

海南省人民政府关于修改 《海南省城镇从业人员基本医疗保险 条例实施细则》等二件政府规章的决定

(2023年1月3日七届海南省人民政府第113次常务会议审议通过 2023年1月17日海南省人民政府令第313号公布 自2023年2月1日起施行)

省人民政府决定对《海南省城镇从业人员基本医疗保险条例实施细则》等二件政府规章作如下修改：

一、海南省城镇从业人员基本医疗保险条例实施细则

(一)将第三条修改为：“条例所称退休人员是指符合法定退休情形并办理退休手续的参保人。”

(二)将第五条修改为：“基本医疗保险登记和缴费按照以下规定执行：

“（一）下列单位在省医疗保障经办机构办理基本医疗保险登记、核定缴费数额后，在海口市医疗保险费征收机构缴纳基本医疗保险费：

“1. 驻海口地区的中央、省直属机关、事业单位，在省级以上民政等部门登记的民办非企业单位、社会团体、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织。

“2. 铁路、远洋运输等跨区域、生产流动性较大的企业，自愿申请在省医疗保障经办机构参加基本医疗保险并经省医疗保障行政部门批准的。

“（二）其他用人单位在所在市、县、自治县医疗保障经办机构办理基本医疗保险登记、核定缴费数额后，在当地医疗保险费征收机构缴纳基本医疗保险费。

“（三）参加基本医疗保险的灵活就业人员在就业所在市、县、自治县医疗保障经办机构办理基本医疗保险登记、核定缴费数额后，在当地医疗保险费征收机构缴纳基本医疗保险费。”

(三)将第六条修改为：“用人单位从业人员参保名单应当在本单位公示，向医疗保障经办机构申报的本单位缴费基数总额及个人缴费基数应当分别经法定代表人及从业人员确认。”

(四)将第七条第一款修改为：“用人单位及其从业人员的缴费工资及缴费数额，由医疗保障经办机构按照条例的规定核定或者确定。”

删去第二款。

(五)将第八条第二项修改为：“(二)跨统筹地区的参保人，其按照条例规定参加基本医疗保险以前符合国家或者转出地所在省市规定的工龄或者工作年限视同缴费年限。”

(六)将第九条修改为：“被判服刑或者受政务开除处分的人员，服刑期间或者未再就业期间不缴纳基本医疗保险费，不享受基本医疗保险待遇；被判服刑或者受政务开除处分之前实际缴费年限和视同缴费年限予以承认。国家另有规定的，从其规定。”

(七)将第十条修改为：“从业人员不得重复享受基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险待遇。已经重复获得基本医疗保险统筹基金支付待遇的，由医疗保障经办机构予以追回。”

(八) 将第十一条第一款修改为：“用人单位及其从业人员补缴的基本医疗保险费，按照条例规定分别划入统筹基金和个人账户。”

删去第二款。

(九) 将第十二条第一款修改为：“在本省参保的用人单位，按照本单位从业人员月工资总额的 8% 缴纳基本医疗保险费，其从业人员按照本人月工资总额的 2% 缴纳基本医疗保险费。”

删去第三款。

(十) 删去第十三条。

(十一) 将第十四条改为第十三条，修改为：“用人单位及其从业人员跨年度补缴，费率按照欠费所属年度用人单位及其从业人员参加基本医疗保险的费率确定，2011 年 12 月 31 日前的费率统一按照欠费所属年度省本级的费率标准执行；缴费基数按照欠费所属年度用人单位从业人员本人实际月工资总额确定，但不得高于或者低于欠费所属年度全省缴费基数的上限或者下限。”

(十二) 将第十五条改为第十四条，修改为：“参保人退休后由医疗保障经办机构核定其缴费年限(含实际缴费年限和视同缴

费年限)。核定享受基本医疗保险待遇的缴费年限，以年为单位累计计算。每累计 12 个月为一年，不足一年的按照实际月数计算。”

(十三)将第十八条改为第十七条，修改为：“失业保险基金为失业保险金领取人员缴纳基本医疗保险费，缴费基数为全省上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 60%，费率为用人单位和从业人员缴费费率之和。

“失业保险金领取人员参加基本医疗保险的，缴费年限与失业前参加基本医疗保险缴费年限累计计算，并自参保缴费之日起，按照规定享受相应的基本医疗保险待遇，不再享受由失业保险基金支付的医疗补助金待遇。享受待遇期限为领取失业保险金期限。”

(十四)将第十九条改为第十八条，修改为：“经参保所在地医疗保障经办机构和医疗保险费征收机构审核，医疗保障行政部门和财政部门共同确认，确无能力缴纳基本医疗保险费的困难单位的从业人员，可以以个人身份参加基本医疗保险，也可经省人民政府同意后参加城乡居民基本医疗保险。”

(十五)删去第二十条、第二十一条、第二十二条。

(十六)增加一条，作为第十九条：“符合条件足额享受待遇的参保人在定点医疗机构普通门诊就医，其符合基本医疗保险规定范围的医疗费用，由统筹基金按照不低于 50%的比例报销。

“普通门诊医疗费用的支付标准由省医疗保障行政部门制定。”

