

# 目 录

职工基本医疗保险和生育保险征缴业务部分	
.....	(1)
职工基本医疗保险待遇部分	..... (9)
职工大额医疗费用统筹待遇部分	..... (24)
生育保险待遇部分	..... (28)



# 职工基本医疗保险和生育保险征缴业务部分

## 一、职工基本医疗保险的参保范围是什么？

答：职工基本医疗保险的参保范围包括：

1、用人单位及其职工应当参加职工基本医疗保险，由用人单位和职工按照规定共同缴纳基本医疗保险费；

2、无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员可以参加职工基本医疗保险，由个人按照规定缴纳基本医疗保险费；

3、进城务工的农村居民、被征地农村居民有用人单位的，随同用人单位参加职工基本医疗保险；

4. 在广西北部湾经济区内设立的外国组织代表机构和香港、澳门、台湾地区组织代表机构及其所雇用的中方从业人员以及用人单位依法招用的外国人、港澳台人员，纳入参加职工基本医疗保险的范围。

## 二、职工基本医疗保险缴费比例是多少？

答：（一）参加“统账结合”基本医疗保险缴费率：单位缴费率 6%，个人缴费率 2%；

（二）参加“单建统筹基金”或“住院医疗保险”**缴费率**：按照《自治区劳动和社会保障厅、财政厅、国有资产监督管理委员会印发〈关于国有困难企业退休人员参加基本医疗保险有关问题的意见〉的通知》（桂劳社发[2007]197）号文件认定为困难的用人单位，可选择参加**单建统筹基金或住院医疗保险**。参加单建统筹基金的，单位缴费率为 5.6%、个人不缴费；参加住院医疗保险的，单位缴费率 5.0%、个人不缴费。

## 三、灵活就业人员缴纳职工基本医疗保险费的时间如何确定？

答：灵活就业人员基本医疗保险可以选择按季、半年、年缴纳基本医疗保险费，但须在缴费周期的第 1 个月向社会保险经办机构缴清当期的基本医疗保险费。

## 四、灵活就业人员参加职工基本医疗保险的缴费比例是多少？

答：灵活就业人员个人缴费率为 8%，由个人金

额缴费。也可选择“单建统筹基金”或“住院医疗保险”之一参加基本医疗保险。

**五、灵活就业人员如何登记参加职工基本医疗保险？**

答：灵活就业人员应当到其户籍所在地的社会保险经办机构办理登记参保手续。

**六、职工基本医疗保险划入个人账户比例如何确定？**

答：北部湾基本医疗保险政策对职工基本医疗保险个人账户的划入比例进行了调整，按“统账结合”缴费率缴纳基本医疗保险费的参保人员按本人缴费基数的3%划入个人账户；符合享受基本医疗保险待遇条件的退休人员按上年度个人基本养老金或退休金的3.5%划入个人账户。按“单建统筹基金”或“住院医疗保险”缴费率缴纳基本医疗保险费的参保人员不设个人账户。

**七、职工基本医疗保险参保年度如何计算？**

答：北部湾经济区职工基本医疗保险参保年度为每年的1月1日起至当年的12月31日。

**八、应保未保的职工基本医疗保险缴费年限是否应当补缴？**

答：从统筹地区规定用人单位及职工应参加职工基本医疗保险时间之日起，用人单位不按规定为职工办理参保缴费的，应当为其补缴基本医疗保险费。崇左市本级职工基本医疗保险制度建立时间为2001年3月。

### **九、如何计算补缴职工基本医疗保险费的费用？**

答：用人单位及其职工补缴基本医疗保险费以办理补缴手续当时统计部门最新公布的上年度广西城镇单位在岗职工平均工资为缴费基数，补缴的缴费率按补缴当年统筹地区规定的用人单位和职工个人的缴费率执行。

### **十、补缴的费用是否还划入职工基本医疗保险个人账户？**

答：补缴的基本医疗保险费全部并入统筹基金，个人账户从补缴基本医疗保险费当月开始按月划入。补缴应参保而未参保缴费年限或达到法定退休年龄时按规定补缴基本医疗保险费年限期间发生的医疗费用，统筹基金不予支付。

