

湖北省医疗保障局
湖北省民政厅
湖北省财政厅
湖北省人力资源和社会保障厅
湖北省卫生健康委员会
湖北省退役军人事务厅
湖北省审计厅
湖北省人民政府国有资产监督管理委员会
中国人民银行武汉分行
国家税务总局湖北省税务局
中国银行保险监督管理委员会湖北监管局

文件

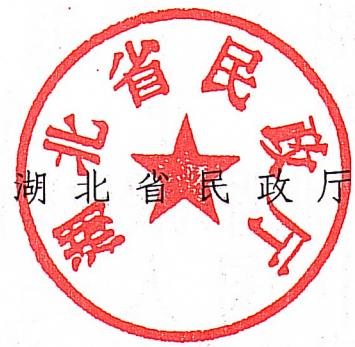
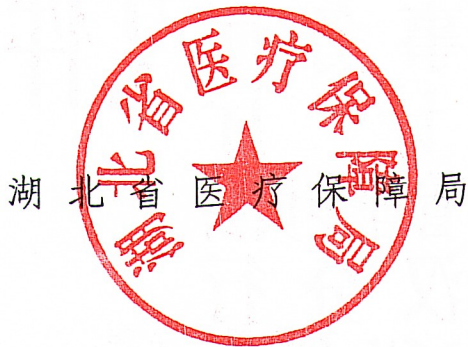
鄂医保发〔2021〕36号

省医疗保障局等十一部门关于印发《在鄂中央
企业和单位职工医疗保险实施细则
(试行)》的通知

各有关单位:

根据《湖北省人民政府办公厅关于印发〈在鄂中央企业和单

位职工医疗保险实施办法（试行）》的通知》（鄂政办发〔2021〕26号）精神，结合我省实际，我们制定了《在鄂中央企业和单位职工医疗保险实施细则（试行）》。现印发给你们，请遵照执行。执行过程中如遇到问题，请及时反馈。





湖北省审计厅



湖北省人民政府国有资产监督管理委员会



中国人民银行武汉分行



国家税务总局湖北省税务局



中国银行保险监督管理委员会湖北监管局

2021年7月1日

(此件主动公开)

(联系单位：省医疗保障局)

在鄂中央企业和单位职工医疗保险 实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 政策依据。根据《湖北省人民政府办公厅关于印发〈在鄂中央企业和单位职工医疗保险实施办法（试行）〉的通知》等有关规定，结合我省实际，制定本实施细则。

第二条 基本原则。在鄂中央企业和单位职工医疗保障制度坚持保障基本、公平享有、稳健持续、责任共担的原则，尽力而为、量力而行，切实维护在鄂中央企业和单位职工医疗保障权益。

第三条 参保范围。经省人民政府同意，将其医保纳入省直管理的东风汽车集团有限公司、中国航天三江集团有限公司、国家电网公司华中分部、国电湖北电力有限公司、华电湖北发电有限公司、中国石化集团江汉石油管理局有限公司、中国电力工程顾问集团中南电力设计院有限公司、国网湖北省电力有限公司、中国铁路武汉局集团有限公司、长江航道局及其所属在汉单位等在鄂中央企业和单位及其职工、退休人员（以下简称参保人员）。

第四条 保障体系。建立统一的基本医疗保险、生育保险和巨额医疗保险制度，同步建立补充医疗保险制度，加强与商业

健康保险、医疗救助等制度之间的衔接，搭建多层次医疗保障框架。

第二章 基金筹集及管理

第五条 参保登记。用人单位应当自用工之日起30日内为其职工向省医保局医疗保障服务中心（以下简称省医保服务中心）申请办理基本医疗保险、生育保险、大额医疗保险（以下简称职工医保）登记并申报缴纳职工医保费。参保单位的职工医保登记事项发生变更或者参保单位依法终止，以及参保人员因工作调动、退休、死亡或与单位终止、解除劳动关系等异动，应当自变更或者终止之日起30日内由用人单位向省医保服务中心申请办理变更或者注销登记。

