

目 录

一、企业职工基本养老保险政策.....	1
二、城乡居民基本养老保险政策.....	5
三、机关事业单位工作人员养老保险政策.....	8
四、失业保险政策.....	12
五、城镇职工基本医疗保险政策.....	17
六、城乡居民医疗保险政策.....	23
七、生育保险政策.....	28
八、工伤保险政策.....	32
九、城乡居民最低生活保障政策.....	35
十、城乡医疗救助政策.....	40

一、企业职工基本养老保险政策

1、社会保险的概念

社会保险，是国家通过立法建立起的一种社会保障制度，其目的是使劳动者在由于生、老、病、死、伤、残等原因丧失劳动能力和失业，本人和家庭失去收入时，从社会获得必要的物质帮助。国家建立基本养老保险、基本医疗保险、工伤保险、失业保险、生育保险等社会保险制度，保障公民在年老、疾病、工伤、失业、生育等情况下依法从国家和社会获得物质帮助的权利。

2、城镇职工基本养老保险的参保人员范围及其费用承担

依据《社会保险法》第10条的规定，“职工应当参加基本养老保险，由用人单位和职工共同缴纳基本养老保险费。无雇工的个体工商户、未在用人单位参加基本养老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基本养老保险，由个人缴纳基本养老保险费。公务员和参照公务员法管理的工作人员养老保险的办法由国务院规定。”

3、基本养老保险基金的组成部分

依据《社会保险法》第11条的规定，“基本养老保险实行社会统筹与个人账户相结合。基本养老保险基金由用人单位和个人缴费以及政府补贴等组成。”依据《社会保险法》第15条第1款的规定“基本养老金由统筹养老金和个人账户养老金组成。”

4、参加企业职工基本养老保险的缴费

依据《社会保险法》第12条的规定，“用人单位应当按照国家规定的本单位职工工资总额的比例缴纳基本养老保险费，记入基本养老保险统筹基金。职工应当按照国家规定的本人工资的比例缴纳

基本养老保险费，记入个人账户。无雇工的个体工商户、未在用人单位参加基本养老保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员参加基本养老保险的，应当按照国家规定缴纳基本养老保险费，分别记入基本养老保险统筹基金和个人账户。”

依据《社会保险法》第13条的规定，“国有企业、事业单位职工参加基本养老保险前，视同缴费年限期间应当缴纳的基本养老保险费由政府承担。基本养老保险基金出现支付不足时，政府给予补贴。”

5、参保人员领取基本养老金的条件

依据《社会保险法》第16条的规定，“参加基本养老保险的个人，达到法定退休年龄时累计缴费满十五年的，按月领取基本养老金。参加基本养老保险的个人，达到法定退休年龄时累计缴费不足十五年的，可以缴费至满十五年，按月领取基本养老金；也可以转入城乡居民社会养老保险，按照国务院规定享受相应的养老保险待遇。”

6、单位和职工个人缴纳基本养老保险费的标准规定

基本养老保险费主要包括用人单位缴纳和职工个人缴纳两部分。按照国家和我省有关规定，基本养老保险费的缴纳标准为：单位按上年度职工工资总额的19%缴纳；职工个人以上年度本人月平均工资的8%缴纳。本人月平均工资低于全省在岗职工平均工资60%的，按全省在岗职工月平均工资的60%作为缴费基数；超过全省在岗职工平均工资300%缴纳，按全省在岗职工月平均工资的300%，超过部分不计入缴费工资基数。月平均工资收入应按国家统计局规定列入工资总额统计的项目计算，其中包括工资、奖金、津贴、补贴等收入。

7、社会保险费的征收方式

目前我国社会保险费的征收方式主要有两种：（1）社会保险经办机构征收；（2）税务机关征收。

8、基本养老保险的个人账户

基本养老保险个人账户是养老保险经办机构依照社会统筹与个人账户相结合的原则，按照社会保障号码为每位参加基本养老保险的职工建立的一个资金个人账户，它详细记录参保职工缴纳养老保险费的有关事项，是退休时计发养老金待遇的主要依据之一。个人账户的主要作用是：①记录参保人缴纳的基本养老保险费的情况；②是参保人退休时计发养老金的依据；③是继承和转移养老保险关系的依据；④用于支付参保人退休后的个人账户养老金待遇。

目前基本养老保险个人账户规模为本人缴费工资的8%，个人账户储存额每年按照省统一公布的记账利率计算利息。职工基本养老保险个人账户信息由养老保险经办机构公布或提供查询。

参保职工退休前死亡的，个人账户储存额中的个人缴费部分本息一次性支付其法定继承人或指定受益人；参保职工退休后死亡的，个人账户储存额除已支付部分外，剩余的个人缴费部分本息一次性支付其法定继承人或指定受益人。

9、关于缴费年限和折算工龄

缴费年限是指职工个人缴纳养老保险费的年限，包括视同缴费年限和个人实际缴费年限。视同缴费年限是指职工实际缴费年限之前按照国家规定计算的连续工龄；个人实际缴费年限是职工参加基本养老保险后按照规定足额缴纳基本养老保险费的年限。实行个人缴纳养老保险费之前，原固定工从事国家确定的特殊工种的工作年限可以折算工龄和视同缴费年限，折算后增加的视同缴费年限，最长不得超过5年。从事井下、高温工作的时间，每年按一年零三个月计算；从事其他有害身体健康工作的时间，每年按一年零六个月计算。

10、领取基本养老金的条件

按月领取基本养老金必须具备三个条件：一是达到退休年龄，

并已办理退休手续；二是本人依法参加养老保险并履行了养老保险缴费义务；三是个人缴费至少满15年。

11、自谋职业人员如何接续养老保险关系

已参加基本养老保险的职工，与企业解除或终止劳动关系后自谋职业的，其养老保险关系予以保留，可由本人直接到养老保险经办机构专门窗口或社保事务代理机构接续养老保险关系，并办理个人缴费手续。缴费标准按照灵活就业人员的缴费标准即20%执行。自谋职业人员，享受失业保险待遇期满未就业人员，只要持续参保并正常缴费，到达法定退休年龄时，经各级劳动保障行政部门审批后，按规定享受养老保险待遇。

12、城镇个体工商户和灵活就业人员的缴费规定

城镇个体工商户和灵活就业人员参加基本养老保险，缴费比例为20%（有雇员的个体工商户，雇主为雇员缴纳12%，雇员本人缴纳8%），其中8%计入个人账户。缴费基数从2009年1月起调整为全省上一年度在岗职工平均工资的60%和100%两个基数，根据晋人社厅发〔2012〕57号文件，从2012年起调整为全省上一年度在岗职工平均工资的40%、60%和100%三个基数，缴费人员可以根据本人收入状况自主选择一个基数缴费。退休后按全省统一的企业职工基本养老金计发办法计发基本养老金。

13、参加企业职工基本养老保险人员的正常退休年龄

参加企业职工基本养老保险人员的正常退休年龄是，男职工满60周岁，女管理岗位年满55周岁，女生产岗位年满50周岁。其中农民合同制职工男年满60周岁，女年满55周岁；城镇个体工商户和灵活就业人员男年满60周岁，女年满55周岁。

二、城乡居民基本养老保险政策

1、关于城乡居民基本养老保险

建立统一的城乡居民基本养老保险制度是实现党的十八大提出的“全面建成覆盖城乡居民的社会保障体系”目标的重要措施，是保障人民基本生活和构建和谐社会的必然要求，是通过城乡居民自主缴费，享受国家财政补贴，解决城乡居民养老问题的一种社会保障制度。

2、城乡居民基本养老保险的参保范围

年满16周岁（不含在校学生），非国家机关和事业单位工作人员及不属于职工基本养老保险制度覆盖范围的城乡居民，可以在户籍地参加城乡居民养老保险。

3、城乡居民基本养老保险的基金的构成和筹集

城乡居民养老保险基金由个人缴费、集体补助、政府补贴构成。

（一）个人缴费

参加城乡居民养老保险的人员应当按规定缴纳养老保险费。缴费标准设为每年200元、300元、500元、700元、1000元、1500元、2000元、3000元、4000元、5000元10个档次，以后将依据城乡居民收入增长等情况适时调整缴费档次标准。参保人员自主选择档次缴费，多缴多得。