### **十一、职工基本医疗保险关系是否可以转移？**

答：参加职工基本医疗保险的个人，跨统筹地

区就业的，其基本医疗保险关系随本人转移，基本医疗保险缴费年限累计计算，个人账户余额按有关规定转移。已享受退休人员基本医疗保险待遇的退休人员不转移基本医疗保险关系。

**十二、参保人员转移医疗保险关系的，其基本医疗保险个人账户如何处理？**

答：参保人员转移医疗保险关系的，个人账户余额按规定转移使用。

**十三、参保人员死亡的，其基本医疗保险个人账户如何处理？**

答：参保人死亡的，个人账户可依法继承。

**十四、职工基本医疗保险和居民基本医疗保险之间医保关系可以转移接续吗？**

答：目前尚未出台职工基本医疗保险和居民基本医疗保险关系转移接续的政策文件，职工基本医疗保险和居民基本医疗保险之间暂不可转移接续。

**十五、达到法定退休年龄并按规定申领基本养老金后职工基本医疗保险缴费年限不满 25 年的人员如何享受职工基本医疗保险退休待遇？**

答：达到法定退休年龄并按规定申领基本养老金后，累计缴纳基本医疗保险费年限不满 25 年的退

休人员（包括未参加基本医疗保险的退休人员），由用人单位或个人一次性补缴不足缴费年限的基本医疗保险费。由用人单位缴纳的部分应当由用人单位一次性补缴，由个人缴费的部分用人单位按规定代扣一次性补缴；以个人身份参保的，由个人一次性补缴不足缴费年限时段的基本医疗保险费。

退休前参加单建统筹基金或住院医疗保险，达到法定退休年龄退出工作岗位时累计缴纳基本医疗保险费不满 25 年的，须一次性补缴不足缴费年限时段的基本医疗保险费，其中按“统账结合”费率补缴基本医疗保险费须满 5 年以上；退休前参加单建统筹基金或住院医疗保险，达到法定退休年龄退出工作岗位时累计缴纳基本医疗保险费满 25 年的，须一次性补缴 5 年单建统筹基金或住院医疗保险与“统账结合”费率差的基本医疗保险费。足额补缴基本医疗保险费后，才能按照（桂人社发〔2014〕6 号）文件规定享受待遇。

## **十六、生育保险的参保范围是什么？**

答：广西北部湾经济区内的国家机关、企业、事业单位、有雇工的个体经济组织以及其他社会组织，应当按照属地管理原则参加生育保险。

## 十七、生育保险的缴费比例是多少？

答：用人单位按照本单位上年度职工月平均工资之和的0.8%按月缴纳生育保险费，其中国家机关、属财政拨款的事业单位按0.4%缴纳生育保险费，职工个人不需缴纳生育保险费。

## 十八、大额医疗费用统筹参加范围如何规定？

答：参加北部湾经济区各市职工基本医疗保险的人员（含退休人员），必须同时参加职工大额医疗费用统筹。

## 十九、大额医疗费用统筹费筹集标准如何？

答：筹集标准每人每年90元，随着社会经济的发展，适时调整缴费标准、待遇支付标准等。

## 二十、大额医疗费用统筹费如何缴纳？

答：有用人单位的参保人员（包括退休人员），由用人单位在缴纳当年第1个月职工基本医疗保险费的同时一次性缴纳当年的大额医疗费用统筹费。新参保单位及个人在参保首月由用人单位一次性缴纳当年度大额医疗费用统筹费。

灵活就业人员和没有用人单位的退休人员，由个人在每年1月份缴纳当年度大额医疗费用统筹费。新参保的灵活就业人员在参保首月由个人一次性缴

纳当年的大额医疗费用统筹费。

### **二十一、大额医疗费用统筹费能否退还本人？**

答：不能。年内用人单位或参保人员因停止、退出职工基本医疗保险、参保关系转移的，大额医疗费用统筹费不予退还。参保关系转移的，按新参保地有关规定参加大额医疗费用统筹。

