

索引号:	112224000136069178/2022-00280	分类:	医疗保障;通知
发文机关:	延边州人民政府办公室	成文日期:	2022年01月07日
标题:	延边州人民政府办公室关于印发延边州职工医疗保险实施方案的通知		
发文字号:	延州政办发〔2022〕1号	发布日期:	2022年01月07日

延边州人民政府办公室关于印发 延边州职工医疗保险实施方案的通知

延州政办发〔2022〕1号

各县（市）人民政府，州人民政府各委办局：

经州人民政府同意，现将《延边州职工医疗保险实施方案》印发给你们，请认真组织实施。

延边州人民政府办公室
2022年1月7日

（此件公开发布）

延边州职工医疗保险实施方案

为全面贯彻落实《关于推进落实医疗保障待遇清单制度的指导意见》（吉医保联〔2021〕15号）和《延边州人民政府关于印发全面推进医疗保障州级统筹实施方案的通知》（延州政发〔2020〕8号）精神，制定本实施方案。

一、目标任务

2022年底前，职工基本医疗保险和职工大额医疗费用补助在州统筹区域内政策制度统一、经办服务统一的基础上，实现基金州级统收统支。

2025年底前，建立以基本医疗保险为主体，医疗救助为托底，补充医疗保险、长期护理保险共同发展的多层次医疗保障制度体系。

二、主要内容

（一）参保范围

延边州行政区域内所有用人单位及其从业人员和各类灵活就业人员应参加职工基本医疗保险和职工大额医疗费用补助。参保的退休人员应参加职工大额医疗费用补助。

男性满60周岁、女性满55周岁不再以灵活就业人员身份参加职工基本医疗保险。

（二）缴费标准

1. 职工基本医疗保险

（1）缴费基数

用人单位缴费基数为职工工资总额，个人缴费基数为本人上年度月平均工资。职工本人上年度月平均工资超过上年度全省全口径平均工资的300%以上部分，不计入个人医保缴费基数；职工本人月平均工资低于上年度全省全口径平均工资60%的，以上年度全省全口径平均工资的60%作为个人医保缴费基数。

参加单建统筹的单位和灵活就业人员，以全省全口径城镇单位就业人员上年度平均工资为缴费基数。

(2) 缴费费率

参加职工医疗保险统账结合模式的，单位缴费费率为6%，职工个人缴费费率为2%。参加单建统筹的单位和灵活就业人员，缴费费率为4.2%。

(3) 缴费年限

职工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为男职工满30年（含视同缴费年限），女职工满25年（含视同缴费年限）。其中，2001年5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。2001年5月1日以后，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不满15年的，按办理职工医保在职转退休时执行的缴费基数一次性补足所差年限的基本医疗保险费后，方可享受退休人员基本医疗保险待遇。

2. 职工大额医疗费用补助

(1) 缴费标准

由参保单位和参保个人（含退休人员）共同缴纳。缴费标准为每人每年180元。其中，个人缴费标准为每人每年103元，单位缴费标准为每人每年77元。灵活就业人员由个人缴纳，缴费标准为每人每年180元。

(2) 缴费时间

集中缴费期为每年10月1日至12月31日。

(三) 待遇标准

1. 职工基本医疗保险

保障参保人员符合《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医用耗材目录》（简称“三个目录”）范畴内的普通门诊及门诊慢病、门诊特病、特药和住院医疗。

(1) 个人账户划入

职工医疗保险统账结合模式个人账户划入办法：单位参保人员个人缴纳的医疗保险费，全部计入个人账户；单位缴纳的医疗保险费，按一定比例计入个人账户，退休人员的个人账户从征收的基金中按比例划入。具体划入标准为：45周岁（含45周岁）以下职工按个人缴费基数的2.5%（含个人缴费的2%）划入；46周岁以上未到法定退休年龄的职工按个人缴费基数的3%（含个人缴纳的2%）划入；退休人员按上年度本人退休费的3.2%划入；建国前参加工作的退休人员按上年度本人退休费的4%划入。

参加单建统筹的单位和灵活就业人员不建个人账户。但2010年实施职工基本医疗保险州级统筹前按统筹地区上年度在岗职工平均工资的6%或5%标准参保并连续缴费的个体劳动者，退休后可为其建立个人账户。