企业医保经办管理工作正式移交省直后，与用人单位解除劳动关系（或人事关系）的参保人员，未就业期间可以灵活就业人员身份接续医保关系。

第六条 基本医疗保险。用人单位及其职工应缴职工医保费，由税务部门按月征收，其中职工个人承担部分由用人单位从其工资中代扣代缴。灵活就业人员按月缴纳的费款，由其向税务部门或代征机构申报缴纳。用人单位和参保人员政策性补缴职工医保费由省医保局按政策核定，税务部门征收。

第七条 生育保险。随用人单位参加职工医保的职工（不含退休人员），同步参加生育保险。用人单位及其职工参加基本医疗保险，单位缴费费率为基本医疗保险和生育保险缴费费率之

和。灵活就业人员不参加生育保险。

将生育保险基金并入基本医疗保险基金专户管理，分账核算。职工基本医疗保险个人账户配置的基金划拨基数，不包括生育保险基金。

第八条 缴费基数。

用人单位应当在上年度省直社保缴费基数标准上限（即300%）、下限（即60%）范围内据实申报本单位职工的缴费基数。职工没有上年度月平均工资的，以本年度月平均工资作为缴费基数；没有本年度月平均工资的，以当月工资作为缴费基数。职工工资总额组成按国家规定的统计口径确定。

职工因工致残被鉴定为一级至四级伤残的，由用人单位和职工个人以伤残津贴为基数，缴纳基本医疗保险费；被鉴定为五级、六级伤残的，由用人单位和职工个人按照规定缴纳基本医疗保险费。

灵活就业人员的缴费工资基数按上年度省直社保缴费基数标准的60%核定，基本医疗保险的缴费比例为10%，所需费用由个人承担。

第九条 费基调整。省直社保缴费基数标准每年核定一次，当年7月1日至次年6月30日为一个缴费基数标准核定年度。缴费基数标准每年7月1日调整，由省医保局联合相关部门定期向社会公布。

第十条 大额医疗保险。用人单位参加基本医疗保险、生

育保险的同时，同步参加大额医疗保险。大额医疗保险费由参保人员个人承担，每月缴费标准原则上为上年度省直社保缴费基数标准的 0.2%（2022 年按 13 元/人.月），与基本医疗保险费实行一单核定，同步征收。灵活就业人员的大额医疗保险费由个人承担。退休人员由省医保服务中心从其配置的个人账户中按月划扣。大额医疗保险费缴费标准根据经济社会发展水平和资金运行情况作动态调整。

领取失业保险金人员参加职工医保暂按照《省人社厅、省财政厅关于领取失业保险金人员参加职工基本医疗保险有关问题的通知》《省人社厅、省财政厅关于领取失业保险金人员参加职工基本医疗保险的补充通知》执行。

第十一条 补充医疗保险。凡参加职工医保的用人单位应建立补充医疗保险制度，补充医疗保险资金在用人单位上年度职工工资总额的 5%以内筹集。补充医疗保险资金由企业自行筹集、单独列账、专款专用。其资金管理情况接受财政、审计等部门监督。

第十二条 缴费年限。参保人员达到法定退休年龄办理退休手续时，基本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，且本统筹地区实际缴费年限满 10 年的，退休后个人不再缴纳基本医疗保险费，按规定享受基本医疗保险待遇。未达到规定缴费年限的，由个人或单位一次性补齐应缴纳的基本医疗保险及大额医疗保险费；应补足的缴费年限中不足一年

的按月份折算，补齐后享受相应待遇。基本医疗保险费以退休时上年度省直社保缴费基数标准为基数，按10%标准补缴，其中2%部分计入个人账户，剩余8%部分计入统筹基金；大额医疗保险费按退休时上年度大额医疗保险费缴费标准为基数进行补缴，全部计入大额医疗保险基金。

办理退休手续时因经济困难（低保、特困、丧失劳动能力的残疾人或低收入家庭等）的参保人员，可以按在职状态逐月缴费（基本医疗保险缴费标准以上年度省直社保缴费基数标准为基数，按10%标准由个人或单位缴纳；大额医疗保险缴费标准同职工。），享受在职人员医疗保险待遇，直至缴费年限达到上述规定后享受退休人员医疗保险待遇。