### **二十二、个人是否可以重复参保和重复享受待遇？**

答：个人不得重复参保和重复享受待遇。

# 职工基本医疗保险待遇部分

一、参加城镇职工基本医疗保险享受哪些待遇？

答：参加“统账结合”基本医疗保险的人员，建立基本医疗保险个人账户，享受门诊、门诊特殊慢性病、门诊特殊检查、门诊特殊治疗和住院医疗待遇；参加“单建统筹基金”的人员，不建立基本医疗保险个人账户，享受门诊特殊慢性病、门诊特殊检查、门诊特殊治疗和住院医疗待遇；参加“住院医疗保险”的人员，不建立基本医疗保险个人账户，享受住院医疗待遇。

二、在职人员（含灵活就业人员）享受基本医疗保险待遇的条件有哪些？

答：在职人员享受基本医疗保险待遇的条件包括：

1、用人单位和职工当月按时足额缴纳基本医疗保险费后，从当月起享受基本医疗保险待遇。

2、因欠缴基本医疗保险费停止享受基本医疗保险待遇的用人单位和职工，在足额补缴基本医疗

保险费及滞纳金后，从补缴当月起享受基本医疗保险待遇。

用人单位按照《社会保险费申报缴纳管理规定》提供担保并签订延期缴纳基本医疗保险费协议且按期补缴的，其职工在延缴期间发生的医疗费用统筹基金按规定予以支付。如用人单位没有签订延期缴纳基本医疗保险费协议的，欠费期间所发生的医疗费用统筹基金不予支付。

3、新成立的用人单位初次参保，当月足额缴纳基本医疗保险费的，从当月起享受基本医疗保险待遇。灵活就业人员初次参保，从足额缴纳基本医疗保险费之月计算，第3个月开始享受基本医疗保险待遇。

4、参保后连续中断缴费超过3个月再续保的人员，从足额补缴基本医疗保险费之月计算，第3个月开始享受基本医疗保险待遇。

### **三、退休人员享受基本医疗保险待遇的条件有哪些？**

答：1、参加职工基本医疗保险的个人，达到法定退休年龄退出工作岗位时累计缴纳基本医疗保险费满25年的，用人单位和个人不再缴纳基本医疗

保险费，按照规定享受退休人员基本医疗保险待遇。

2、具有国家规定计算连续工龄或者工作年限、参加职工基本医疗保险的个人，达到法定退休年龄退出工作岗位时基本医疗保险视同缴费年限和实际缴费年限累计满 25 年（其中实际缴费年限须满 5 年以上）的，用人单位和个人不再缴纳基本医疗保险费，按照规定享受退休人员基本医疗保险待遇。