（二）集体补助

有条件的村集体经济组织应当对参保人缴费给予补助，补助标准由村民委员会召开村民会议民主确定，鼓励有条件的社区将集体补助纳入社区公益事业资金筹集范围。鼓励其他社会经济组织、公益慈善组织、个人为参保人缴费提供资助。补助、资助金额不超过

最高缴费档次标准。

（三）政府补贴

政府补贴分基础养老金补贴（出口补）和缴费补贴（入口补）两部分。1、2019年基础养老金标准为每人每月108元（如有调整以新标准为准）；2、个人缴费部分，政府给予补贴标准为缴200元补35元、缴300元补40元、缴500元补60元、缴700元补80元、缴1000元补100元、缴1500元补140元、缴2000元补180元、缴3000元补220元、缴4000元补260元、缴5000元补300元。

其中：市政府对参保人个人缴费给予每人每年15元的缴费补贴，剩余部分由县政府给予补贴。

4、个人账户的建立

县级社会保险经办机构为每个参保人员建立终身记录的养老保险个人账户。个人缴费、地方人民政府对参保人的缴费补贴、集体补助及其他经济组织、公益慈善组织、个人对参保人的缴费资助，全部分项目记入个人账户。个人账户储存额按国家规定计息。

5、城乡居民养老金的待遇政策

城乡居民养老金待遇由基础养老金和个人账户养老金组成，支付终身。分类情况是：

（1）制度实施时，已年满60周岁，不用缴费，可以按月领取基础养老金108元（其中：中央88元，省级7.5元，市级3.75元，县级8.75元）。

（2）参加城乡居民养老保险的个人，年满60周岁，在其缴费达到规定标准和年限的条件下，可以按月领取城乡居民养老保险待遇。即月领养老金=基础养老金108元+（个人账户全部积累额÷139）。

6、新老城乡居民基本养老保险制度的衔接

（一）对于已经参加老城乡居民基本养老保险、年满60周岁且

已开始领取老城乡居民基本养老保险养老金的，在原有待遇不变的同时，可享受新城乡居民基本养老保险基础养老金。

（二）对于已经参加老城乡居民基本养老保险、未满60周岁且没有领取养老金的参保人，应将老城乡居民基本养老保险个人账户资金并入新城乡居民基本养老保险个人账户，按新城乡居民基本养老保险的缴费标准继续缴费，待符合规定条件时享受相应待遇。

三、机关事业单位工作人员养老保险政策

1、参加机关事业单位养老保险的人员范围

按照公务员法管理的单位、参照公务员法管理的机关（单位）、事业单位及其编制内的工作人员。

2、实行社会统筹与个人账户相结合的基本养老保险制度

机关事业单位基本养老保险费由单位和个人共同负担。单位缴纳基本养老保险费（以下简称单位缴费）的比例为本单位工资总额的20%，个人缴纳基本养老保险费（以下简称个人缴费）的比例为本单位缴费工资的8%，由单位代扣。按本人缴费工资8%的数额建立基本养老保险个人账户，全部由个人缴费形成。个人工资超过当地上年度在岗职工平均工资300%以上的部分，不计入个人缴费工资基数；低于当地上年度在岗职工平均工资60%的，按当地在岗职工平均工资的60%计算个人缴费工资基数。

个人账户储存额只用于工作人员养老，不得提前支取，每年按照国家统一公布的记账利率计算利息，免征利息税。参保人员死亡的，个人账户余额可以依法继承。

3、机关事业单位养老保险基本养老金的计发

在决定实施后参加工作、个人缴费年限累计满15年的人员，退休后按月发给基本养老金。基本养老金由基础养老金和个人账户养老金组成。退休时的基础养老金月标准以当地上年度在岗职工月平均工资和本人指数化月平均缴费工资的平均值为基数，缴费每满1年发给1%。个人账户养老金月标准为个人账户储存额除以计发月数，计发月数根据本人退休时城镇人口平均预期寿命、本人退休年龄、利息等因素确定。

个人账户养老金计发月数表

退休年龄	计发月数	退休年龄	计发月数
40	233	56	164
41	230	57	158
42	226	58	152
43	223	59	145
44	220	60	139
45	216	61	132
46	212	62	125
47	207	63	117
48	204	64	109
49	199	65	101
50	195	66	93
51	190	67	84
52	185	68	75
53	180	69	65
54	175	70	56
55	170		

机关事业单位养老保险改革前参加工作、实施后退休且缴费年限(含视同缴费年限,下同)累计满15年的人员,按照合理衔接、平稳过渡的原则,在发给基础养老金和个人账户养老金的基础上,再依据视同缴费年限长短发给过渡性养老金。

改革后达到退休年龄但个人缴费年限累计不满15年的人员,其基本养老保险关系处理和基本养老金计发比照《实施〈中华人民共和国社会保险法〉若干规定》(人力资源社会保障部令第13号)执行。

改革前已经退休的人员，继续按照国家规定的原待遇标准发放基本养老金，同时执行基本养老金调整办法。

机关事业单位离休人员仍按照国家统一规定发给离休费，并调整相关待遇。

4、如何对基金进行管理和监督

建立健全基本养老保险基金省级统筹；暂不具备条件的，可先实行省级基金调剂制度，明确各级人民政府征收、管理和支付的责任。机关事业单位基本养老保险基金单独建账，与企业职工基本养老保险基金分别管理使用。基金实行严格的预算管理，纳入社会保障基金财政专户，实行收支两条线管理，专款专用。依法加强基金监管，确保基金安全。

5、职业年金及其缴费规定

职业年金，是指机关事业单位及其工作人员在参加机关事业单位基本养老保险的基础上，建立的补充养老保险制度。

职业年金所需费用由单位和工作人员个人共同承担。单位缴纳职业年金费用的比例为本单位工资总额的8%，个人缴费比例为本人缴费工资的4%，由单位代扣。单位和个人缴费基数与机关事业单位工作人员基本养老保险缴费基数一致。

根据经济社会发展状况，国家适时调整单位和个人职业年金缴费的比例。

6、领取职业年金的条件

符合下列条件之一的可以领取职业年金：

（1）工作人员在达到国家规定的退休条件并依法办理退休手续后，由本人选择按月领取职业年金待遇的方式。可一次性用于购买商业养老保险产品，依据保险契约领取待遇并享受相应的继承权；可选择按照本人退休时对应的计发月数计发职业年金月待遇标准，

发完为止，同时职业年金个人账户余额享有继承权。本人选择任一领取方式后不再更改。

（2）出国（境）定居人员的职业年金个人账户资金，可根据本人要求一次性支付给本人。

（3）工作人员在职期间死亡的，其职业年金个人账户余额可以继承。

未达到上述职业年金领取条件之一的，不得从个人账户中提前提取资金。

四、失业保险政策

1、失业人员的范围

失业人员是指在劳动年龄内有劳动能力，目前无工作，并以某种方式正在寻找工作的人员。它包括两类：一类是指就业转失业的人员；另一类是指新生劳动力中未能实现就业的人员。

《失业保险条例》所指失业人员只限定为就业转失业的人员。

2、失业保险制度及其特点

失业保险制度是指国家通过立法强制实行，由社会集中建立基金，对非因本人意愿中断就业而失去工资收入的劳动者提供一定时期的物质帮助及再就业服务的一项社会保险制度。

失业保险制度是我国社会保障体系的重要组成部分，是社会保险的主要项目之一。它有以下几个主要特点：一是普遍性。二是强制性。三是互济性。

3、失业保险费的缴纳

按国务院《失业保险条例》规定：缴费单位按本单位工资总额的2%缴纳失业保险费，个人按本人工资总额的1%缴纳失业保险费。缴费单位和缴费个人应当以货币形式全额缴纳失业保险费。缴费个人应当缴纳的失业保险费由所在单位从其本人工资中代扣代缴。

根据上级文件，企业缴费基数按照养老保险缴费基数执行。本人月平均工资低于全省在岗职工平均工资60%的，按全省在岗职工月平均工资的60%作为缴费基数；超过全省在岗职工平均工资300%缴纳，按全省在岗职工月平均工资的300%，超过部分不计入缴费基数。

