支付比例等住院待遇。（如下表）

医院级别		起付线（元）	报销比例（%）
基层卫生服务机构		200	90%
乡镇中心卫生院（含街道社区卫生服务中心）		300	
一级医院		400	78%
二级医院	二乙	500	75%
	二甲	600	70%
市内三级医院		1200	60%
省三级医院		1500 至 2300 元	55%

注：一个结算年度内多次住院的，累计起付标准以省级定点医院最高起付标准为限额。

(3) 意外伤害住院待遇

全市统一城乡居民医保意外伤害住院待遇标准、年度支付限额标准等，具体办法由市医疗保障局另行制定。

(4) 生育保险待遇

对参保居民符合计划生育政策规定在定点医疗机构发生的生育医疗费用（含产前检查费）给予一次性补助，平产最高补助标准为 1300 元，剖宫产最高补助标准为 1600 元，按单病种包干管理，在定点医疗机构实行即时结算。孕产妇因高危重症救治发生的政策范围内住院医疗费用参照疾病住院相关标准支付。

(5) 城乡居民基本医疗保险基金设置最高支付限额

根据《湖南省人民政府关于印发<湖南省城乡居民基本医疗保险实施办法>的通知》（湘政发〔2016〕29 号）、《关于做好 2017 年度城乡居民基本医疗保险工作的通知》（湘人社发〔2016〕88 号）等文件规定，一个结算年度内，城乡居民基本医疗保险基金（不含城乡居民大病保险）住院累计最高支付限额为 15 万元。根据《湖南省人力资源和社会保障厅关于进一步加强和规范医疗保险特殊药品使用管理的通知》（湘人社发〔2018〕43 号）规定，一个结算年度内，城乡居民医保参保患者发生符合规定的特药费用从城乡居民特殊门诊资金中列支，特药实际报销金额计入年度城乡居民医疗保险最高支付限额。

(6) 大病保险待遇

根据《益阳市城乡居民大病保险实施方案》（益政办发〔2018〕

1号)，全市执行统一的城乡居民大病保险政策，大病保险起付线由市医疗保障局统一确定，原则上按我市上一年度全体城乡居民人均可支配收入的50%左右确定。对参保人员一个自然年度内累计个人负担的合规医疗费用，扣除大病保险起付线以后，原则上分四段累计补偿：0至3万元（含）部分报销60%，3万元以上至8万元（含）部分报销65%，8万元以上至15万元（含）部分报销75%，15万元以上部分报销85%。大病保险年度累计补偿限额统一为30万元。

（7）转外就诊

参保居民应当在基本医疗保险定点医疗机构就医，实行分级转诊原则。确因病情需要转县级或城市二级以上医院就医的，按规定办理转诊手续后，按相关报销政策进行报销。未按照分级转诊制度有关规定办理转诊手续的（危急重症患者抢救除外），城乡居民医保基金支付比例相应降低15个百分点。

因外出务工、长期在外地居住、转省外医疗机构治疗等特殊情形在省外异地就医时发生的政策范围内住院医疗费用，按《关于做好湖南省城乡居民基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算工作的通知》（湘人社发〔2017〕60号）文件执行。

在非基本医疗保险定点医疗机构发生的医疗费用原则上不予支付（危急重症患者抢救除外）。因危急重症抢救未及时办理转诊手续或在本统筹区外非定点医疗机构入治疗的，应当在入院治疗3个工作日内报参保地医保经办机构同意备案，其发生的政

策范围内住院医疗费用按起付线 2300 元，报销比例 40%的标准报销。

3. 特殊药品保障制度

统一按省、市相关文件执行。

4. 异地就医结算制度

异地就医住院医疗费用直接结算统一按《湖南省基本医疗保险异地就医住院医疗费用直接结算管理办法（试行）》（湘人社发〔2017〕59 号）、《关于做好湖南省城乡居民基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算工作的通知》（湘人社发〔2017〕60 号）、《湖南省人力资源社会保障厅关于进一步简化优化基本医疗保险异地就医直接结算经办管理服务工作的通知》（湘人社函〔2018〕164 号）、《益阳市城镇职工基本医疗保险异地就医联网结算实施细则》（益人社发〔2014〕30 号）、《益阳市人力资源和社会保障局关于加强和规范医疗保险本地住院管理的通知》（益人社发〔2016〕44 号）等文件执行。

5. 医疗救助制度

统一按省、市有关政策执行。

四、医疗服务管理

（一）实行统一的三个目录管理。根据国家和省里的规定，执行统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目（含特殊医用材料）、医疗服务设施范围等 3 个目录，并执行统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目（含特殊医用材料）、医疗服务设施范围目录编

码。

（二）实行统一的医疗服务项目价格标准。根据国家和省里的规定，按照价格管理权限，在《湖南省现行医疗服务价格目录（2019）》规定的医疗服务价格目录和规范下，统一执行全市新的医疗服务项目价格标准。

本文件从 2020 年 10 月 1 日起实施，如国家、省出台政策，按新政策执行。