3、符合享受基本医疗保险待遇条件的退休人员，享受基本医疗保险待遇与用人单位缴费脱钩。

#### **四、基本医疗保险支付范围有哪些？**

答：基本医疗保险支付范围包括：

（一）符合《广西壮族自治区基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的范围。

（二）符合《广西壮族自治区基本医疗保险和工伤保险医疗服务项目》的范围。

（三）符合国家、自治区规定由基本医疗保险支付的范围。

#### **五、基本医疗保险不予支付范围有哪些？**

答：基本医疗保险不予支付的范围包括：

（一）超出《广西壮族自治区基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《广西壮族自治

区基本医疗保险和工伤保险医疗服务项目》规定范围的医疗费用。

（二）应当从工伤保险基金中和生育保险基金中支付的医疗费用。

（三）应当由第三人负担的医疗费用。

（四）应当由公共卫生负担的医疗费用。

（五）在境外就医的医疗费用（包括在港澳台发生的医疗费用）。

（六）国家法律法规及自治区规定基本医疗保险不予支付的医疗费用。

## **六、基本医疗保险个人账户可以支付哪些费用？**

答：个人账户可支付以下项目，超支自理：

（一）门（急）诊医疗费、定点零售药店的购药费用、门诊特殊慢性病和统筹基金起付标准以及应由个人自付部分的费用。

（二）购买、注射疾病预防接种的疫苗费用（如甲肝疫苗、乙肝疫苗、麻腮风疫苗、霍乱疫苗、狂犬疫苗、结核菌疫苗、流感疫苗等，按规定免费的除外）。

（三）购买体温计、血糖试纸、血压计、轮椅

的费用，在定点医疗机构进行健康体检的费用。

（四）在同一统筹地区的直系亲属参加城镇居民基本医疗保险所缴纳的费用。

（五）挂号费、近视眼矫形术、洁牙、眼镜、义齿、义眼、义肢、复制片费、图文报告费、煎药费。

（六）参保人员参加基本医疗保险门诊统筹的个人缴费部分（个人账户不足一次缴费额度的，不能从个人账户中部分支付）。

（七）由社会保险经办机构统一办理的大额医疗费用统筹、大病医疗救助保险等补充医疗保险应由个人缴费的部分。对在规定办理大额医疗费用统筹等缴费时间内应缴未缴的分散居住退休人员，社会保险经办机构可直接从其个人账户中扣缴，统一参加大额医疗费用统筹等。

## 七、门诊特殊慢性病病种有哪些？

答，有 21 个病种列为门诊特殊慢性病病种，分别为：冠心病、高血压（高危组）、糖尿病、甲亢、慢性肝炎治疗巩固期、慢性阻塞性肺疾病、银屑病、精神病（限分裂症、偏执性精神障碍）、类风湿性关节炎、脑血管疾病后遗症期、系统性红斑狼疮、帕金森氏综合征、慢性充血性心衰、肝硬化、结核

病活动期、再生障碍性贫血、重型和中间型地中海贫血、血友病、慢性肾功能不全、各种恶性肿瘤、器官移植后抗排斥免疫调节剂治疗。

## 八、参保人员如何申报门诊特殊慢性病医疗待遇？

答：按以下程序申报门诊特殊慢性病医疗待遇：

（一）参保人员在上述二级及以上定点医院医保办（科）申请并填写门诊特殊慢性病审批表。

（二）备齐以下材料（均要由医院专科医师签名确认）：

1、代办医院疾病诊断证明书；

2、患者近期有关病史的小结性资料（包括习惯用药及用量）；有关临床化验单和 / 或辅助检查单（可提供复印件，但必须有医院盖章）。

3、将门诊特殊慢性病审批表及备齐的材料交医院医保办（科）报送医疗保险经办机构，每季度组织医疗专家评定 1 次。

（三）门诊特殊慢性病实行定点治疗，由门诊特殊慢性病患者个人选择一所定点医疗机构作为定点治疗。治疗的定点医疗机构一年一定，中途不予变更。门诊特殊慢性病实行待遇资格年审制，

## 九、患有门诊特殊慢性病的参保人员可享受什么待遇？

答：可享受以下待遇：

（一）参保人从认定为门诊特殊慢性病之日起享受门诊特殊慢性病待遇（从社会保险业务信息系统确认之日起）。

（二）经批准享受门诊特殊慢性病（含 2 个病种以上）医疗待遇的参保人员，在定点医疗机构发生符合门诊特殊慢性病支付范围的医疗费用，在职人员统筹基金支付 70%，个人自付 30%；退休人员统筹基金支付 75%，个人自付 25%。统筹基金起付标准为 100 元 / 人·月，从符合统筹基金支付总额中扣除。自付费用由个人账户支付，余额不足的由个人现金支付。三种特殊慢性病，起付 200 元 / 月、报销 80%，年度最高支付限额 50000 元 / 年。

（三）门诊特殊慢性病每次取药量不超过 14 天，参保人员可以在下次取药期限前 2 至 3 天再次取药。

（四）各病种实行统筹基金年度最高支付限额（详见门诊特殊慢性病医疗待遇表），超过年度最高支付限额以上部分的医疗费用由个人支付。门诊特殊慢性病治疗的医疗费与住院医疗费合并计算职工基本医疗保险年度统筹基金最高支付限额。