(2) 个人账户支付范围

个人账户资金属于参保人员个人所有，可以结转和继承。其支付范围为：参保人员在定点零售药店购买药品的费用；

参保人员在定点医疗机构发生的门诊医疗费用和应由个人支付的住院医疗费用；

符合政策规定的其他费用。

(3) 统筹基金支付范围

住院医疗费用中按规定应由统筹基金支付的医疗费用；

普通门诊及门诊慢病、门诊特病、特药中按规定应由统筹基金支付的医疗费用；

门诊抢救无效死亡发生的医疗费用；

其他符合基本医疗保险规定应由统筹基金支付的医疗费用。

(4) 统筹基金支付标准

住院起付标准：一级医院（含社区卫生服务中心、乡镇卫生院）400 元，二级医院 800 元，三级医院 1,100 元。

最高支付限额：统筹基金年度最高支付限额为每人每年 7 万元。

(5) 统筹基金支付比例

参保人员住院（包括门诊特殊疾病）期间发生的符合规定的医疗费用，在起付标准以上、最高支付限额以下的，采取费用分段、按医疗机构等级确定支付比例（详见附件）。

其中支付范围内的乙类项目先由个人支付 10%，再由统筹基金按相应的比例支付。特药政策按全省统一规定执行。

2. 职工大额医疗费用补助

(1) 支付范围

用于支付参保人因患大、重、特病，在一个缴费年度内累计发生的符合“三个目录”范畴内的超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上的医疗费用。

(2) 待遇享受期

在集中缴费期内完成缴费的待遇享受期为次年 1 月 1 日至 12 月 31 日。

(3) 最高支付限额及比例

职工大额医疗费用补助年度内最高支付限额为 28 万元，其中大额医疗费报销额 0 至 8 万元（含 8 万元），报销比例为 90%，8 万元以上的，报销比例增加 3 个百分点。

(四) 异地就医相关政策

1. 取消参保人员州内跨县域就医医保异地备案手续。

2. 参保人员转州外就医符合转诊转院条件，且在规定时间内逐级办理转诊转院手续的，根据异地定点医疗机构级别，医疗保险基金的起付标准和最高支付限额等执行参保地规定的本地就医时的标准。

3. 省内异地就医人员发生的医疗费用执行全省统一的“三个目录”；跨省异地就医直接结算人员发生的医疗费用执行就医地的基本医疗保险、工伤保险、生育保险药品目录，诊疗项目及医疗服务设施项目、医用耗材目录。

4. 未履行规定程序，自行异地就医人员的医疗保险基金支付比例为 20%。因本人原因，应直接结算未直接结算的异地就医人员，医疗保险基金支付比例在原基础上降低 10%。

异地就医人员存在多种医疗保险基金降低支付比例情形时，降低的支付比例根据实际情况叠加计算。

5. 其他异地就医相关政策执行全省统一规定。

(五) 待遇等待期

1. 职工基本医疗保险

新参保职工，在参保的次月起可按规定享受医疗保险待遇；

灵活就业人员，连续缴费满 9 个月后，自缴费月份起的第 10 个月开始享受职工基本医疗保险政策规定的统筹基金给付的所有待遇；

统账结合、单建统筹和灵活就业人员中断续保的，医疗保险待遇等待期为90天，中断期间发生的医疗费用不予支付；

转移接续人员按《国家医保局办公室 财政部办公厅关于印发〈基本医疗保险关系转移接续暂行办法〉的通知》（国保办发〔2021〕43号）规定执行。

2. 职工大额医疗费用补助

新参保职工，自缴费之日起次月开始享受大额医疗费用补助待遇。

（六）符合以下情况之一的，基本医疗保险不予支付

1. 应当从工伤保险基金中支付的；
2. 应当由第三人负担的；
3. 应当由公共卫生负担的；
4. 在境外就医的；
5. 体育健身、养生保健消费、健康体检；
6. 国家及省规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。对经济社会发展有重大影响的，经法定程序，可做临时调整。

（七）执行调剂金制度

各县（市）按当年职工医疗保险费年度征缴计划的10%提取调剂金。调剂金由州医保部门统一管理，在全州范围内调剂使用。

（八）其他

根据基金收支情况和有关规定，经州人民政府批准，州医保部门会同相关部门适时调整职工医疗保险保障政策。

三、工作要求

（一）加强学习宣传。各县（市）人民政府、州直有关部门要认真解读相关政策，充分发挥媒体优势，加大学习宣传力度，形成政策宣传的强大舆论氛围。

（二）加强协调配合。各县（市）人民政府、州直有关部门要提高政治站位，围绕职工医保护面征缴、打击欺诈骗保、优化服务管理等重点工作，健全联动机制，形成工作合力。

（三）加强督促检查。各县（市）人民政府、州直相关部门要建立督查考核机制，采取有力措施，确保各项政策措施落实到位。要及时掌握舆情动态，发现问题及时报告。

附件：职工基本医疗保险住院支付比例表