参保人员参加原行业企业医保制度之前符合国家和省规定可认定为连续工龄的工作年限（含退役士兵的服役年限和转业军人的军龄）、在其他统筹地区的职工基本医疗保险缴费年限、随军未就业的军人配偶在部队参加医疗保险的实际缴费年限，作为视同缴费年限。参保人员在企业自行管理医保期间的实际缴费年限，与纳入省直管理后的实际缴费年限累计计算。重复缴费期间的年限不重复计算。参保人员从城乡居民基本医疗保险转入职工医保的，城乡居民基本医疗保险缴费年限不计算为职工医保缴费年限。

企业医保经办管理工作正式移交省直时，已经按规定在企业办理了退休的人员，自纳入省直管理之日起，按规定享受相应的

基本医疗保险待遇；基本医疗保险缴费年限不足的，不再补缴基本医疗保险费。

第十三条 重复参保。个人重复参加职工医保的，原则上保留就业地参保关系；重复参加不同基本医疗保险制度（跨制度重复参保）且连续参加职工医保一年以上（含一年）的，原则上保留职工医保参保关系。以上情形在保留一个参保关系同时，应及时终止重复的参保关系。以非全日制、临时性工作等灵活就业形式的跨制度重复参保，保留一个可享受待遇的参保关系，暂停重复的参保关系。

第十四条 退费管理。个人参保退费政策和经办规程按照《省医保局、省财政厅、省税务局关于加强和改进基本医疗保险参保工作的实施意见》《省税务局、省财政厅、省人社厅、省医保局关于做好社会保险费退费工作的通知》等执行。

第十五条 欠费管理。用人单位未按时足额缴纳职工医保费的，按照《中华人民共和国社会保险法》等执行。

用人单位及个人未按规定参加职工医保，或未按时足额缴纳职工医保费导致停保的，停保期间个人的医疗保险待遇由用人单位承担。

第十六条 破产保障。用人单位政策性关闭或依法申请破产等，根据国家及省有关规定从破产清算中安排资金，按照破产处置方案，妥善解决破产单位职工的医保等问题。

第三章 医疗保险待遇

第十七条 医保待遇。参保人员按规定享受基本医疗保险、生育保险、大额医疗保险、补充医疗保险等待遇。

第十八条 支付范围。参保人员就医购药报销范围实行目录管理，发生符合《湖北省基本医疗、工伤、生育保险药品目录》《湖北省基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录》规定的费用纳入医保基金支付范围。

第十九条 个人账户使用。可用于参保人员在定点医疗机构门诊和定点零售药店购药，以及支付参保人员及其家属（即配偶、父母、子女）在定点医药机构发生的政策范围内自付费用和由个人负担的医药费用。可用于为家属参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

对于已办理异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作备案手续的参保人员，其个人账户余额经本人申请可一次性支付给本人；此后的个人账户配置资金经本人申请可以定期支付给本人。

对于跨统筹地区就业或其他原因流动的参保人员，在办理医保关系转移手续时，同步办理个人账户转移手续，由原参保地医保经办机构将个人账户实际结余金额划转到新参保地，也可经本人申请将个人账户余额支付给本人；因故不能办理医保关系转移接续或转移接续后无个人账户的，经本人申请可将个人账户余额支付给本人。

参保人员死亡、出国定居，以及终止医保关系离境的外国人或港澳台人员，停止配置个人账户，可将其个人账户余额一次性转账至本人社会保障卡金融账户或指定的银行账户。

第二十条 门诊医保待遇。

（一）普通门诊统筹。参保人员在门诊定点医药机构就医购药，当年累计发生的政策范围内医药费用在 2400 元（不含）以上、最高限额以下的部分，统筹基金按下列比例支付：一级及以下医疗机构（定点零售药店）支付 80%，二级医疗机构支付 70%，三级医疗机构支付 60%，部属三级医疗机构支付 50%。政策范围内医药费用的最高限额按年龄分段设置，其中，50 岁以下（含 50 岁）的参保人员为 6000 元，50 岁以上 70 岁以下（含 70 岁）的为 8000 元，70 岁以上的为 1 万元。

（二）门诊慢特病。参保人员因恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、重性精神病人药物维持治疗、糖尿病胰岛素治疗、肺结核等需在门诊长期治疗的疾病纳入门诊慢特病管理范围。参保人员在确定的门诊慢特病定点医疗机构和定点零售药店就医或购药时，发生的政策范围内医药费用由统筹基金按住院报销比例支付。