## 门诊特殊慢性病医疗待遇表

序号	疾病名称	年度最高支付限额 (元/人·年)
1	冠心病	5500
2	高血压病（高危组）	5500
3	糖尿病	5500
4	甲亢	5500
5	慢性肝炎治疗巩固期	5500
6	慢性阻塞性肺疾病	5500
7	银屑病	5500
8	精神病（限分裂症、偏执性精神障碍）	6000
9	类风湿性关节炎	6000
10	脑血管疾病后遗症	6000
11	系统性红斑狼疮	6000
12	帕金森氏综合征	6000
13	慢性充血性心衰	6000
14	肝硬化	8500
15	结核病活化期	8500
16	再生障碍性贫血	25000
17	重型和中间型地中海贫血	25000
18	血友病	25000
19	慢性肾功能不全	50000
20	各种恶性肿瘤	50000
21	器官移植后抗排斥免疫调节剂治疗	50000

## 十、门诊特殊检查、特殊治疗项目有哪些？可享受什么待遇？

答：（一）支付范围：符合《广西壮族自治区基本医疗保险和工伤保险医疗服务项目》，单价在200元以上（含200元）的乙、丙类医疗服务项目。

（二）审核管理：参保人员门诊需做特殊检查、特殊治疗的，单价200元以上（含200元）、800元以下的医疗服务项目，到定点医疗机构医保办（科）审定；单价800元以上（含800元）的乙、丙类医疗服务项目，到定点医疗机构医保办（科）审核，在业务系统报社会保险经办机构审定。

（三）支付比例：门诊特殊检查，特殊治疗的费用，在职人员统筹基金支付70%、退休人员统筹基金支付75%。甲类及单价在200元以下（不含200元）的乙、丙类医疗服务项目，不属于特殊检查、特殊治疗项目，由个人账户支付，无统筹支付。

## 十一、什么是急诊留观？可以享受什么医疗待遇？

答：急诊留观是指因病情需要，在定点医疗机构急诊观察室进行的医疗。

参保人员急诊留观医疗发生符合医疗保险支付

范围的医疗费，按住院医疗待遇规定比例支付。三、二、一级定点医疗机构个人每次统筹基金起付标准分别为 300 元、200 元、100 元，从符合统筹基金支付总额中扣除。急诊留观治疗的医疗费与住院医疗费合并计算年度统筹基金最高支付限额。

## **十二、基本医疗保险住院医疗待遇统筹基金起付标准如何设定？**

答：年内第一次住院的，三、二、一级及以下定点医疗机构个人统筹基金起付标准分别为 600 元、400 元、200 元；第二次及以上住院的，个人每次统筹基金起付标准分别为 300 元、200 元、100 元，从符合统筹基金支付总额中扣除。

## **十三、基本医疗保险住院床位费支付标准是多少？**

答：床位费由统筹基金支付 30 元 / 床 · 日。床位费低于标准的按实际数支付，高于标准的部分由个人支付。

## **十四、基本医疗保险住院医疗费用（除床位费外）如何分担支付？**

答：参保人员在定点医疗机构发生符合基本医疗保险支付范围的住院医疗费用（除床位费），

在统筹基金最高支付限额以下的医疗费实行分担支付，详见统筹基金最高支付限额以下医疗费分担支付表。

**统筹基金最高支付限额以下医疗费分担支付表**

医疗费类别		在职人员		退休人员		备注
		统筹基金支付	个人负担	统筹基金支付	个人负担	
甲类医药费		85%	15%	90%	10%	
乙类医药费		75%	25%	80%	20%	包括血液制品
丙类医药费	< 5000 元	65%	35%	70%	30%	
	≥ 5000 元	50%	50%	55%	45%	包括可单独收费的医用材料（含体内置换材料）、单项医疗服务项目

符合统筹地区转诊转院规定条件的参保人员，经社会保险经办机构审批转到北部湾经济区外、自治区内，或转到自治区外住院发生的医疗费，在上表规定基础上，统筹基金支付比例分别降低 5%、10%；未经社会保险经办机构审批发生的医疗费，统筹基金支付比例分别降低 10%、15%。

**十五、家庭病床收治条件是什么？如何申请家庭病床？享受什么待遇？**

答：（一）适用条件：家庭病床适用于晚期恶

性肿瘤、心脑血管疾病致瘫、骨折或骨关节损伤不能行动等行动不便、长期卧床不起或 70 岁以上老人患慢性病需要连续治疗，符合住院条件的参保病人，因住院治疗有困难而又适合在家庭治疗的。