事业单位缴费基数按照医疗保险缴费基数执行。

根据2015年人力资源社会保障部、财政部《关于调整失业保险费率有关问题的通知》，单位和个人缴费具体比例由各地在充分考虑提高失业保险待遇、促进失业人员再就业、落实失业保险稳岗补贴政策等因素的基础上确定。

根据晋政办发〔2015〕27号《山西省人民政府办公厅关于调整失业保险费率的通知》的文件精神，自2015年3月1日起，失业保险费率由现行的3%降至2%，其中，用人单位缴费比例为1.5%，个人缴费比例为0.5%。

按照晋人社厅发〔2016〕31号《山西省人力资源和社会保障厅 山西省财政厅关于实施社会保险“降、补、缓”政策帮扶企业渡难关的通知》的文件精神，阶段性降低失业保险费率，从2016年5月1日起至2018年4月30日两年内，失业保障保险费率由现行的2%降至1.5%，其中，单位缴费比例由现行的1.5%降至1%，个人部分缴费比例不变，仍为0.5%。

根据人力资源社会保障部、财政部《关于阶段性降低失业保险费率有关问题的通知》（人社部发〔2017〕14号）及山西省人社厅、财政厅《关于阶段性降低失业保险费率的通知》（晋人社厅发〔2017〕28号）的文件精神，阶段性降低失业保险费率，从2017年1月1日起，我省失业保险总费率由现行的1.5%降低至1%。其中，单位部分缴费比例有现行的1%降至0.7%，个人部分缴费比例由现行的0.5%降至0.3%，降低费率的期限执行至2018年4月30日。

根据长治市失业保险管理服务中心文件《关于二〇一八年缴纳事业保险费基数申报的通知》（长失险〔2018〕11号）文件精神，降低费率（即单位缴费比例0.7%,个人缴费比例0.3%）期限延长至2018年12月31日。

4、应参加失业保险单位及个人

城镇企业事业单位及其职工、社会团体及其专职人员、民办非企业单位及其职工、有雇工的城镇个体工商户及其雇工应当依法参加失业保险并按规定缴纳失业保险费。

5、失业人员可以享受的失业保险待遇

(1) 按月领取的失业保险金。

(2) 领取失业保险金期间参加职工基本医疗保险，享受基本医疗保险待遇。失业人员应当缴纳的基本医疗保险费从失业保险基金中支付，个人不缴纳基本医疗保险费。

(3) 根据《山西省人社厅、山西省财政厅关于为领取失业保险金的失业人员发放取暖补贴的通知》（晋人社厅发〔2014〕19号）文件的精神，从2013年冬季取暖期开始，为在取暖期内领取失业保险金的失业人员按月发放取暖补贴（一次性领取失业保险金的，不发放取暖补贴；停止领取失业保障金的，停止发放取暖补贴）。补贴标准按照山西省企业退休人员取暖补贴标准的五分之一执行。

(4) 领取失业保险金期间正常死亡的失业人员的丧葬补助金及其供养的配偶、直系亲属的抚恤金。

(5) 领取失业保险金期间按规定免费接受失业保险经办机构指定机构提供的职业介绍、职业培训服务。

6、失业保险金的领取期限和标准

我省失业人员领取失业保险金的期限，主要根据失业人员失业前所在单位和本人累计缴纳失业保险费的时间来确定。最短的可以领取3个月，最长的可以领取24个月。分别是（1）累计缴纳失业保险费满一年不满两年的，领取失业保险金的期限为3个月；（2）累计缴纳失业保险费满两年不满三年的，领取失业保险金的期限为6个月；（3）累计缴纳失业保险费满三年不满四年的，领取失业保险金的期限为9个月；（4）累计缴纳失业保险费满四年不满五年的，

领取失业保险金的期限为12个月；（5）累计缴纳失业保险费满五年不满六年的，领取失业保险金的期限为14个月；（6）累计缴纳失业保险费满六年的，领取失业保险金的期限为15个月；以后每增加一年，领取失业保险金的期限增加一个月，但最长不超过24个月。

为进一步提高失业人员收入水平，使失业人员共享经济社会发展成果,经省政府同意，自2018年5月1日起，失业保险金标准计发比例调整为当地最低工资标准的80%。今后失业保险金标准按此比例随最低工资标准调整自行调整。失业保险基金实行市级统筹统一调剂使用的市，统筹区域内城镇失业人员失业保险金标准低于市政府所在地标准的，按市政府所在地标准执行。

失业人员要领取失业保险金需满足三个条件：失业前用人单位和本人已缴纳失业保险费满一年；非本人意愿中断就业；已经进行了失业登记，并有求职要求。失业保险金自办理失业登记之日起计算，由社会保险经办机构按月发放。

7、为何要为失业人员提供免费职业培训和职业介绍服务

失业保险制度具有两个基本功能：一是保障失业人员基本生活；二是促进失业人员再就业。基本生活保障主要是发放失业保险金和其他失业保险待遇；促进再就业主要是为失业人员提供免费职业培训和职业介绍服务，促进其尽快实现再就业，从根本上解决失业人员的生活。因此，失业人员在领取失业保险金期间，从失业保险基金中列支职业培训和职业介绍补贴，为失业人员提供免费职业培训和职业介绍服务，这是失业保险促进失业人员再就业基本功能的直接体现。

8、失业人员在享受失业保险待遇期间可享受的就业服务

按照失业保险和就业服务的有关规定，失业者在领取失业保险待遇期间，可以享受以下就业服务：

（一）职业介绍服务。失业者在领取失业保险待遇期间，可以不受任何限制到职业介绍机构进行求职。我省规定，领取失业保险金期间的失业人员可以免费接受两次职业介绍服务。

（二）职业培训服务。我省规定，领取失业保险金期间的失业人员可以免费接受一次培训，培训时间为7天（或满30个课时）至30天（或满120个课时）。

（三）职业指导服务。失业者在领取失业保险待遇期间，如果在求职中遇到困难和障碍，或者想知道更多的与职业有关的知识，或者想创办自己的经济实体，自谋职业，皆可以到失业保险经办机构指定的职业指导机构接受职业指导。

9、再次失业者领取失业保险金期限的计算

《失业保险条例》规定，重新就业后，再次失业的，缴费时间重新计算，领取失业保险期限可与前次失业应领取而尚未领取的失业保险金期限合并计算，但是最长不得超过24个月。

五、城镇职工基本医疗保险政策

1、长治市城镇职工基本医疗保险覆盖的范围

长治市城镇职工基本医疗保险覆盖的范围包括长治市行政区域内的各级国家机关、事业单位、社会团体、城镇各类企业、个体经济组织、民办非企业单位（以下统称用人单位）及其职工（含与单位建立了劳动关系的农村进城务工人员）和退休人员，灵活就业人员。

2、城镇职工基本医疗保险费缴纳比例

城镇职工基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳。用人单位以上年度单位职工工资总额为基数，按6.3%缴纳，职工个人以本人上年度工资总额为基数，按2%缴纳；退休人员个人不缴纳。

3、基本医疗保险缴费基数确定

用人单位以国家规定的职工工资总额为缴费基数；职工以本人上年度月平均工资收入为缴费基数。用人单位职工工资总额低于全省上年度在岗职工平均工资总额60%的，按60%核定缴费基数；高于300%的，按300%核定。

4、灵活就业人员的参保政策

城镇灵活就业人员，是指行政区域境内符合法定就业年龄并具有劳动能力的城镇个体经济组织业主（包括个体工商户）及其从业人员、自由职业者以及非全日制、临时性、弹性工作等灵活形式就业的从业人员。

灵活就业人员参加基本医疗保险，由本人持有效身份证件、户口簿和有关资料，到当地医疗保险经办机构办理参保手续。缴费基数为长治市上年度职工平均工资，缴费比例为8.3%。个体经济组织