(十七)将第二十三条改为第二十条，修改为：“参保人患慢性特殊疾病的，应当按照规定向医疗保障经办机构或者符合条件的定点医疗机构申请办理门诊慢性特殊疾病认定。已办理门诊慢性特殊疾病认定的参保人，在定点医疗机构门诊治疗的医疗费用纳入统筹基金支付范围。

“门诊慢性特殊疾病的病种范围及支付标准，由省医疗保障行政部门会同省卫生健康行政部门制定。”

(十八)将第二十四条改为第二十一条，修改为：“参保人住院治疗发生的符合基本医疗保险规定范围的医疗费用，统筹基金支付时设年起付标准、年最高支付限额和支付比例。

“(一)一个自然年度内，从业人员在定点医疗机构住院起付标准为：一级定点医疗机构 300 元，二级定点医疗机构 600 元，

三级定点医疗机构 800 元；退休人员在定点医疗机构住院起付标准为：一级定点医疗机构 200 元，二级定点医疗机构 400 元，三级定点医疗机构 600 元。

“（二）一个自然年度内，参保人住院统筹基金最高支付限额（包括门诊和门诊慢性特殊疾病）为 26 万元。

“（三）符合条件足额享受待遇的参保人在起付标准以上、最高支付限额以下医疗费用的分担比例为：从业人员在一级定点医疗机构就医的，统筹基金支付比例和个人负担比例分别是 90%和 10%；在二级定点医疗机构就医的，统筹基金支付比例和个人负担比例分别是 88%和 12%；在三级定点医疗机构就医的，统筹基金支付比例和个人负担比例分别是 85%和 15%。退休人员在定点医疗机构就医的，统筹基金支付比例和个人负担比例分别是 90%和 10%。

“一个自然年度内，参保人多次普通门诊、门诊慢性特殊疾病、住院治疗且所在定点医疗机构级别不同的，起付标准累计计算。

“年起付标准、年最高支付限额和支付比例，可根据统筹基金结余和医疗消费水平等情况，由省医疗保障行政部门提出调整方案，报省人民政府批准后实施。”

(十九)增加一条，作为第二十二条：“支持中医药事业发展，使用中药饮片、针灸、推拿和拔罐等中医适宜技术的住院医疗费用，统筹基金支付比例提高五个百分点。”

(二十)将第二十五条改为第二十三条，修改为：“人工器官、体内置放材料、高值医用耗材，统筹基金实行限额支付，具体标准由省医疗保障行政部门制定。”

(二十一)将第二十七条改为第二十五条，增加一款，作为第二款：“属于定点医疗机构原因未转入普通病房的，超标准部分由医疗机构承担；定点医疗机构通知参保人转入普通病房而参保人未转入的，超标准部分由参保人承担。”

(二十二)将第二十八条改为第二十六条，修改为：“参保人住院治疗的，应当以出院日期确定结算年度。

“参保人住院治疗过程跨自然年度的，按照有利于参保人的原则，可以按照自然年度分段结算。”

(二十三)将第三十一条改为第二十九条，修改为：“定点医疗机构在为参保人提供医疗服务时，应当严格执行医疗保险政策、医疗卫生规范和医疗服务收费规定。对住院治疗的，定点医疗机构应当每天向其提供医疗服务收费明细清单，接受参保人监督。”

(二十四)将第三十二条改为第三十条，修改为：“参保人住院期间，定点医疗机构使用自费药品、诊疗项目，应当事先征得参保人书面同意；未征得同意或者虽经同意但有证据证明其违背参保人真实意愿的，医疗保障经办机构有权直接扣减定点医疗机构的结算费用，用以补偿参保人已自付的医疗费。”

“定点医疗机构使用自费药品、诊疗项目的费用，超过参保人本次就医全部医疗费费的 15%(除特需医疗服务外)，或者超过救助对象等困难人群本次就医全部医疗费费的 5%(二级及以下定点医疗机构)和 10%(三级定点医疗机构)的，医疗保障经办机构应当对费用情况进行审核，发现不合理的，应当扣减定点医疗机构结算费用。”

(二十五)删去第三十三条。

(二十六)将第三十四条改为第三十一条，修改为：“医疗保障经办机构对定点医疗机构支付统筹基金采用总额预付制结算的，定点医疗机构因收治参保人而发生的符合统筹基金支付范围的医疗费用合理超出总额预付制的部分，由统筹基金和定点医疗机构按照规定比例分担。

“总额预付制结算与考核办法由省医疗保障行政部门另行制定。”

(二十七)将第三十五条改为第三十二条，修改为：“医疗保障行政部门应当按照国家有关规定加强对医疗保障经办机构和定点医药机构使用基本医疗保险基金的监督，制定医疗保险医疗服务质量考核办法，确保基本医疗保险基金安全和有效利用，切实维护参保人正当医疗权益。”

(二十八)将第三十六条改为第三十三条，修改为：“基本医疗保险药品、高值医用耗材应当公开招标采购。”

(二十九)将第三十八条改为第三十五条，修改为：“异地安置退休人员、异地长期居住人员和常驻异地工作人员等长期在省外工作、居住、生活的人员，按照规定向参保所在地医疗保障经

办机构办理备案后，其异地就医发生的医疗费用按照条例规定支付。”