（二）申请程序：由本人或家属书面申请家庭病床，经具备开设家庭病床资格的定点医疗机构审核后报社会保险经办机构审批同意，方可建立家庭病床。

（三）享受待遇：符合医疗保险支付范围的家庭病床医疗费用，按住院医疗待遇规定比例支付。三、二、一级及以下定点医疗机构个人每次统筹基金起付标准分别为 300 元、200 元、100 元，从符合统筹基金支付总额中扣除。家庭病床医疗费用实行限额结算，符合医疗保险支付范围的医疗费用每人每天控制在 150 元以内。家庭病床每一治疗周期不得超过 90 天，确需继续治疗的患者须重新申请办理。费用在限额指标以内的据实结算，超过部分不予支付。

**十六、基本医疗保险年度统筹基金最高支付限额如何规定？**

答：参保人员在基本医疗保险参保年度内，统  
— 20 —

筹基金最高支付限额为统计部门最新公布的上年度广西城镇单位在岗职工平均工资的 6 倍。

### **十七、怎样计算参保职工的一次住院？**

答：参保人员在定点医疗机构每办理一次入院和出院手续的住院治疗，计算住院次数为 1 次。其中：参保人员长期住院治疗的，每 90 天计为一次住院。参保人员在急诊观察室治疗后直接住院治疗的，住院从住入观察室之日起计算。

### **十八、跨年度住院医疗费如何结算？**

答：参保病人跨年度住院的，当年发生的医疗费定点医疗机构应当在当年 12 月 31 日前给予结算。如参保病人当年已足额支付一次住院起付标准的，次年不再支付一次住院起付标准；参保病人跨年度住院的，医疗费不足支付一次住院起付标准的，次年由参保病人再补足支付一次住院起付标准。

跨年度住院医疗费结算，以出院结算的时间确定结算年度。

### **十九、出院带药有什么规定？**

答：参保人员出院带药量急性病不得超过 7 天，慢性病不得超过 14 天，

### **二十、参保人员在北部湾经济区外就诊需办理**

## 哪些手续？

答：1. 参保人员转北部湾经济区外就诊的，需按程序到指定的定点医疗机构、社会保险经办机构办理相关转诊手续。

2. 参保人员在北部湾经济区外居住 3 个月以上（含 3 个月）的，需先到社会保险经办机构办理异地居住报备手续。

3. 参保人员在北部湾经济区外居住 3 个月内突发疾病的，需在当地定点医疗机构就医，应报统筹地区社会保险经办机构备案。

## 二十一、符合统筹地区转诊转院规定条件的参保人员享受什么待遇？

答：经社会保险经办机构审批转到北部湾经济区外、自治区内，或转到自治区外住院发生的医疗费用，统筹基金支付比例分别降低 5%、10%；未经社会保险经办机构审批的，统筹基金支付比例分别降低 10%、15%。

## 二十二、被判服刑人员是否享受基本医疗保险待遇？

答：被判服刑人员，服刑期间不缴纳基本医疗保险费，不享受基本医疗保险待遇。

被判服刑前已享受退休人员基本医疗保险待遇的人员，服刑期间不享受基本医疗保险待遇，刑满释放后继续享受退休人员基本医疗保险待遇。

# 职工大额医疗费用统筹待遇部分

## 一、什么情况下参加职工大额医疗费用统筹？

答：参加北部湾经济区各市职工基本医疗保险的人员（含退休人员），必须同时参加职工大额医疗费用统筹（以下简称大额医疗费用统筹）。

## 二、大额医疗费用统筹费用筹集标准是多少？

答：大额医疗费用统筹费按照以收定支、收支平衡的原则筹集，筹集标准为每人每年 90 元；大额医疗费用统筹费原则上由用人单位或个人缴纳。随着经济社会的发展，适时调整缴费标准、待遇支付标准等。

## 三、如何办理大额医疗费用统筹？

答：（一）有用人单位的参保人员（包括退休人员），其当年度大额医疗费用统筹费应当由用人单位在缴纳当年第 1 个月职工基本医疗保险费的同时，统一向社会保险经办机构一次性缴纳。