第二十一条 住院医保待遇。参保人员在定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费用，在住院起付标准以上的，由统筹基金按比例支付。

（一）住院起付标准为：一级及以下医疗机构 200 元，二级

医疗机构 400 元，三级医疗机构 1000 元左右，部属三级医疗机构 2000 元左右，具体标准另行公布。年度内 2 次（含）以上住院的，起付标准减半。

（二）统筹基金支付比例为：一级及以下医疗机构支付 90%；二级医疗机构支付 85%；三级医疗机构支付 78%；部属三级医疗机构支付 65%。退休人员报销比例在以上基础上相应提高 2 个百分点。

第二十二条 门诊和住院医保待遇中，乙类项目由个人先行自付 10%后，再按上述比例支付。协议期内谈判药品，由个人先行自付 20%后，再按照乙类药品有关规定支付。

政策范围内的一次性医用材料费用，由统筹基金按下列比例支付：单价 1 万元以内（含）的支付 60%、1 万元 - 3 万元（含）的支付 50%、3 万元以上的支付 40%。

参保人员在住院期间，不能享受普通门诊统筹、门诊慢特病医保待遇。

参保人员发生的政策范围内普通门诊统筹、门诊慢特病及住院医疗费用合并计算，年度限额为 24 万元（含）。

第二十三条 异地就医。异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作等参保人员，在湖北省内，以及安置退休地、长期居住地、常驻工作地所在省份（以下简称长期居住地）的异地就医定点医药机构发生的住院和普通门诊、门诊慢特病免备案（由参保单位集中提前办理），政策范围内的医疗费用可直接结算，

起付标准和统筹基金支付比例参照省直同级别定点医药机构相应标准执行。

因病需转湖北省外或长期居住地以外就医的，需办理异地转诊备案，统筹基金支付比例在省直同级别定点医药机构基础上降低10个百分点。

未按规定办理备案，或在非异地就医定点医药机构就医的，统筹基金支付比例在省直同级别定点医药机构基础上降低一半。

参保人员发生异地急诊抢救的，按规定补办备案手续后，起付标准、统筹基金支付比例参照省直同级别定点医药机构相应标准执行。

第二十四条 大额医疗保险待遇。参保人员年度内发生普通门诊统筹、门诊慢特病及住院政策范围内的医疗费用累计超过24万元以上的部分，由大额医疗保险基金支付90%，年度累计最高支付限额为40万元。

第二十五条 生育保险待遇。生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴。用人单位为职工缴纳生育保险费的次月起，可按有关规定享受生育医疗费用待遇；分娩或施行计划生育手术时，已连续足额缴费满6个月的，享受各项生育保险待遇。已参加生育保险的职工变更工作单位时，新单位在3个月内为其接续保险关系并补缴变更工作单位期间费用的，其实际缴费年限累计计算，参保人员在变更工作单位期间享受生育保险待遇；超过3个月以上接续保险关系的，其实际缴费年限重新累计计算，变更

工作单位期间不享受生育保险待遇。

(一) 生育医疗费用。符合生育政策且属于基本医疗保险支付范围内的生育医疗费(包括产前检查费,分娩医疗费等)、计划生育的医疗费(包括职工因计划生育实施放置、取出宫内节育器,人工终止妊娠,输卵管、输精管结扎手术等所发生的医疗费用),实行限额结算,限额以内的由医保统筹基金支付,限额以上的由参保人员承担。具体限额标准如下:

1. 产前检查: 500 元

2. 顺产: 3000 元

3. 剖宫产: 4000 元

4. 人工终止妊娠: 4 个月以下 600 元, 4 个月及以上至 7 个月以下 1500 元, 7 个月及以上 2000 元。

5. 放置(取出)宫内节育器(含宫内节育器材料费): 200 元

6. 更换宫内节育器: 300 元

7. 输卵管结扎术: 1500 元

8. 输精管结扎术: 600 元

多胞胎分娩的,每多分娩 1 个婴儿,限额结算标准增加 1000 元。

灵活就业人员发生的生育医疗费用,参照上述支付标准执行,并从医保基金中列支,不计入生育保险待遇支出。参加生育保险人员因生育或计划生育手术引起合并症或并发症的医疗费用