从业人员所缴基本医疗保险费，由业主缴纳6.3%，个人缴纳2%。灵活就业人员缴纳的医疗保险费，纳入基本医疗保险基金统一管理。

5、个人账户的配置比例

在职职工个人缴纳的基本医疗保险费全部计入个人账户。用人单位缴纳的基本医疗保险费按参保人员不同年龄段和比例计入个人账户，具体标准为：在职人员45周岁以下按本人年缴费工资的1%记入；46周岁以上按本人年缴费工资的1.5%记入；退休人员按3.5%记入。

6、个人账户的支付范围

个人账户用于支付门诊医疗费用、定点零售药店购药，以及住院医疗费用属个人负担的部分。个人账户资金归参保人员个人所有，年终结余部分，转入下一年度继续使用，并按规定计息，不得支取现金或挪作他用。

7、统筹基金的支付范围

统筹基金用于支付参保人员在定点医疗机构发生的符合山西省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围标准规定的支付范围的急诊急救费用、住院医疗费用，以及特殊慢性病门诊费用。参保人员发生的医疗费用报销时超出规定的统筹基金不予支付。

另外，参保人员发生的符合规定的急诊门诊、住院和特殊慢性病门诊医疗费用，统筹基金实行起付标准和最高支付限额控制。对起付标准以下和最高支付限额以上医疗费用，统筹基金不予支付。

8、城镇职工基本医疗保险待遇时间的规定

灵活就业人员按规定参加基本医疗保险并及时足额缴费的，从首次缴费起6个月后享受基本医疗保险待遇。终止基本医疗保险关系后，从停止缴费的次月起停止享受基本医疗保险待遇，个人账户余额可继续使用。

用人单位和参保人员不按时缴纳基本医疗保险费时，从欠费次月起，暂停其基本医疗保险待遇。在6个月内补缴欠费本金、利息和滞纳金，可由欠费次月继续享受医疗保险待遇，补划个人账户。超过6个月补缴欠费的，只补划个人账户，期间参保人员发生的住院医疗费由用人单位或个人负责。

城镇职工基本医疗保险参保年度为每年的7月1日至次年的6月30日。

9、统筹基金的最高支付限额

统筹基金的最高支付限额就是通常所说的统筹基金支付的“封顶线”，是指由统筹基金所支付医疗费用的最高限额。超出最高支付限额以上的医疗费用，则不在基本医疗保险范围内解决，由大额补充医疗保险解决。2014年度长治市（包括县区）城镇职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额提高到了6万元（2015年7月1日起执行）。

10、县城城镇职工基本医疗保险起付标准和支付比例

参保人员患病住院治疗，统筹基金的起付标准：三级医院800元，二级医院500元，一级医院300元。起付标准按次计算。

参保人员住院医疗费用报销比例是：在职职工：三级医院85%，二级医院88%，一级医院91%；退休人员：三级医院90%，二级医院93%，一级医院95%。

11、统筹区内住院发生的医疗费用的报销

凡参加城镇职工基本医疗保险的人员，因病情需要住院时，可凭医疗保险经办机构发放的《社会保障卡》到市内定点医疗机构就诊。参保人员治疗终结后，出院时只需交清个人自付部分费用，属于统筹基金支付的费用由医疗保险经办机构对定点医疗机构进行结算。

12、转外地住院发生的医疗费用的报销

当参保人员因病情需要转统筹区外医院住院治疗的，参保人员需要先填写医疗保险经办机构提供的《转院审批表》，由首诊医院科主任填写转院理由，医院分管院长签署意见，并加盖公章；然后拿社会保障卡和转院审批表到医保中心办理转诊备案手续后方可转院。转外地医疗机构发生的医疗费用可直接结算，不可直接结算的由个人先行垫付，医疗终结后持以下资料到当地医疗保险经办机构报销：

（1）转院审批表；（2）《社会保障卡》复印件；（3）病历复印件（加盖公章及骑缝章）；（4）住院费用清单（加盖公章）；（5）住院结算收据；（6）出院证、诊断证明。

发生的符合统筹基金支付范围的转外地住院医疗费用按70%支付。参保人员未办理转院审批手续，自行住院发生的医疗费用统筹基金不予支付。

13、异地安置人员医疗费用的报销规定

异地参保人员是指本市参保，统筹区外异地安置、长期异地居住的退休人员和因工作需要长期异地工作的人员。异地参保人员需填写《长治市城镇职工异地安置审批表》，经医疗保险经办机构审批登记后，方可享受异地参保人员有关待遇。

异地参保人员因病住院时，须在经审批的异地定点医疗机构进行住院治疗，医疗终结后可在医院直接报销。因其它原因不能直接报销的，持以下资料到当地医疗保险经办机构报销：（1）《长治市城镇职工异地安置审批表》复印件；（2）《社会保障卡》复印件；（3）病历复印件（加盖公章及骑缝章）；（4）住院费用清单（加盖公章）；（5）住院结算收据；（6）出院证、诊断证明；

发生的符合统筹基金支付范围的转外地住院医疗费用享受统筹

区内定点医疗机构住院治疗报销待遇。

14、特殊慢性病包括的具体内容

(1) 尿毒症门诊透析治疗(项目结算);(2) 器官移植术后口服抗排异药物治疗(项目结算);(3) 肾病综合症;(4) 恶性肿瘤(项目结算);(5) 脑血管病后遗症致神经功能缺损;(6) 高血压Ⅲ级;(7) 糖尿病;(8) 冠心病;(9) 重度精神分裂症(10) 帕金森病;(11) 类风湿关节炎;(12) 强直性脊柱炎;(13) 系统性红斑狼疮;(14) 慢性中(重)度病毒性肝炎;(15) 再生障碍性贫血(项目结算);(16) 血友病(项目结算);(17) 慢性肺源性心脏病;(18) 活动性肺结核;(19) 慢性肾衰竭非透析治疗。

具体鉴定标准按长治市城镇职工基本医疗保险特殊慢性病门诊规定执行。经审批的特殊慢性病门诊医疗费用,除个人负担部分外,其余部分由定点医疗机构与当地医疗保险经办机构采用定额和项目两种方式进行直接结算。按定额结算的病种,个人负担30%;按项目结算的病种,个人负担20%。

15、统筹基金不予支付的情形

参保人员发生的住院医疗费用有下列情形之一的,统筹基金不予支付:

(1) 在本市非定点医疗机构治疗的(急诊除外);(2) 未经批准转外地医疗机构治疗的;(3) 不符合山西省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围标准的;(4) 私自涂改处方或自行开方索取的;(5) 在国外或者香港、澳门特别行政区以及台湾地区治疗的;(6) 因违法犯罪、打架斗殴、酗酒、自残、自杀、吸毒以及交通事故、医疗事故等造成伤害进行治疗的;(7) 按照国家和省规定应当由个人支付的。

16、大额补充医疗保险及缴费标准

大额补充医疗保险是为了解决参加城镇职工基本医疗保险的人员因患病住院，所发生的医疗费用超过统筹基金最高支付限额以上的部分而建立的一种补充医疗保险制度。大病补充医疗保险统筹基金筹资标准为每人（含退休人员）每月10元，由参保单位和参保人员共同缴纳，单位部分每人每月3元，个人部分每人每月7元，按年一次性缴纳。

17、大额补充医疗保险的报销规定

参保人员住院医疗费用报销超过基本医疗保险最高支付限额的，其超出部分医疗费用由个人先行垫付，医疗终结后持以下资料到当地医疗保险经办机构理赔：

（1）住院病历复印件（加盖公章及骑缝章）；（2）住院结算收据；（3）住院费用清单（加盖公章）；（4）《社会保障卡》复印件；（5）出院证、诊断证明；（6）身份证复印件。

符合大额补充医疗保险支付范围的统筹区内定点医疗机构住院、特殊慢性病门诊及异地安置人员住院所发生的医疗费用，由大额补充医疗保险统筹基金支付85%，个人负担15%。经审批转院或急诊、急救在非定点医疗机构住院发生的医疗费用，大额补充医疗保险统筹基金支付75%，个人负担25%。特殊慢性病门诊发生的医疗费用，按定额结算的病种，大额补充医疗保险基金支付70%，个人负担30%。按项目结算的病种，大额补充医疗保险基金支付80%，个人负担20%。一个保险年度内，大额补充医疗保险统筹基金最高支付额为40万元（从2015年7月1日起执行）。