（二）没有用人单位的其他参保人员（包括灵活就业人员、没有用人单位的退休人员），其当年度大额医疗费用统筹费由个人在每年 1 月份向社

会保险经办机构一次性缴纳。不能按时缴费的，可按《关于印发广西北部湾经济区职工基本医疗保险暂行办法的通知》（桂人社发〔2014〕6号）第三十九条第（七）项规定执行。

（三）新参保单位及个人在参保首月一次性缴纳当年度大额医疗费用统筹费。

#### **四、享受大额医疗费用统筹待遇的条件是什么？**

答：（一）参保人员在基本医疗保险参保年度（自然年度）内，超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上、符合统筹基金支付的费用由大额医疗费用统筹支付。

（二）用人单位或个人按规定足额缴纳大额医疗费用统筹费后，方可享受大额医疗费用统筹待遇。年内用人单位或参保人员停止、退出职工基本医疗保险的，大额医疗费用统筹费不予退还，同时停止享受大额医疗费用统筹待遇；年内在同一统筹地区续保的，不再加收当年大额医疗费用统筹费，可继续享受大额医疗费用统筹待遇。参保关系转移的，大额医疗费用统筹费不予退还，停止享受大额医疗费用统筹待遇，按新参保地有关规定参加大额医疗

费用统筹。

### 五、大额医疗费用统筹有哪些医疗待遇？

答：职工大额医疗费用统筹与职工基本医疗保险制度相衔接，职工大额医疗费用支付范围、支付比例与职工基本医疗保险支付范围、支付比例一致。当年参保人员因病治疗发生超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上、符合统筹基金支付的费用由大额医疗费用统筹支付，大额医疗费用统筹年度最高支付限额为50万元。大额医疗费用支付范围、支付比例即职工基本医疗保险支付范围、支付比例如下表：

医疗费类别		在职人员		退休人员		备注
		统筹基金支付	个人负担	统筹基金支付	个人负担	
甲类医药费		85%	15%	90%	10%	
乙类医药费		75%	25%	80%	20%	包括血液制品
丙类医药费	<5000元	65%	35%	70%	30%	
	≥5000元	50%	50%	55%	45%	包括可单独收费的医用材料（含体内置换材料）、单项医疗服务项目

## 六、如何计算大额医疗费用统筹的结算年度？

答：大额医疗费用统筹的结算年度与职工基本医疗保险结算年度（自然年度：当年1月1日—12月31日）一致。

# 生育保险待遇部分

## 一、参保职工享受生育保险待遇需符合什么条件？

答：需符合两个条件：（一）参保职工在其用人单位按时足额缴纳生育保险费期间怀孕生育、施行计划生育手术或诊治产科并发症的，按照规定享受生育保险待遇；（二）符合国家、自治区计划生育政策规定。

## 二、生育保险支付的范围有哪些？

答：（一）符合《广西壮族自治区基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的范围。

（二）符合《广西壮族自治区基本医疗保险和工伤保险医疗服务项目》的范围。

（三）符合国家、自治区规定由生育保险支付的范围。

## 三、生育保险不予支付的范围有哪些？

答：（一）超出《广西壮族自治区基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《广西壮族自治区基本医疗保险和工伤保险医疗服务项目》规定范围的医疗费用。