(三十)将第三十九条改为第三十六条，修改为：“参保人需转省外异地住院就医的，应当凭参保所在地或者工作地最高级别的定点医疗机构或者本省三级定点医疗机构出具的转诊建议，向参保所在地医疗保障经办机构办理备案，其医疗费用按照条例规定支付。但参保人患重大疾病的，可以直接凭三级定点医疗机构疾病诊断证明或者明确诊断的相关医学报告办理备案。

“依据病情应当转诊而定点医疗机构不予转诊贻误病情的，定点医疗机构应当承担赔偿责任。”

“参保人在省外出差、休假、旅游等临时外出期间，因急性病在异地住院就医的，其医疗费用按照条例规定支付；因非急性病在异地住院就医的，其医疗费用按照本细则第三十七条规定处理。”

(三十一)增加一条，作为第三十七条：“参保人未办理跨省异地住院就医备案的，其相应的基本医疗保险待遇降低二十个百分点。参保人补办异地就医备案的，其医疗费用可以按照条例规定支付，具体规定由省医疗保障行政部门另行制定。”

(三十二)将第四十条改为第三十八条，修改为：“本省应当加强与其他省、自治区、直辖市的基本医疗保险合作，按照国家规定做好基本医疗保险关系转移接续、异地就医直接结算等有关工作。”

(三十三)删去第四十一条。

(三十四)将第四十二条改为第三十九条，修改为：“医疗保障行政部门应当建立对医疗保障经办机构和定点医药机构实行社会公众评议的工作制度，督促医疗保障经办机构改进医疗保险工作，督促定点医药机构改进医疗保险服务。”

(三十五)增加一条，作为第四十条：“医疗保障经办机构负责医疗保险业务档案的管理工作，接受同级医疗保障行政部门的业务指导。省医疗保障经办机构负责制定全省统一的基本医疗保险档案管理规定。”

(三十六)将本实施细则中的“社会保险行政部门”统一修改为“医疗保障行政部门”；“社会保险经办机构”统一修改为“医疗保障经办机构”；“社会保险费征收机构”统一修改为“医疗保险费征收机构”；“按”统一修改为“按照”；“或”统一修改为“或者”。

此外，对条文序号作相应调整。

二、海南省城镇从业人员生育保险条例实施细则

(一)将第四条修改为：“生育保险登记和缴费按照以下规定执行：

“（一）下列单位在省医疗保障经办机构办理生育保险登记、核定缴费数额后，在海口市生育保险费征收机构缴纳生育保险费：

“1. 驻海口地区的中央、省直属机关、事业单位，在省级以上民政等部门登记的民办非企业单位、社会团体、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织。

“2. 铁路、远洋运输等跨区域、生产流动性较大的企业，自愿申请在省医疗保障经办机构参加生育保险并经省医疗保障行政部门批准的。

“（二）其他用人单位在所在市、县、自治县医疗保障经办机构办理生育保险登记、核定缴费数额后，在当地生育保险费征收机构缴纳生育保险费。”

(二)将第五条修改为：“用人单位从业人员参保名单应当在本单位公示，向医疗保障经办机构申报的本单位缴费基数总额及个人缴费基数应当分别经法定代表人及从业人员确认。”

(三)将第六条修改为：“用人单位及其从业人员的缴费工资及缴费数额，由医疗保障经办机构按照条例的规定核定或者确定。”

(四)将第七条修改为：“用人单位按照本单位从业人员月工资总额的0.5%缴纳生育保险费，与海南省城镇从业人员基本医疗保险费合并征缴。从业人员个人不缴纳生育保险费。

“生育保险费率需要调整的，由省医疗保障行政部门会同省财政部门在条例规定的幅度内，根据全省在岗从业人员年平均工资的变化情况和生育保险基金的收支情况提出调整方案，报省人民政府批准后实行。”

(五)将第八条修改为：“用人单位跨年度补缴生育保险费的，费率按照欠费所属年度用人单位参加生育保险的费率确定；缴费基数按照欠费所属年度用人单位从业人员本人实际月工资总额确定，但不得高于或者低于欠费所属年度全省缴费基数的上限或者下限。”

(六)将第九条修改为：“从业人员享受生育津贴，必须同时具备下列条件：

“（一）生育或者实施计划生育手术当月已连续足额缴费满6个月（不含当月）；

“（二）按照国家规定享受产假、计划生育手术休假期间正常参保缴费。

“退役军人按照规定参加生育保险的，可不受前款第一项规定限制。”

(七)增加两条，作为第十条、第十一条：

“第十条 生育津贴标准所涉及的用人单位上年度从业人员月平均工资，按照条例第八条规定由医疗保障经办机构核定的本单位上一年度参保从业人员缴费数额确定。”

“第十一条 领取失业保险金人员应当参加生育保险，所需资金从失业保险基金中列支，按照规定享受相应的生育保险待遇。”

(八) 将第十条改为第十二条，修改为：“从业人员不得重复参加生育保险。已经重复参保的，不得重复享受生育保险待遇。重复获得的生育保险待遇，由医疗保障经办机构予以追回。

“从业人员未就业配偶已参加城镇从业人员基本医疗保险或者城乡居民基本医疗保险并享受相关待遇的，不再享受生育医疗费用待遇。”