六、城乡居民医疗保险政策

1、城乡居民基本医疗保险制度的概念

城乡居民基本医疗保险制度是为了实现城乡居民公平享有基本医疗保险权益，将城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗保险两项制度统一整合后建立的一项基本医疗保险制度。根据山西省人民政府《关于进一步完善城乡居民医疗保险政策的通知》(晋政发〔2017〕36号)文件精神，两项制度整合后执行统一的医保政策，实现“六统一”即：统一覆盖范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一基金管理。目前，我县按照长治市人社局、长治市财政局印发的《长治市城乡居民基本医疗保险暂行办法》（长人社发〔2017〕81号）和《关于进一步完善城乡居民医疗保险政策的通知》（长人社发〔2017〕124号）文件的相关规定执行。

2、可以参加城乡居民基本医疗保险的人群

城乡居民基本医疗保险实行全市统筹。参加城乡居民医保的人群覆盖范围包括：原有城镇居民医保和新农合所有应参保(合)人员，即覆盖除职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民。农民工和灵活就业人员依法参加职工基本医疗保险有困难的可按照当地规定参加城乡居民医保。

3、参加城乡居民基本医疗保险的缴费

参保居民应于每年规定时间内按基本医疗保险费缴费标准一次性缴纳医疗保险费，逾期不再办理缴费事宜。

城乡居民基本医疗保险费一经缴纳不再退还。凡未按时缴费而影响个人待遇享受的责任自负。

4、城乡居民基本医疗保险缴费标准

2019年城乡居民基本医疗保险个人缴费标准为：每人220元/年。

5、城乡居民基本医疗保险门诊待遇政策

城乡居民门诊统筹基金标准统一提高为每人每年100元。主要用于支付本人在定点医疗机构发生的医药费、医事服务费、家庭医生签约服务等普通门诊医药费用。年内未使用下年度连续参保缴费的可结转下年度累计使用，但不得用于冲抵下一年度参保费。

同时，建立门诊慢性病保障制度，门诊慢性病病种在省定35个病种的基础上增加恶性肿瘤、地方病和器官移植术后口服抗排异药物治疗，共计38个病种。

6、城乡居民基本医疗保险住院待遇政策

(1) 住院待遇标准(按医院级别分)

医疗机构	三类收费标准（二级乙等及以下）	二类收费标准（三级乙等及二级甲等）		一类收费标准（三级甲等）	
		县级	省、市级	省、市级	省外
起付标准	100元	400元	500元	1000元	1500元
支付比例	85%	75%	70%	60%	55%

(2) 最高支付限额。年度内城乡居民基本医疗保险统筹基金支付住院费用的封顶线为7万元。

(3) 降低起付标准。参保人员年内二次以后住院费用报销起付标准比现行起付标准降低50%。

(4) 统一用药品种范围。农村居民与城镇居民执行全省统一的医保药品目录。

(5)转外地就医。参保人员因病情需要到统筹地区以外住院就医须办理转诊备案手续。未按规定办理转诊备案到统筹地区以外住院的参保人员，支付比例按在同级的基础上降低 10%。

(6)意外伤害报销。对参保城乡居民无责任方的意外伤害住院费用，经审核、调查、公示，情况属实无异议，可纳入支付范围。具体支付办法为:14 周岁以下(含 14 周岁)和 60 周岁以上(含 60 周岁)的参保城乡居民无责任方意外仿害住院时，住院补偿范围内费用在同级补偿比例基础上降低 10%；15 周岁至 59 周岁的参保城乡居民无责任方意外伤害住院时，住院补偿范围内费用在同级支付比例基础上降低 10%，支付限额最高 2 万元封顶。

(7) 急诊门诊费用报销。将急诊的门诊费用(包含死亡)纳入支付范围；急诊转住院的，与住院费一并结算，支付比例按照同级医疗机构待遇标准执行。

7、城乡居民基本医疗保险大病保险待遇

参保人员住院发生的医疗费用，经医保报销后，个人自付合规医疗费用超过起付标准以上的部分，按如下标准支付：

(1)起付标准和最高支付限额。年内起付标准为 1 万元，在一个年度内参保患者大病保险资金按规定支付的最高限额为 40 万元，包括年度内二次补偿金额。单次医疗费用未超过起付线，但年内经多次住院且累计超过起付线的，在结算年度末给予一次性报销（年内多次住院中，只要存在在统筹地区外就医未按规定办理转诊备案手续的情况，大病保险支付比例降低 10%）。

(2)支付比例。取消大病保险分段补偿办法，起付标准以上至 40 万元以下的部分，由大病医疗保险资金统一按 75%的比例支付。

(3)二次补偿。城乡居民大病医疗保险资金按规定支付后，政策范围内个人自付超过 5 万元以上部分,再按 50%的比例给予支付。

（4）参保居民办理大病保险的赔付手续

参保居民大病保险赔付的医疗费用先由个人垫付，医疗终结后持以下资料到参保地医疗保险经办机构办理赔付手续：（1）社会保障卡原件及复印件；（2）住院病历复印件（加盖公章及骑缝章）；（3）住院费用清单（加盖公章）；（4）住院结算收据；（5）出院证、诊断证明；（6）医疗保险经办机构有关审批手续。

8、转外地医院就医未直接报销的审批和手续

当参保居民因病情需要转外地医院住院治疗而未直接报销的，需要填写《城乡居民转院审批表》，由当地医院科主任填写转院理由，分管院长签署意见，并加盖公章报医疗保险经办机构审核批准后方可转院，否则一概不予报销。转外地医院发生的医疗费用由个人先行垫付，医疗终结后三个月内，持以下资料到当地医疗保险经办机构报销：（1）《城乡居民转院审批表》；（2）社会保障卡复印件；（3）住院病历复印件（加盖公章及骑缝章）；（4）住院费用清单（加盖公章）；（5）住院结算收据；（6）出院证、诊断证明。

9、慢性病的审批和报销手续

参保人员患有规定的门诊特殊慢性病病种，持近一年内二级甲等及以上医疗机构出具的病历的病历复印件和相关化验、检查等资料，以及患者身份证、社会保障卡（原件及复印件），填写《城乡居民医疗保险门诊慢性病申报、审批表》，到参保地经办机构指定的慢性病鉴定医疗机构（二级甲等及以上医疗机构）进行鉴定。城乡居民医保门诊慢性病专家鉴定小组负责当地城乡居民慢性病的鉴定，至少由3名鉴定组成员和1名组长（副组长）签字，并由鉴定医疗机构盖章后确定。

10、不能纳入城乡居民基本医疗保险统筹基金支付的范围

（1）在本市非定点医疗机构治疗的（急诊除外）；

(2) 不符合山西省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围标准的；超过一次性医用材料及体内植入材料限额支付标准以上的；健康体检、计划免疫、预防保健、健康教育等公共卫生服务的费用；

(3) 私自涂改处方或自行开方索取的药品费用；

(4) 在国外或者香港、澳门特别行政区以及台湾地区治疗的；

(5) 因违法犯罪、打架斗殴、酗酒、自残、自杀、吸毒以及交通事故、医疗事故等造成伤害进行治疗的；

(6) 按照法律法规规定应当由个人或第三人支付的。

七、生育保险政策

1、生育保险参保范围

凡参加城镇职工基本医疗保险的用人单位都要参加生育保险。生育保险与城镇职工基本医疗保险保持一致，实行统一参保，统一征缴，统一管理，分别运行的管理方式。

2、生育保险缴费比例

生育保险基金按照以支定收，收支平衡的原则，用人单位按照单位职工工资总额的0.5%缴纳生育保险费。职工个人不缴纳生育保险费。用人单位按规定参加生育保险并履行连续缴费义务满3个月(生育津贴需履行连续缴费义务满9个月)、职工生育或实施计划生育手术符合国家、省及我市人口与计划生育政策规定的，可享受生育保险待遇。

3、生育保险待遇有关问题

(一) 生育津贴：女职工在产假期间按照以下标准享受生育津贴：

女职工生育享受98天生育津贴。难产的，增加生育津贴15天；生育多胞胎的，每多生育一个婴儿，增加生育津贴15天。

女职工怀孕不满3个月流产的，享受生育津贴15天；3个月不满4个月流产的，享受生育津贴30天；4个月不满7个月流产的，享受生育津贴42天；满7个月引产的，享受生育津贴98天。

