

临沂市人民政府办公室
关于调整城镇基本医疗工伤生育保险
有关政策的通知

临政办发〔2014〕5号

各县区人民政府，市政府各部门、各直属机构，临沂高新技术产业开发区管委会，临沂经济技术开发区管委会，临沂临港经济开发区管委会，各县级事业单位，各高等院校：

为进一步提升社会保险管理服务水平，确定对我市城镇基本医疗、工伤、生育保险有关政策进行调整。现就有关事项通知如下：

一、城镇基本医疗保险

（一）提高城镇职工基本医疗保险待遇水平。

1. 一个医疗保险年度内，城镇职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额由 12 万元提高到 18 万元。在职参保人员符合支付范围的住院医疗费用在起付标准以上，按分段累进制报销：3 万元以内的（含 3 万元）报销比例在一、二、三级医疗保险定点机构分别为 90%、85%、80%；3 万元以上至 10 万元（含 10 万元）的报销比例为 85%；10 万元以上至 18 万元（含 18 万元）报销比例为 90%。在职参保人员符合支付范围的门诊慢性病医疗费用在起付标准以上，按分段累进制报销：3 万元以内的（含 3 万元）报销比例为 80%；3 万元以上至 10 万元（含 10 万元）的报销比例为 85%；10 万元以上至 18 万元（含 18 万元）报销比例为 90%。

2. 大额医疗救助的最高支付限额由 32 万元提高到 50 万元，符合支付范围的医疗费用（18 万元以上至 50 万元，含 50 万元）报销比例为 90%。

3. 一个医疗保险年度内，一、二、三级医疗保险定点机构的首次住院起付标准分别为 300 元、400 元、600 元，第二次以后分别为 100 元、150 元、200 元。

4. 一个医疗保险年度内，城镇职工基本医疗保险参保人员发生的门诊慢性病和住院费用的支付限额合并计算。门诊慢性病全年起付标准为 600 元。

5. 退休参保人员超过起付标准以上部分的个人负担比例为在职参保人员的一半，起付标准和最高支付限额与在职职工相同。

6. 城镇基本医疗保险参保人员到市外省内医疗保险定点机构就医，并通过全省异地就医结算平台联网即时结报的住院医疗费，其起付标准、报销比例执行省里有关规定。

(二) 城镇基本医疗保险参保人员市内外就医应按规定办理转诊、异地备案手续。

1. 城镇基本医疗保险参保人员在市外医疗保险定点机构就医，凡未办理转诊、异地备案手续的，经核实后其符合政策规定的医疗费用（住院、门诊慢性病）先由个人自负 15%，再按有关规定报销。

2. 城镇基本医疗保险参保人员市内住院，应在本市医疗保险定点机构办理住院审批即时结算手续。凡未办理的，经核实后其符合政策规定的医疗费用先由个人自负 10%，再按有关规定报销。

3. 门诊慢性病患者一个年度内只允许选定一个门诊慢性病定点医疗机构，原则上年度内不得变更。市内未按规定办理转诊手续的，符合病种用药及检查治疗规定的医疗费用先由个人自负 10%后，再按规定报销。

(三) 城镇职工基本医疗保险参保人员个人账户余额（社会保障卡余额）可用于支付个人住院、门诊慢性病起付和应由个人负担的医疗费用。

(四) 降低城镇基本医疗保险参保人员乙类药品、检查费用个人负担比例。乙类药品个人负担比例由 10%、20%、30%、50%，调整为 5%、10%、15%、25%；特殊检查（治疗）个人负担比例由 10%、20%，调整为 5%、10%。

离休人员原个人负担一定比例的乙类药品（20%、30%、50%）和特殊检查治疗（10%、20%）调整为5%。

（五）城镇基本医疗保险参保人员发生的无责任人或无法确定责任人（第三人）的意外伤害（须由个人提出书面申请，并出具公安、单位或村居委会等部门材料），经工伤认定部门认定不属于工伤的意外伤害，纳入城镇基本医疗保险报销范围。

（六）参保单位欠缴社会保险费的，按规定补缴各项社会保险费后，其补缴欠费当年度职工发生的医疗费用按规定予以报销。灵活就业人员中断社会保险缴费的，按规定补缴各项欠费后，其补缴欠费当年度发生的医疗费用按规定予以报销。

二、社会保险基金管理

（一）城镇基本医疗保险、工伤保险、生育保险实行市级统筹调剂金制度。城镇基本医疗保险、工伤保险、生育保险实行“市级统筹，分级管理，计划调控，定额调剂”的管理办法。自2014年1月1日起，市直和县区按城镇职工基本医疗保险统筹基金收入、工伤保险基金收入、生育保险基金收入（预算征缴计划）的5%上解调剂金，分险种建立市级统筹调剂金，存储财政专户，作为促进各县区平衡发展的调剂资金，调剂金的提取比例根据市级调剂金实际运行状况适时调整。

（二）基金征缴。由市人力资源和社会保障部门会同市财政部门在下一年度开始前，按照省里征缴目标任务、计划等，综合考虑市直、县区参保人数及行业类别等因素编制社会保险基金年度征缴预算和收入计划，按规定批复执行。

（三）社会保险经办业务基金结算。社会保险经办业务基金结算实行三级审核，即先由业务科室业务人员审理，再由科室负责人确认，最后由审计稽核科室复核。三级审核后，经分管领导签字、基金管理科室汇总，报经办机构负责人签字并由基金管理科室按照财务规定进行各项社会保险基金待遇支付。

（四）实行城镇基本医疗保险、工伤保险、生育保险、失业保险基金年度收支缺口市、县区分担机制，对当年基金收支出现缺口的县区，凡完成目标任务的，缺口资金先由留存各县区的结余基金解决，仍不足部分由调剂金解决；凡未完成目标任务且有基金结余的，缺口资金的 20%由当地政府解决，不足部分由结余基金解决，仍不足部分由调剂金解决；凡未完成目标任务且没有结余基金的，缺口资金的 40%由当地政府解决，不足部分由调剂金解决。对未按要求上缴城镇基本医疗保险、工伤保险、生育保险调剂金的，基金出现收支缺口时，不予调剂解决。

县区城镇基本医疗保险、工伤保险、生育保险基金收支出现缺口，需动用结余基金或申请调剂金的，由县区人力资源和社会保障部门、财政部门提出书面申请，报市人力资源和社会保障部门、财政部门审核批准后，市级社会保险经办机构按规定办理。市直城镇基本医疗保险、工伤保险、生育保险基金收支出现缺口时，由市级社会保险经办机构提出书面申请，市人力资源和社会保障部门审核、市财政部门核准后，按规定办理。

（五）实行城镇基本医疗保险省级异地及市级跨区域结算备用金制度。市级社会保险经办机构根据县区上年度异地费用

发生情况，每年按照一定增长幅度提取备用金（备用金增幅年初下达）。各县区参保人员在省级定点医疗机构和市直定点医疗机构发生的医疗费用先从备用金中列支，再由市级经办机构与县区经办机构结算。县区间跨区域结算费用每月由各县区先行垫支，月末相互结清。

本通知自 2014 年 1 月 1 日起施行。

临沂市人民政府办公室

2014 年 1 月 29 日