(九) 将第十一条改为第十三条，修改为：“女性从业人员生育同时符合难产、多胞胎生育、结扎手术等享受生育津贴待遇条件的，增加的享受生育津贴天数累计计算。

“本细则所称难产，是指女性从业人员生育时采用产钳助产、胎吸、剖宫生育的。”

(十) 将第十三条改为第十五条，修改为：“在生育或者施行计划生育手术住院期间诊治妊娠的合并症、并发症，由生育保险基金支付。

“非因生育或者计划生育手术引起的疾病所发生的医疗费用，按照基本医疗保险有关规定执行。国家另有规定的，从其规定。”

(十一)将第十五条改为第十七条，修改为：“参保人需转省外异地生育的，应当按照规定向参保地医疗保障经办机构备案，其生育医疗费用按照条例规定支付。未按照规定备案的，生育医疗费用待遇降低二十个百分点。参保人补办异地生育备案的，其生育医疗费用可以按照条例规定支付，具体规定由省医疗保障行政部门另行制定。”

(十二)删去第十六条、第十七条、第二十条。

(十三)增加两条，作为第十八条、第十九条：

“第十八条 用人单位应当自从业人员生育或者施行计划生育手术次日起1年内，向生育或者施行计划生育手术的参保地医疗保障经办机构申请拨付生育津贴。

“从业人员享受生育津贴超过30天的，用人单位可按月或者在产假、休假结束后一次性向医疗保障经办机构申请拨付生育津贴。

“职工依法享受的生育津贴，按照规定免征个人所得税。”

“第十九条 从业人员按照国家规定享受产假、计划生育手术休假期间发生工作调动且连续缴费的，由参保单位向属地参保地经办机构申请拨付生育津贴。

“从业人员按照国家规定享受产假、计划生育手术休假期间，用人单位因依法破产、被吊销营业执照、责令关闭、撤销、解散或者其它原因终止的，从业人员本人可以在产假或者计划生育手术休假结束后2年内，直接向参保地经办机构申请拨付生育津贴。”

(十四)将第十八条改为第二十条，修改为：“生育保险定点医疗机构在为参保人提供医疗服务时，应当严格执行生育保险政策、医疗卫生规范和医疗服务收费规定。对住院分娩的，定点医疗机构应当每天向其提供医疗服务收费明细清单，接受参保人监督。”

(十五)将第十九条改为第二十一条，修改为：“定点医疗机构使用自费药品、诊疗项目，应当事先征得参保人书面同意；未征得同意或者虽经同意但有证据证明其违背参保人真实意愿的，医疗保障经办机构有权直接扣减定点医疗机构的结算费用，用以补偿参保人已自付的医疗费。

“定点医疗机构使用自费药品、诊疗项目的费用，超过参保人本次就医全部医疗费用的 15% 的，医疗保障经办机构应当对费用情况进行审核，发现不合理的，应当扣减定点医疗机构结算费用。”

(十六) 将第二十一条改为第二十二條，修改为：“医疗保障行政部门应当按照国家有关规定加强对医疗保障经办机构和定点医疗机构使用生育保险基金的监督，制定生育保险医疗服务质量考核细则，确保生育保险基金安全和有效利用，切实维护参保人正当医疗权益。”

(十七) 将第二十二條改为第二十三條，修改为：“生育保险药品、高值医用耗材应当公开招标采购。”

(十八) 增加一条，作为第二十四條：“医疗保障经办机构负责生育保险业务档案的管理工作，接受同级医疗保障行政部门的业务指导。省医疗保障经办机构负责制定全省统一的生育保险档案管理规定。”

(十九) 将本实施细则中的“社会保险行政部门”统一修改为“医疗保障行政部门”；“社会保险经办机构”统一修改为“医疗保障经办机构”；“社会保险费征收机构”统一修改为

“生育保险费征收机构”；“定点医疗服务机构”统一修改为“定点医疗机构”；“按”统一修改为“按照”；“或”统一修改为“或者”。

此外，对条文序号作相应调整。

本决定自2023年2月1日起施行。《海南省城镇从业人员基本医疗保险条例实施细则》等二件政府规章根据本决定作相应修改后，重新公布。

海南省城镇从业人员基本医疗保险条例实施细则

(2009年8月17日海南省人民政府令第224号发布 根据2012年1月10日海南省人民政府令第235号《海南省人民政府关于修改〈海南省城镇从业人员基本医疗保险条例实施细则〉的决定》第一次修正 根据2023年1月17日海南省人民政府令第313号《海南省人民政府关于修改〈海南省城镇从业人员基本医疗保险条例实施细则〉等二件政府规章的决定》第二次修正)

第一条 根据《海南省城镇从业人员基本医疗保险条例》(以下简称条例)，制定本实施细则。

第二条 凡在本省行政区域内的城镇用人单位及其从业人员，无论采用何种形式支付和取得劳动报酬，均须按照条例规定参加城镇从业人员基本医疗保险（以下简称基本医疗保险），缴纳基本医疗保险费。能够提供本统筹地区以外医疗保障经办机构出具的已参保的有效证明材料的人员除外。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加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（以下统称灵活就业人员）参加基本医疗保险，以个人身份办理参保手续。