生育津贴按照女职工所在用人单位年度职工月平均工资除以30天再乘以生育津贴计发天数计发，高于本人工资的全额计发，低于本人工资的，由用人单位补足。

(二) 生育医疗费用

生育医疗费用包括女职工因怀孕、生育发生的产前检查费、接生费、手术费、住院费和药品费。

男职工参保其配偶未参保，可享受生育医疗费用，标准为原女职工的100%。

（三）计划生育手术费

计划生育手术费用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（精）管结扎与复通术所发生的医疗费用（包括手术费、检查费、住院费和药品费）。

4、生育保险基金支付医疗费用的标准

生育保险基金支付医疗费用，采取按定额、项目和限额支付相结合的方式。具体支付方式和标准：

（一）定额支付

（1）自然分娩：三级医院2700元、二级医院2000元、一级医院1600元。

（2）人工干预分娩（自然分娩+人工干预分娩价格）

人工干预分娩包括：人工剥离胎盘术：三级医院100元、二级医院85元、一级医院65元；宫颈裂伤：三级医院100元、二级医院85元、一级医院65元；产道壁血肿切开术：三级医院200元、二级医院170元、一级医院130元；单胎产钳术：三级医院700元、二级医院595元、一级医院455元；单胎臀位牵引术：三级医院700元、二级医院595元、一级医院455元；胎头吸引术：三级医院700元、二级医院595元、一级医院455元；内倒转术：三级医院200元、二级医院170元、一级医院130元；毁胎手术分娩：三级医院400元、二级医院340元、一级医院260元；外倒转术：三级医院100元、二级医院85元、一级医院65元；子宫内口缝合术：三级医院200元，二级医院170元，一级医院130元。

(3) 剖宫产不伴其他手术：三级医院5000元、二级医院3800元、一级医院3300元。

(4) 剖宫产伴其他手术（剖宫产+伴手术价格）

其他手术包括：卵巢囊肿切除术（单侧）：三级医院200元、二级医院170元、一级医院130元；子宫肌瘤剔除术：三级医院350元、二级医院298元、一级医院228元；绝育术：三级医院50元、二级医院43元、一级医院33元；子宫全切术：三级医院450元、二级医院383元、一级医院293元；阑尾切除术：三级医院200元、二级医院170元、一级医院130元；子宫次切术：三级医院500元，二级医院425元，一级医院325元；输卵管结扎术：三级医院100元，二级医院85元，一级医院70元。以上分娩方式每增加一胎，定额支付标准提高10%。

(5) 引产：三级医院1700元、二级医院1600元、一级医院1500元。引产包括：羊膜腔内（外）注射引产、水囊引产和药物引产。

(6) 住院人工流产：三级医院950元、二级医院818元、一级医院692元。

(7) 门诊人工流产：三级医院400元、二级医院340元、一级医院280元。

(8) 放置宫内节育器320元。

(9) 取出宫内节育器100元。

(10) 输卵（精）管结扎术：三级医院1200元、二级医院1100元、一级医院1000元。

(11) 生育合并症：无起付线，三级医院85%，二级医院88%，一级医院91%。

(二) 按项目付费：输卵（精）管复通术；出现嵌顿、断裂、变形、异位或绝经期1年以上，施行宫内节育器取出术；生育并发症。

（三）限额支付：女职工生育或终止妊娠发生的产前检查费。

不满12周的，产前检查费限额为100元； 满12周不满16周的，产前检查费限额为300元； 满16周不满28周的，产前检查费限额为500元； 满28周至分娩的，产前检查费限额为800元；

检查费用在限额以内的，生育保险基金按实际发生额支付；超出限额的，生育保险基金按限额标准支付。

5、女职工在怀孕后如何办理备案手续

女职工在怀孕12周内，由本人携带妊娠诊断证明、社会保障卡等到医疗保险经办机构办理备案手续。

6、生育医疗费用和津贴的结算

在协议医疗机构发生的生育医疗费用，由协议医疗机构结算。发生生育保险基金不予支付的费用，由本人负担。在协议医疗机构发生的产前检查费用、计划生育手术费用和经批准在非协议医疗机构发生的生育及计划生育医疗费用，先由个人现金垫付。终止妊娠或施行完计划生育手术后，由单位医保专管员持职工本人的医院结算单、出院证、婴儿出生医学证明、产前费用结算单等，到医疗保险经办机构办理费用结算和生育津贴申领手续。

7、长期住外地职工如何就诊

长期在外地工作的职工，可以到本人在当地选定的基本医疗保险定点医疗机构生产或就医。须办理转诊的，执行城镇职工基本医疗保险转诊的有关规定。

八、工伤保险政策

1、工伤保险覆盖的范围

中华人民共和国境内的企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织和有雇工的个体工商户（以下称用人单位）应当按照条例规定参加工伤保险，为本单位全部职工或者雇工（以下称职工）缴纳工伤保险费。中华人民共和国境内的企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位工会、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织的职工和个体工商户的雇工，均有依照条例的规定享受工伤保险待遇的权利。

2、工伤保险的缴费规定

用人单位应当按时缴纳工伤保险费。职工个人不缴纳工伤保险费。工伤保险费根据以支定收、收支平衡的原则，确定费率。

国家根据不同行业的工伤风险程度确定行业的差别费率，并根据工伤保险费使用、工伤发生率等情况在每个行业内确定若干费率档次。行业差别费率及行业内费率档次由国务院社会保险行政部门制定，报国务院批准后公布施行。

统筹地区经办机构根据用人单位工伤保险费使用、工伤发生率等情况，适用所属行业内相应的费率档次确定单位缴费费率。

用人单位缴纳工伤保险费的数额为本单位职工工资总额乘以单位缴费费率之积，缴费费率按单位性质分为8个类别，分别为0.2%、0.4%、0.7%、0.9%、1.1%、1.3%、1.6%、1.9%。

3、工伤的范围认定

根据《工伤保险条例》规定，工伤分为两种情况：一种是应当认定为工伤的情形，一种是视同工伤的情形。

有下列情形之一的，应当认定为工伤：

（一）在工作时间和工作场所内，因工作原因受到事故伤害的；
（二）工作时间前后在工作场所内，从事与工作有关的预备性或者收尾性工作受到事故伤害的；（三）在工作时间和工作场所内因履行工作职责受到暴力等意外伤害的；（四）患职业病的；（五）因工外出期间，由于工作原因受到伤害或者发生事故下落不明的；（六）在上下班途中、受到非本人主要责任的交通事故或者城市轨道交通、客运轮渡、火车事故伤害的；（七）法律、行政法规规定应当认定为工伤的其他情形。

职工有下列情形之一的，视同工伤：

（一）在工作时间和工作岗位，突发疾病死亡或者在48小时之内经抢救无效死亡的；（二）在抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中受到伤害的；（三）职工原在军队服役，因战、因公负伤致残，已取得革命伤残军人证，到用人单位后旧伤复发的。

职工有前款第（一）项、第（二）项情形的，按照本条例的有关规定享受工伤保险待遇；职工有前款第（三）项情形的，按照本条例的有关规定享受除一次性伤残补助金以外的工伤保险待遇。

有下列情形之一的，不得认定为工伤或者视同工伤：

（一）故意犯罪的；（二）醉酒或者吸毒的；（三）自残或者自杀的。

4、工伤保险的待遇

（一）职工住院治疗工伤的伙食补助费，以及经医疗机构出具证明，报经办机构同意，工伤职工到统筹地区以外就医所需的交通、食宿费用从工伤保险基金支付。

（二）一次性伤残补助金：一级伤残为27个月的本人工资；二级伤残为25个月的本人工资；三级伤残为23个月的本人工资；四级

伤残为21个月的本人工资；五级伤残为18个月的本人工资；六级伤残为16个月的本人工资；七级伤残为13个月的本人工资；八级伤残为11个月的本人工资；九级伤残为9个月的本人工资；十级伤残为7个月的本人工资。