按医保政策执行。

（二）生育津贴。以参保女职工分娩或施行计划生育手术时所在用人单位上年度职工月平均缴费工资为基数，除以 30 再乘以规定的假期天数计发。省医保服务中心按照规定标准拨付给用人单位，用于支付女职工在产假、计划生育休假期间的工资。逐步推动生育津贴实行社会化发放。女职工生育津贴高于本人工资标准的全额计发，低于本人工资标准的用人单位可以补足。

生育津贴支付期限按照《女职工劳动保护特别规定》《湖北省人口与计划生育条例》等法律法规规定的产假期限执行。灵活就业人员不享受生育津贴待遇。财政供养人员的生育津贴与工资不能重复享受。

参保男职工在配偶产假期间可享受 15 天的护理假和津贴，护理假津贴支付计算方式同产休假一致。

（三）相关人员待遇。参加生育保险男职工，其未参加基本医疗保险、生育保险的配偶，可享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴。享受其他保险或参加了外地医保的，生育时只能享受一种保障待遇。

参保职工失业前用人单位已为其缴纳生育保险费，其在领取失业保险金期间享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴待遇。享受医疗保险退休待遇的人员享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴待遇，其未参保的配偶不享受生育保险待遇。

（四）不予支付范围：违反国家生育法律、法规、规章规定

发生的医疗费用，实施人类辅助生殖术发生的费用，输精管和输卵管复通手术费，应在其他保险或其他赔付责任范围支付的费用等，在境外发生的生育医疗费用，以及按有关规定不予支付的其它情况。

第二十六条 补充医疗保险待遇。参保人员发生的门诊和住院医疗费用，经基本医疗保险、生育保险和大额医疗保险报销后个人负担部分，由补充医疗保险进行补助，具体补助办法由企业自行制定。

第二十七条 医疗救助待遇。参保人员属医疗救助对象的，经基本医疗保险、生育保险、大额医疗保险和补充医疗保险报销后，对其个人自负费用，由医疗救助给予补助。具体救助政策和待遇标准，由参保人员户籍地确定。

第四章 就医结算

第二十八条 持卡就医。参保人员应当凭本人医保电子凭证或社会保障卡（电子社保卡）、身份证在定点医药机构就医、购药，定点医药机构应予以核验。

第二十九条 费用结算。参保人员在定点医药机构发生的符合医保规定的门诊、住院医疗费用，应由个人负担的部分，由本人与定点医药机构直接结算；医保基金支付部分，由省医保服务中心与定点医药机构按协议结算。参保人员因故未直接结算的，应将医药机构提供的医药费用明细清单和发票、门诊的处方底方或住院的出院小结等资料交所在单位，由单位负责医保的部

门初审后按月集中到省医保服务中心办理报销手续。

第三十条 付费方式。全面推行以总额预算为基础的多元复合式医保支付方式。对住院医疗服务按单病种、DRG、点数法等付费。积极探索门诊慢特病按人头付费的方式，对不宜打包付费的复杂病例和门诊费用，可按项目付费。

建立健全医保经办机构与医药机构间公开平等的谈判协商机制和激励约束机制，提高医药机构自我管理的积极性。

第三十一条 监督检查。医保、卫健、市场监管等部门应根据相关规定和要求，加强对定点医药服务机构的监督检查，提高医保医药服务质量。

第三十二条 信息系统。建立统一的医保管理信息系统，形成覆盖定点医药机构以及各企业内设医保经办机构的信息服务网络，实现省内、省外异地就医直接结算，提供就医、查询和结算一体化等服务。

第三十三条 数据共享。推进医保、税务、人社等的信息互联互通，实现参保与缴费信息共享，方便用人单位和参保人员参保缴费。依托互联网，为参保对象提供更加便捷的服务。

第五章 定点医药机构管理

第三十四条 定点原则。省医保局根据企业职工健康需求、管理服务需要、医保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划等确定定点医药服务的资源配置。

第三十五条 定点管理。省医保局制定医药机构定点管理

政策及医保服务协议范本，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对省医保服务中心、定点医药机构进行监督；省医保服务中心制定经办规程，确定定点医药机构，并与定点医药机构签订医保服务协议，提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。