第三条 条例所称退休人员是指符合法定退休情形并办理退休手续的参保人。

第四条 在本省行政区域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，应当按照条例的规定参加基本医疗保险。

在本省行政区域内城镇用人单位从业的台湾、香港和澳门居民中的中国公民应当按照条例的规定参加基本医疗保险。

在本省行政区域内城镇用人单位依法招用的外国人，应当按照条例规定参加基本医疗保险。但已与中国签订社会保险双边或者多边协议国家国籍的人员在我省就业的，按照协议规定办理。

第五条 基本医疗保险登记和缴费按照以下规定执行：

(一) 下列单位在省医疗保障经办机构办理基本医疗保险登记、核定缴费数额后，在海口市医疗保险费征收机构缴纳基本医疗保险费：

1. 驻海口地区的中央、省直属机关、事业单位，在省级以上民政等部门登记的民办非企业单位、社会团体、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织。

2. 铁路、远洋运输等跨区域、生产流动性较大的企业，自愿申请在省医疗保障经办机构参加基本医疗保险并经省医疗保障行政部门批准的。

(二) 其他用人单位在所在市、县、自治县医疗保障经办机构办理基本医疗保险登记、核定缴费数额后，在当地医疗保险费征收机构缴纳基本医疗保险费。

(三)参加基本医疗保险的灵活就业人员在就业所在市、县、自治县医疗保障经办机构办理基本医疗保险登记、核定缴费数额后，在当地医疗保险费征收机构缴纳基本医疗保险费。

第六条 用人单位从业人员参保名单应当在本单位公示，向医疗保障经办机构申报的本单位缴费基数总额及个人缴费基数应当分别经法定代表人及从业人员确认。

第七条 用人单位及其从业人员的缴费工资及缴费数额，由医疗保障经办机构按照条例的规定核定或者确定。

第八条 参保人视同缴费年限按照下列规定执行：

(一)2001年7月1日前按照国家规定计算的连续工龄或者工作年限，视同缴费年限。

(二)跨统筹地区的参保人，其按照条例规定参加基本医疗保险以前符合国家或者转出地所在省市规定的工龄或者工作年限视同缴费年限。

(三)退役军人按照国家规定参加基本医疗保险的，其在军队服役年限视同缴费年限。

(四)六级以上残疾军人，2011年12月31日前按照国家规定计算的连续工龄或者工作年限，视同缴费年限。

(五)农垦系统用人单位(不含总局机关及其直属事业单位和公司)的从业人员，2008年12月31日前按照国家规定计算的连续工龄或者工作年限，视同缴费年限。

第九条 被判服刑或者受政务开除处分的人员，服刑期间或者未再就业期间不缴纳基本医疗保险费，不享受基本医疗保险待遇；被判服刑或者受政务开除处分之前实际缴费年限和视同缴费年限予以承认。国家另有规定的，从其规定。

第十条 从业人员不得重复享受基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险待遇。已经重复获得基本医疗保险统筹基金支付待遇的，由医疗保障经办机构予以追回。

第十一条 用人单位及其从业人员补缴的基本医疗保险费，按照条例规定分别划入统筹基金和个人账户。

第十二条 在本省参保的用人单位，按照本单位从业人员月工资总额的8%缴纳基本医疗保险费，其从业人员按照本人月工资总额的2%缴纳基本医疗保险费。

在本省参加基本医疗保险的灵活就业人员，按照全省上年度在岗从业人员月平均工资的6%缴纳基本医疗保险费。

在本省参加基本医疗保险的用人单位及其从业人员、灵活就业人员缴纳基本医疗保险费的费率标准，由省医疗保障行政部门会同省财政部门在条例规定的幅度内，根据全省在岗从业人员年平均工资的变化情况和基本医疗保险基金的收支情况提出调整方案，报省人民政府批准后实行。

第十三条 用人单位及其从业人员跨年度补缴，费率按照欠费所属年度用人单位及其从业人员参加基本医疗保险的费率确定，2011年12月31日前的费率统一按照欠费所属年度省本级的费率标准执行；缴费基数按照欠费所属年度用人单位从业人员本人实际月工资总额确定，但不得高于或者低于欠费所属年度全省缴费基数的上限或者下限。

第十四条 参保人退休后由医疗保障经办机构核定其缴费年限(含实际缴费年限和视同缴费年限)。核定享受基本医疗保险待遇的缴费年限，以年为单位累计计算。每累计12个月为一年，不足一年的按照实际月数计算。

第十五条 2009年1月1日前因用人单位欠缴基本医疗保险费而中断享受基本医疗保险待遇的退休人员和享受社会医疗补助的退休人员，从2009年1月1日起按照其累计缴费年限享受相应的基本医疗保险待遇。

第十六条 从未参加基本医疗保险的退休人员，一次性缴纳基本医疗保险补偿费后，从缴费次月起按照条例及本实施细则规定享受相应的基本医疗保险待遇。缴纳基本医疗保险补偿费的年限计入缴费年限。

第十七条 失业保险基金为失业保险金领取人员缴纳基本医疗保险费，缴费基数为全省上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的60%，费率为用人单位和从业人员缴费费率之和。