（三）伤残津贴：一级伤残为本人工资的90%；二级伤残为本人工资的85%；三级伤残为本人工资的80%；四级伤残为本人工资的75%。

伤残津贴实际金额低于当地最低工资标准的，由工伤保险基金补足差额。

（四）护理费：生活护理费按照生活完全不能自理、生活大部分不能自理或者生活部分不能自理3个不同等级支付，其标准分别为统筹地区上年度 职工月平均工资的50%、40%和30%。

（五）工亡待遇：职工因工死亡，其近亲属按照下列规定从工伤保险基金领取丧葬补助金、供养亲属抚恤金和一次性工亡补助金：

（1）丧葬补助金为6个月的统筹地区上年度职工月平均工资；

（2）供养亲属抚恤金按照职工本人工资的一定比例发给由因工死亡职工生前提供主要生活来源、无劳动能力的亲属。标准为：配偶每月40%，其他亲属每人每月30%，孤寡老人或者孤儿每人每月在上述标准的基础上增加10%。核定的各供养亲属的抚恤金之和不应高于因工死亡职工生前的工资。供养亲属的具体范围由国务院社会保险行政部门规定；

（3）一次性工亡补助金标准为上一年度全国城镇居民人均可支配收入的20倍。

劳动、聘用合同期满终止，或者职工本人提出解除劳动合同、聘用合同的，由工伤保险基金支付一次性工伤医疗补助金，由用人单位支付一次性伤残就业补助金。

九、城乡居民最低生活保障政策

1、城乡居民最低生活保障的范围

持有我县户口的城市居民，凡共同生活的家庭成员人均收入低于当地城市居民最低生活保障标准的，均可申请城市最低生活保障待遇。

持有我县农业户口的农村居民，凡共同生活的家庭成员人均收入低于当地农村最低生活保障标准的，均可申请农村最低生活保障待遇。

2、如何申请城乡居民最低生活保障待遇

凡认为符合条件的家庭，都可直接向居住地的乡镇人民政府（街道办事处）提出最低生活保障申请。受最低生活保障申请人委托，村（居）委可代其向乡镇人民政府（街道办事处）提交低保书面申请及相关材料。提出申请时需提供以下材料：

（1）家庭基本情况证明：户口本、身份证；书面申请；离婚证或法院判决、诊断书、残疾证等相关证明。

（2）收入证明：从业人员工作单位出具的收入证明；失业人员在当地公共就业服务机构办理的失业登记证明及村（居）委出具的失业证明；人力资源社会保障部门出具的有关保险证明。

（3）赡抚养人证明。

（4）其它相关证明材料。

3、审核审批城乡居民最低生活保障的程序

乡镇人民政府（街道办事处）在村（居）民委员会协助下，对申请人声明的家庭收入、赡抚养人情况及实际生活状况逐一调查核实。调查可采取入户、邻里走访、信息核对、信函索证等方式进行。

调查结束后，由专人根据当地的家庭收入和财产核算与评估办法，对申请人的家庭收入进行初步核算，家庭收入低于最低生活保障标准的，提交民主评议。

民主评议由乡镇人民政府（街道办事处）组织。乡镇人民政府（街道办事处）工作人员根据现场评议情况，对调查核算的申请人家庭经济状况做出结论。民主评议争议较大的低保申请，乡镇人民政府（街道办事处）进一步核实情况，由乡镇党委会议集体研究，提出审核意见。

县级人民政府民政局对审核情况进行进一步核实，核实无误的经集体研究予以审批。对符合低保条件的，审批后报市民政局备案存档。并由县市区民政局发放《长治市城乡居民最低生活保障证》。

4、家庭成员的认定

城乡低保是以家庭为单位计算收入，确定能否享受城乡低保待遇。包括：户主、配偶、未成年子女、正在接受全日制本科及以下学历教育的已成年子女。

5、家庭收入和财产的包括内容

家庭收入指认定的同一家庭成员或通过家庭财产获得的各类可支配收入。主要包括：

（1）工资性收入，指通过劳动获得的各种报酬。主要指固定职业、兼职、零星劳动等各种收入。

（2）转移性收入，指单位、社会团体及家庭间的转移支付。主要指离退休金、失业救济金、单位辞退金、遗属补助，各类生活补偿及赡养、抚养费等。

（3）资产性收入，指通过家庭动产、不动产获得的收入。主要指通过承包土地、房屋、车辆等获得的实物、货币收入，存款、股票等有偿证券获得的利息、红利。

(4) 经营性收入，指个体户的营业销售收入。主要指有固定门面、摊位或通过直销、流动销售等各种形式获得的收入。

6、哪些收入不计入家庭收入

(1) 对国家、社会和人民做出特殊贡献、政府给予的奖金和奖品。

(2) 优抚对象享受的抚恤金、补助金、护理费和保障金。

(3) 在校就读子女的奖学金、助学金。

(4) 独生子女费和丧葬费。

(5) 城乡居民养老保险、当地政府或集体的高龄补贴等暂不计入收入。

7、城乡居民最低生活保障金的领取和发放

城市低保资金按月发放，农村低保资金按季发放。最低生活保障对象凭银行领取折、保障证和身份证等有效证件在代办银行前台领取。

8、如何对保障资格进行复核

最低生活保障对象实行分类动态管理。

(1) 新申请对象的审批时限

乡镇人民政府（街道办事处）每月集中一次受理低保申请。受理后，30个工作日内办理审核手续。县级民政部门收到乡镇人民政府（街道办事处）审核手续后，30个工作日内做出审批结果。符合条件的要及时纳入保障范围，不符合低保条件的，审核或审批机关要书面告知并做好政策解释。

(2) 已纳入对象的复核周期

城市低保对象：40周岁以下的，每季度复核一次；40周岁以上的和分类施保对象，每半年复核一次；“三无”人员，一年复核一次。农村低保对象，一年复核一次。

(3) 保障对象的终止

对于保障期未满，因家庭收入增加、保障对象死亡等家庭情况发生变化或经人举报不符合条件的，要随时终止。

9、城乡低保的分类施保

城乡低保在差额补助的基础上实行分类施保。其中，特殊困难对象的补助金额，可在应得补差的基础上再每人每月提高低保标准的10%，但提高后的补差不得超过当地的城乡低保标准。分类施保对象主要包括以下四类：

（1）大重病家庭

家庭成员患重大疾病，保障期内一次性自付医药费达到全家领取年保障金的40%以上。

（2）病残家庭

家庭主要成员因病、因残基本丧失劳动能力，且有抚养义务，家庭负担较重的。

（3）单亲家庭

因丧偶、离异等原因造成只有父（母）一方和未成年子女生活的。

（4）子女上学困难家庭

家庭中有子女正在上大学；有多个子女上学，其中有上中专或高中的。

同一家庭同时符合上述两项或两项以上条件的，按其中一项享受。

10、如何进行公示

最低生活保障实行审核、审批两榜公示，每榜公示期为7天。乡镇人民政府（街道办事处）公示入户调查、民主评议和审核结果，县级人民政府民政部门公示审批结果。公示统一在申请人居住地的社区进行。

11、城乡低保对象应履行的义务

保障对象应及时向乡镇人民政府（街道办事处）或社区（村）

居委会、报告家庭人员及收入变化情况，主动配合社区居委会或审批机关的定期审查。在就业年龄内有劳动能力但尚未就业的保障对象，在享受城市低保待遇期间，应当接受有关部门介绍的工作，参加所在社区居委会组织的公益性社区服务劳动。

12、2019年我县的城乡低保标准

根据长治市人民政府办公厅《关于调整2018年全市城乡居民最低生活保障标准的通知》（长政办发〔2018〕76号）从2018年1月1日起，我县分别提高了城乡低保标准。提标后，我县的城市低保标准为：625元/人.月；我县的农村低保标准为：3730元/人.年。2019年在上级未下达提标文件之前，仍按此标准执行。

十、城乡医疗救助政策

1、什么是城乡医疗救助政策

城乡医疗救助，是指政府为保障城乡困难群众的基本健康和享受公共卫生的权益，运用政府财政资源和动员社会力量筹措资金，对患病的城乡困难居民医疗费用按照一定标准给予适当补助，以缓解其因病造成家庭生活困难的专项救助制度。当前，针对不同对象和不同救助需求，实行分类施救，同时资助其参加城乡居民基本医疗保险制度。