第三十六条 协议管理。服务协议书包括服务范围、质量控制、诚信建设、费用结算、支付标准、监督管理、违约责任、协议中（终）止、争议处理、协议有效期等内容，并根据相关政策和管理要求进行补充完善。

第三十七条 内控管理。定点医药机构应当加强内控制度建设，配备医保管理经办人员，严格遵守国家和省医保各项规定，履行协议约定，恪守职业道德和技术规范，根据参保人的病情需要合理提供医疗服务。

第三十八条 协议考核。制定定点医药机构服务考核办法，考核结果与年终清算、质量保证金退还、总额预算、信用惩戒、医保协议续签等挂钩，促进医药机构主动控制医药费用。

第六章 基金财务管理

第三十九条 收支原则。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，科学编制并严格执行医保基金收支预算，实行医保基金收支预决算公开，接受社会监督。

第四十条 财政专户。基本医疗保险、生育保险、大额医疗保险基金纳入财政专户，实行收支两条线管理。按照险种及不

同制度分别建账、分账核算、分别计息、专款专用。

第四十一条 基金收入。统筹基金收入包括按规定计入统筹基金账户的保险费收入、财政补贴收入、利息收入；个人账户收入包括按规定计入个人账户的保险费收入、利息收入、其他收入。

第四十二条 基金支出。基金支出包括基本医疗保险、生育保险、大额医疗保险待遇支出、转移支出、其他支出。待遇支出分别计入统筹基金待遇支出和个人账户待遇支出。

第四十三条 基金结余。基金结余指基金收支相抵后的期末余额。结余包括医保统筹基金结余、个人账户基金结余。医保基金当年入不敷出时，按《社会保险基金财务制度》规定顺序保障基金支付。

第四十四条 风险预警。建立健全风险预警机制，防范基金风险，提高使用效率，基本医疗保险统筹基金历年累计结余原则上控制在6-9个月的可支付水平。

第四十五条 对账制度。税务部门与同级人行国库、税务部门与同级医保经办机构、财政部门与同级人行国库、医保经办机构与同级财政部门之间要按月对账，确保基金收支数据准确一致。对账时因扎账日期等因素无法做到数据一致的，两两间对账应以金库报表或银行实收账表为基准，通过调节表备注说明予以记录，并在下期予以结转。医保经办机构要做好与定点医药机构的医疗费用对账工作，确保数据和资金额相符。

第七章 监督管理

第四十六条 社会监督。鼓励和支持社会各界参与医保基金监督，通过建立监督举报奖励机制，采取引入第三方评价、聘请社会监督员、公开医保服务信息、社会满意度调查等方式，实现政府监管和社会监督、舆论监督良性互动。

第四十七条 智能监控。加强部门之间的信息交换和共享，创新监督管理方式，推广使用信息技术，实施大数据实时动态智能监控，构建事前提醒、事中监控、事后审核等覆盖医药服务全程的医保监控体系。适时将监管考核结果向社会公布，促进医药机构强化对医务人员的管理。

第四十八条 监督检查。推行“双随机、一公开”监管机制，建立和完善日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度。建立部门联动机制，开展联合检查，形成监管合力。

第四十九条 诚信管理。建立覆盖定点医药机构及其工作人员、参保人员的信用管理制度。创新定点医药机构综合绩效考评机制，将信用评价结果、综合绩效考评结果与预算管理、检查稽核、定点协议管理等相关联。加强和规范医疗保障领域守信联合激励对象和失信联合惩戒对象名单管理工作，实施守信联合激励和失信联合惩戒。

第五十条 违法违规处理。医保部门、定点医药机构、用人单位、参保人员等违反医疗保障或本细则相关规定的，按《中华

《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律、法规和规章，以及服务协议处理。

第八章 附 则

第五十一条 离休干部、老红军、一至六级（原二等乙级以上）残疾军人等的医疗待遇，仍按原渠道、由原单位按照原办法管理。

第五十二条 本细则未涉及的内容，按国家、省医保相关规定执行。国家、省另有规定时，从其规定。

第五十三条 本细则由省医保局会同相关部门负责解释。

第五十四条 本细则自 2022 年 1 月 1 日起施行。

湖北省医疗保障局

2021年7月1日印发