失业保险金领取人员参加基本医疗保险的，缴费年限与失业前参加基本医疗保险缴费年限累计计算，并自参保缴费之日起，按照规定享受相应的基本医疗保险待遇，不再享受由失业保险基金支付的医疗补助金待遇。享受待遇期限为领取失业保险金期限。

第十八条 经参保所在地医疗保障经办机构和医疗保险费征收机构审核，医疗保障行政部门和财政部门共同确认，确无能力

缴纳基本医疗保险费的困难单位的从业人员，可以以个人身份参加基本医疗保险，也可经省人民政府同意后参加城乡居民基本医疗保险。

第十九条 符合条件足额享受待遇的参保人在定点医疗机构普通门诊就医，其符合基本医疗保险规定范围的医疗费用，由统筹基金按照不低于 50% 的比例报销。

普通门诊医疗费用的支付标准由省医疗保障行政部门制定。

第二十条 参保人患慢性特殊疾病的，应当按照规定向医疗保障经办机构或者符合条件的定点医疗机构申请办理门诊慢性特殊疾病认定。已办理门诊慢性特殊疾病认定的参保人，在定点医疗机构门诊治疗的医疗费用纳入统筹基金支付范围。

门诊慢性特殊疾病的病种范围及支付标准，由省医疗保障行政部门会同省卫生健康行政部门制定。

第二十一条 参保人住院治疗发生的符合基本医疗保险规定范围的医疗费用，统筹基金支付时设年起付标准、年最高支付限额和支付比例。

(一) 一个自然年度内, 从业人员在定点医疗机构住院起付标准为: 一级定点医疗机构 300 元, 二级定点医疗机构 600 元, 三级定点医疗机构 800 元; 退休人员在定点医疗机构住院起付标准为: 一级定点医疗机构 200 元, 二级定点医疗机构 400 元, 三级定点医疗机构 600 元。

(二) 一个自然年度内, 参保人住院统筹基金最高支付限额(包括门诊和门诊慢性特殊疾病)为 26 万元。

(三) 符合条件足额享受待遇的参保人在起付标准以上、最高支付限额以下医疗费用的分担比例为: 从业人员在一级定点医疗机构就医的, 统筹基金支付比例和个人负担比例分别是 90% 和 10%; 在二级定点医疗机构就医的, 统筹基金支付比例和个人负担比例分别是 88% 和 12%; 在三级定点医疗机构就医的, 统筹基金支付比例和个人负担比例分别是 85% 和 15%。退休人员在定点医疗机构就医的, 统筹基金支付比例和个人负担比例分别是 90% 和 10%。

一个自然年度内, 参保人多次普通门诊、门诊慢性特殊疾病、住院治疗且所在定点医疗机构级别不同的, 起付标准累计计算。

年起付标准、年最高支付限额和支付比例，可根据统筹基金结余和医疗消费水平等情况，由省医疗保障行政部门提出调整方案，报省人民政府批准后实施。

第二十二条 支持中医药事业发展，使用中药饮片、针灸、推拿和拔罐等中医适宜技术的住院医疗费用，统筹基金支付比例提高五个百分点。

第二十三条 人工器官、体内置放材料、高值医用耗材，统筹基金实行限额支付，具体标准由省医疗保障行政部门制定。

第二十四条 采用高新技术医疗设备检查，必须符合由统筹基金支付医疗费疾病的检查指征。对不符合检查指征，检查结果不属由统筹基金支付医疗费而定点医疗机构决定检查的疾病或者符合检查指征但已有明确诊断而定点医疗机构决定重复检查的，检查费用由定点医疗机构支付；不符合检查指征，参保人要求检查，检查结果不属由统筹基金支付医疗费疾病或者符合检查指征但已明确诊断后而参保人要求重复检查的，检查费全部由本人负担。

第二十五条 因病情严重住监护病房(复苏室、ICU、CCU等)的，病情缓解后应当转入普通病房。应当转入普通病房而未转入

的，按基本医疗保险普通病房标准计费，超过标准的部分，统筹基金不予支付。

属于定点医疗机构原因未转入普通病房的，超标准部分由医疗机构承担；定点医疗机构通知参保人转入普通病房而参保人未转入的，超标准部分由参保人承担。

第二十六条 参保人住院治疗的，应当以出院日期确定结算年度。

参保人住院治疗过程跨自然年度的，按照有利于参保人的原则，可以按照自然年度分段结算。

第二十七条 根据病情应当出院，经定点医疗机构通知，无正当理由拒绝出院的，自定点医疗机构通知出院之日起一切费用由本人负担；应当出院而定点医疗机构未通知住院者出院的，医疗费用由定点医疗机构承担。

第二十八条 参保人出院带药量标准为：急性病不得超过3天，慢性病不得超过7天。超过上述标准的，超标准费用由定点医疗机构承担。

第二十九条 定点医疗机构在为参保人提供医疗服务时，应当严格执行医疗保险政策、医疗卫生规范和医疗服务收费规定。对住院治疗的，定点医疗机构应当每天向其提供医疗服务收费明细清单，接受参保人监督。

第三十条 参保人住院期间，定点医疗机构使用自费药品、诊疗项目，应当事先征得参保人书面同意；未征得同意或者虽经同意但有证据证明其违背参保人真实意愿的，医疗保障经办机构有权直接扣减定点医疗机构的结算费用，用以补偿参保人已自付的医疗费。