2、城乡医疗救助的对象

重点救助对象：包括城乡低保对象、特困供养人员、重点优抚对象。

其他对象：包括低收入对象、困难对象。

建档立卡贫困对象：经县扶贫办认定的建档立卡对象全部纳入医疗救助救治范围。

经县级民政部门认定需救助的其他特殊困难对象。

3、城乡医疗救助的方式

医疗救助坚持以住院大病救助为主，主要方式包括：

（1）资助参保。按照政策规定，由政府资助农村特困供养对象、城乡最低生活保障对象等参加城乡居民基本医疗保险应缴纳的全部或部分费用。

（2）“一站式”结算。农村特困供养对象和城乡最低生活保障对象在“一站式”服务网点（定点医院）住院产生的符合城乡居民医保报销范围的医疗费用，报销后给予一次性医疗救助。

（3）住院大病救助。其他医疗救助对象患病住院的，其医疗费

用扣除各种医疗保险报销（补偿）、医疗机构减免和社会捐助后，对政策范围内个人实际负担医疗费用，按照规定的标准给予救助。

（4）门诊救助。医疗救助对象患有常见病、慢性病，需要长期药物维持治疗以及急诊急救的，可酌情给予一定金额的门诊救助。

4、城乡医疗救助的救助比例规定

（1）住院医疗救助：对经基本医疗保险、城乡居民大病保险和各类补充保险、商业保险报销后的对象实施救助。低收入和困难对象按患重特大病种和一般病种实行分类分档救助。

城乡医疗救助范围内的各类对象住院治疗，经农村合作医疗或城镇居民医疗保险报销后，在符合医保政策报销补偿范围内的合理个人自付费用按以下标准予以救助：（1）重点救助对象不限病种、不设起付线予以救助；具体为：非定点医院的重大疾病的报销比例，重点救助对象低保为80%，五保为85%，同时重大疾病重点救助对象医疗救助封顶线也相应调整。救助基数（参与城镇职工、居民医保报销医疗费用和参与新农合报销医疗费用报销以后的剩余医疗费用，不包括自费医疗费用）在2万元以下的年封顶线低保为12000元，五保为15000元；2—4万元的年封顶线低保为22000元，五保为25000元；4—6万元的年封顶线低保为32000元，五保为35000元；6万元以上的年封顶线低保为32000元，五保为40000元。（2）重点救助对象一般病种救助比例统一按80%进行救助，救助基数（参与城镇职工、居民医保报销医疗费用和参与新农合报销医疗费用报销以后的剩余医疗费用，不包括自费医疗费用）在2万元以下的年封顶线低保为7000元，五保调整为8000元；2—4万元的年封顶线低保为14000元，五保为16000元；4—6万元的年封顶线低保为21000元，五保为24000元；6万元以上的年封顶低保为28000元，五保为30000元。（3）其他救助对象的救助基数（参与城镇职工、居民医保报销医疗费用和

参与新农合报销医疗费用以后的剩余医疗费用，不包括自费医疗费用）设定最低控制线。所有医院12000元以上受理。未经转诊在省级以上医疗机构救治的最低控制线为20000元。重大疾病定点医疗机构救治对象救助不设定起付线，只区分是否是低收入、困难家庭。

其他对象重大疾病救助比例统一调整为按70%进行救助，救助基数（参与城镇职工、居民医保报销医疗费用和参与新农合报销医疗费用报销以后的剩余医疗费用，不包括自费医疗费用）在2万元以下的年封顶线调整为6000元，2—4万元的年封顶线调整为12000元，4—6万元的年封顶线调整为18000元，6万元以上的年封顶线调整为24000元。

其他对象其它病种按照 60%进行救助，救助基数（参与城镇职工、居民医保报销医疗费用和参与新农合报销医疗费用报销以后的剩余医疗费用，不包括自费医疗费用）在 2 万元以下的年封顶线调整为 5000 元，2—4 万元的年封顶线调整为 10000 元，4—6 万元的年封顶线调整为 15000 元，6 万元以上的年封顶线调整为 20000 元。

如果确属于城乡低保边缘的经济承受能力薄弱的相对困难家庭，剩余金额在受理线以下的家庭，经由户主申请家庭所有成员签字，由乡镇（区）民政服务中心负责人入户调查，写出书面报告并加盖乡镇人民政府（富阳工业区办事处、社区管理服务中心）公章，再由县民政局工作人员通过入户核实后，决定是否给予救助的结论。

重点优抚对象花费较大（相对于本人收入状况及困难程度）可酌情参照低保、五保标准执行。

未参合参保人员或虽参保但因单方面原因未能得到报销补偿的造成家庭困难的对象可酌情救助。

（2）门诊医疗救助：恶性肿瘤放化疗、尿毒症肾透析、白血病、重度类风湿关节炎，每人每年累计救助不超过 10000 元。慢性中及

重度病毒性肝炎、肝硬化（肝功能失代偿）、慢性心功能衰竭、慢性肥厚性心脏病、心肌梗塞、冠心病、中风后瘫痪康复治疗、高血压Ⅲ期、糖尿病（合并并发症）、再生障碍性贫血、肾病综合症、重症肌无力、红斑狼疮，每人每年累计救助不超过 5000 元。慢性肾小球肾炎、前列腺增生、精神病、地方病（甲状腺肿、地氟病、大骨节病、克山病），每人每年累计救助不超过 3000 元。其它病种救助原则上不超过 3000 元。中医门诊治疗费用纳入医疗救助项目。未参加医保、新农合家庭，确实困难的经集体研究后给予酌情救助。

农村居民重大疾病定点医疗机构救治对象救助不设起付线，只区分是否是低收入或困难家庭，定点医院单病种限额付费仍按 20% 救助，城镇职工和居民定点救治按 10% 救助。

（3）大病关怀救助：重点救助、建档立卡贫困户对象身患恶性肿瘤、尿毒症、重症肝炎等重大疾病，病情处于晚期，继续治疗难有明显疗效，放弃住院治疗的，经本人或家庭成员申请，可给予一次性关怀救助，救助5000元。享受大病关怀救助后，将不享受其他医疗救助。

5、城乡医疗救助的申请程序

建立城乡医疗救助与城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗、定点医疗机构相互衔接的信息共享平台，对农村五保供养对象和城乡最低生活保障对象，逐步实行医疗救助费用一站式即时结算。就医者凭身份证、农村五保供养证、城乡最低生活保障证明等有效证件，到定点医疗机构就医，在基本医疗保险报销（补偿）后，对于政策规定范围内的医疗救助费用，由定点医疗机构即时结算，救助对象只需支付个人自付费用。

其他困难居民申请医疗救助，按照以下程序办理：

（1）申请。由申请人向镇政府提出书面申请，并提供身份证、

户口簿、家庭收入状况、患病情况等证件和证明材料。

（2）审核。乡镇政府应当在7日内完成申请人的入户核实，准确了解家庭经济状况、医疗费用开支等情况，并在所住地村委会（社区）进行群众评议和公示后，提出审核意见。符合救助条件的，报请县民政部门审批；不符合救助条件的，向申请人说明理由。

（3）审批。县民政部门应当在规定时间内完成对有关材料的复查核实，必要时可以开展入户调查。符合救助条件的，签署同意批准意见；不符合救助条件的，签署不同意批准意见，委托镇政府书面告知申请人并说明理由。

6、城乡医疗救助的24种重大疾病

目前卫生部门确定的24类重特大疾病病种为：儿童白血病、儿童先心病、重度精神疾病、乳腺癌、宫颈癌、终末期肾病、结肠癌、直肠癌、食道癌、胃癌、肺癌、急性心肌梗塞、I型糖尿病、甲亢、脑梗死、唇腭裂、血友病、慢性粒细胞白血病、艾滋病机会性感染、耐多药肺结核、儿童苯丙酮尿症、儿童尿道下裂、儿童先天性巨结肠、儿童先天性肥厚性幽门狭窄。