（二）应当从工伤保险基金和基本医疗保险基金中支付的医疗费用。

（三）按照国家规定由公共卫生服务项目或者人口计生部门支付（或免费）项目等支付的生育医疗费用。

（四）在境外生育或就医的费用。

（五）非生育保险协议医疗机构就诊的医疗费用（急诊、抢救除外）。

（六）治疗各种不育（孕）症、性功能障碍等医疗费用。

（七）新生儿的医疗费用。

（八）违反国家和自治区计划生育规定生育或者实施生育手术的医疗费用。

（九）非法选择胎儿性别、自杀、自残、斗殴、酗酒、吸毒等原因造成妊娠终止的医疗费用。

（十）因交通事故、医疗事故、药事事故等导致妊娠终止，应当由第三人负担的医疗费用。

（十一）法律、法规规定生育保险不予支付的医疗费用。

#### **四、生育保险待遇包括哪些？**

答：生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津

贴。

## 五、生育医疗费用支付的范围包括哪些？

答：（一）女职工在孕产期内因怀孕、流产、分娩发生的医疗费用。

（二）计划生育的医疗费用。包括职工放置或者取出宫内节育器、施行输卵管或者输精管结扎及复通手术、实施人工流产术或者引产术，皮埋术等发生的医疗费用。

（三）诊治妊娠、分娩等产科并发症的医疗费用。包括异位妊娠、母胎血型不合、妊娠期高血压疾病、HELLP 综合征、妊娠期肝内胆汁淤积症、妊娠期糖尿病、产后出血（休克）、羊水栓塞（DIC）、子宫破裂、产褥期感染、产褥期乳腺炎、葡萄胎、羊膜腔感染综合征等。

（四）不属于生育保险基金支付的医疗费用，符合基本医疗保险支付范围的，由基本医疗保险基金按规定支付。

## 六、生育医疗费用的支付标准是什么？

答：生育医疗费用支付标准入下表：

项目内容	女职工	男职工配偶为无业人员的
顺产	3000 元	1500 元
难产	4000 元	2000 元
多胞胎顺产	4000 元	2000 元
多胞胎难产	5000 元	2500 元
怀孕未满 4 个月流产的	800 元	400 元
怀孕满 4 个月流产的	1500 元	750 元
放置（取出）宫内节育器	200 元	100 元
输卵管结扎手术	1000 元	500 元
输卵管结扎复通手术	1500 元	750 元
输精管结扎手术		1000 元
输精管结扎复通手术		1500 元

注：表中顺产、难产、流产的医疗费支付标准均含产前检查费。

## 七、什么是生育津贴？

答：生育津贴是女职工按照国家规定享受产假或者计划生育手术休假期间获得的工资性补偿。

生育津贴与产假工资不得重复享受。

国家机关、属财政拨款的事业单位女职工以及在领取失业保险金期限内的参保女职工不享受生育津贴。

## 八、生育津贴按什么标准计发？

答：生育津贴按照职工生育当月用人单位缴纳生育保险费的实际参保缴费人均缴费基数计发（参保女职工在用人单位被依法宣布撤销、解散或破产之日前已怀孕的，其生育津贴的计发标准，按用人单位最后一个月缴纳生育保险费的实际参保缴费人均缴费基数计发）。计算公式：生育津贴 = 职工生育当月用人单位缴纳生育保险费的实际参保缴费人均缴费基数 ÷ 30（天）× 生育津贴支付天数

**生育津贴支付天数表**

项目内容	支付天数
顺产	98 天
难产	113 天
多胞胎顺产	98 天，每多生育一个婴儿增加 15 天
多胞胎难产	113 天，每多生育一个婴儿增加 15 天
怀孕未满 4 个月流产的	15 天
怀孕满 4 个月流产的	42 天

## 九、参保男职工在什么情况下可以享受生育保险待遇？

答：参保男职工的配偶无工作单位，符合国家和自治区计划生育规定，生育或者实施计划生育手

术所发生的医疗费用，按照男职工所在统筹地区生育医疗费、计划生育手术费定额补贴标准的 50%，从生育保险基金中支出。

**十、用人单位未为职工缴纳生育保险费，该单位职工如何享受生育保险待遇？**

答：因用人单位未依法为职工缴纳生育保险费，造成职工不能享受生育保险待遇的，由用人单位按照桂人社发〔2014〕7号文件规定的项目和标准支付其生育保险待遇。

**十一、用人单位未按时足额缴纳生育保险费，该单位职工如何享受生育保险待遇？**

答：用人单位补缴应当缴纳的生育保险费、滞纳金后，由生育保险基金依照有关规定支付新发生的费用；欠费期间发生的生育保险待遇，由用人单位按照规定的项目和标准支付。

**十二、对用虚假材料或者其他手段骗取生育保险基金或待遇的，要承担什么后果？**

答：用人单位、定点医疗机构等单位或者个人，以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取生育保险基金或者待遇的，由社会保险行政部门责令退回，处以骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；属

于定点医疗服务机构的，解除服务协议，并承担相应的法律责任；构成犯罪的，依法追究刑事责任。