定点医疗机构使用自费药品、诊疗项目的费用(除特需医疗服务外)，超过参保人本次就医全部医疗费费的 15%，或者超过救助对象等困难人群本次就医全部医疗费费的 5%(二级及以下定点医疗机构)和 10%(三级定点医疗机构)的，医疗保障经办机构应当对费用情况进行审核，发现不合理的，应当扣减定点医疗机构结算费用。

第三十一条 医疗保障经办机构对定点医疗机构支付统筹基金采用总额预付制结算的，定点医疗机构因收治参保人而发生的

符合统筹基金支付范围的医疗费用合理超出总额预付制的部分，由统筹基金和定点医疗机构按照规定比例分担。

总额预付制结算与考核办法由省医疗保障行政部门另行制定。

第三十二条 医疗保障行政部门应当按照国家有关规定加强对医疗保障经办机构 and 定点医药机构使用基本医疗保险基金的监督，制定医疗保险医疗服务质量考核办法，确保基本医疗保险基金安全和有效利用，切实维护参保人正当医疗权益。

第三十三条 基本医疗保险药品、高值医用耗材应当公开招标采购。

第三十四条 由于医疗事故所增加的医疗费用，由定点医疗机构支付。

第三十五条 异地安置退休人员、异地长期居住人员和常驻异地工作人员等长期在省外工作、居住、生活的人员，按照规定向参保所在地医疗保障经办机构办理备案后，其异地就医发生的医疗费用按照条例规定支付。

第三十六条 参保人需转省外异地住院就医的，应当凭参保所在地或者工作地最高级别的定点医疗机构或者本省三级定点医疗机构出具的转诊建议，向参保所在地医疗保障经办机构办理备案，其医疗费用按照条例规定支付。但参保人患重大疾病的，可以直接凭三级定点医疗机构疾病诊断证明或者明确诊断的相关医学报告办理备案。

依据病情应当转诊而定点医疗机构不予转诊贻误病情的，定点医疗机构应当承担责任。

参保人在省外出差、休假、旅游等临时外出期间，因急性病在异地住院就医的，其医疗费用按照条例规定支付；因非急性病在异地住院就医的，其医疗费用按照本细则第三十七条规定处理。

第三十七条 参保人未办理跨省异地住院就医备案的，其相应的基本医疗保险待遇降低二十个百分点。参保人补办异地就医备案的，其医疗费用可以按照条例规定支付，具体规定由省医疗保障行政部门另行制定。

第三十八条 本省应当加强与其他省、自治区、直辖市的基本医疗保险合作，按照国家规定做好基本医疗保险关系转移接续、异地就医直接结算等有关工作。

第三十九条 医疗保障行政部门应当建立对医疗保障经办机构和定点医药机构实行社会公众评议的工作制度，督促医疗保障经办机构改进医疗保险工作，督促定点医药机构改进医疗保险服务。

第四十条 医疗保障经办机构负责医疗保险业务档案的管理工作，接受同级医疗保障行政部门的业务指导。省医疗保障经办机构负责制定全省统一的基本医疗保险档案管理规定。

第四十一条 本实施细则具体应用中的问题，由省医疗保障行政部门负责解释。

海南省城镇从业人员生育保险条例实施细则

(2012年5月29日海南省人民政府令第240号发布 根据2023年1月17日海南省人民政府令第313号《海南省人民政府

关于修改〈海南省城镇从业人员基本医疗保险条例实施细则〉等二件政府规章的决定》修正)

第一条 根据《海南省城镇从业人员生育保险条例》(以下简称条例), 制定本实施细则。

第二条 凡在本省行政区域内的城镇用人单位, 无论采用何种形式支付劳动报酬, 必须按照条例规定参加城镇从业人员生育保险(以下简称生育保险), 为本单位全部从业人员缴纳生育保险费。能够提供外省医疗保障经办机构出具的已参保的有效证明材料的用人单位除外。

第三条 在本省行政区域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应当为其所雇用的中方从业人员缴纳生育保险费。

第四条 生育保险登记和缴费按照以下规定执行:

(一) 下列单位在省医疗保障经办机构办理生育保险登记、核定缴费数额后, 在海口市生育保险费征收机构缴纳生育保险费:

1. 驻海口地区的中央、省直属机关、事业单位，在省级以上民政等部门登记的民办非企业单位、社会团体、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织。

2. 铁路、远洋运输等跨区域、生产流动性较大的企业，自愿申请在省医疗保障经办机构参加生育保险并经省医疗保障行政部门批准的。

(二) 其他用人单位在所在市、县、自治县医疗保障经办机构办理生育保险登记、核定缴费数额后，在当地生育保险费征收机构缴纳生育保险费。

第五条 用人单位从业人员参保名单应当在本单位公示，向医疗保障经办机构申报的本单位缴费基数总额及个人缴费基数应当分别经法定代表人及从业人员确认。

第六条 用人单位及其从业人员的缴费工资及缴费数额，由医疗保障经办机构按照条例的规定核定或者确定。

第七条 用人单位按照本单位从业人员月工资总额的0.5%缴纳生育保险费，与海南省城镇从业人员基本医疗保险费合并征缴。从业人员个人不缴纳生育保险费。

生育保险费率需要调整的，由省医疗保障行政部门会同省财政部门在条例规定的幅度内，根据全省在岗从业人员年平均工资的变化情况和生育保险基金的收支情况提出调整方案，报省人民政府批准后实行。

第八条 用人单位跨年度补缴生育保险费的，费率按照欠费所属年度用人单位参加生育保险的费率确定；缴费基数按照欠费所属年度用人单位从业人员本人实际月工资总额确定，但不得高于或者低于欠费所属年度全省缴费基数的上限或者下限。

第九条 从业人员享受生育津贴，必须同时具备下列条件：

(一) 生育或者实施计划生育手术当月已连续足额缴费满6个月(不含当月)；

(二) 按照国家规定享受产假、计划生育手术休假期间正常参保缴费。

退役军人按照规定参加生育保险的，可不受前款第一项规定限制。

第十条 生育津贴标准所涉及的用人单位上年度从业人员月平均工资，按照条例第八条规定由医疗保障经办机构核定的本单位上一年度参保从业人员缴费数额确定。

第十一条 领取失业保险金人员应当参加生育保险，所需资金从失业保险基金中列支，按照规定享受相应的生育保险待遇。

第十二条 从业人员不得重复参加生育保险。已经重复参保的，不得重复享受生育保险待遇。重复获得的生育保险待遇，由医疗保障经办机构予以追回。

从业人员未就业配偶已参加城镇从业人员基本医疗保险或者城乡居民基本医疗保险并享受相关待遇的，不再享受生育医疗费用待遇。

第十三条 女性从业人员生育同时符合难产、多胞胎生育、结扎手术等享受生育津贴待遇条件的，增加的享受生育津贴天数累计计算。

本细则所称难产，是指女性从业人员生育时采用产钳助产、胎吸、剖宫生育的。

第十四条 机关事业单位中财政全额供养的参保人享受产假及计划生育手术休假期间，其生育津贴由医疗保障经办机构按照规定拨付至同级财政部门。

第十五条 在生育或者施行计划生育手术住院期间诊治妊娠的合并症、并发症，由生育保险基金支付。

非因生育或者计划生育手术引起的疾病所发生的医疗费用，按照基本医疗保险有关规定执行。国家另有规定的，从其规定。

第十六条 生育保险实行医疗机构定点管理，除急诊、急救外，参保从业人员应到参保地定点医疗机构进行产前检查、住院分娩和施行计划生育手术。

因急诊、急救等紧急情况在非定点医疗机构所发生的生育医疗费用，先由本人垫付，再到参保所在地医疗保障经办机构按照规定报销。

第十七条 参保人需转省外异地生育的，应当按照规定向参保地医疗保障经办机构备案，其生育医疗费用按照条例规定支付。未按照规定备案的，生育医疗费用待遇降低二十个百分点。

参保人补办异地生育备案的，其生育医疗费用可以按照条例规定支付，具体规定由省医疗保障行政部门另行制定。

第十八条 用人单位应当自从业人员生育或者施行计划生育手术次日起1年内，向生育或者施行计划生育手术的参保地医疗保障经办机构申请拨付生育津贴。

从业人员享受生育津贴超过30天的，用人单位可按月或者在产假、休假结束后一次性向医疗保障经办机构申请拨付生育津贴。

职工依法享受的生育津贴，按照规定免征个人所得税。

第十九条 从业人员按照国家规定享受产假、计划生育手术休假期间发生工作调动且连续缴费的，由参保单位向属地参保地经办机构申请拨付生育津贴。

从业人员按照国家规定享受产假、计划生育手术休假期间，用人单位因依法破产、被吊销营业执照、责令关闭、撤销、解散或者其它原因终止的，从业人员本人可以在产假或者计划生育手术休假结束后2年内，直接向参保地经办机构申请拨付生育津贴。

第二十条 生育保险定点医疗机构在为参保人提供医疗服务时，应当严格执行生育保险政策、医疗卫生规范和医疗服务收费规定。对住院分娩的，定点医疗机构应当每天向其提供医疗服务收费明细清单，接受参保人监督。

第二十一条 定点医疗机构使用自费药品、诊疗项目，应当事先征得参保人书面同意；未征得同意或者虽经同意但有证据证明其违背参保人真实意愿的，医疗保障经办机构有权直接扣减定点医疗机构的结算费用，用以补偿参保人已自付的医疗费。

定点医疗机构使用自费药品、诊疗项目的费用，超过参保人本次就医全部医疗费用的15%的，医疗保障经办机构应当对费用情况进行审核，发现不合理的，应当扣减定点医疗机构结算费用。

第二十二条 医疗保障行政部门应当按照国家有关规定加强对医疗保障经办机构和定点医疗机构使用生育保险基金的监督，制定生育保险医疗服务质量考核细则，确保生育保险基金安全和有效利用，切实维护参保人正当医疗权益。

第二十三条 生育保险药品、高值医用耗材应当公开招标采购。

第二十四条 医疗保障经办机构负责生育保险业务档案的管理工作，接受同级医疗保障行政部门的业务指导。省医疗保障经办机构负责制定全省统一的生育保险档案管理规定。

第二十五条 本实施细则具体应用中的问题，由省医疗保障行政部门负责解释。