**关于印发《常州市市区行政事业单位职工子女统筹医疗费管理办法》的通知**

常州市人民政府文件

常政发〔2011〕170号

 市政府关于印发《常州市市区行政事业单位职工子女统筹医疗费管理办法》的通知

各辖市、区人民政府、市各委办局，市各公司、直属单位：

　　为解决我市机关事业单位干部职工子女的医疗保障问题，减轻职工因子女疾病所带来的经济负担，进一步完善我市多层次的医疗保障体系。现将《常州市市区行政事业单位职工子女统筹医疗费管理办法》印发给你们，望认真贯彻执行。

 二○一一年十二月二十二日

**常州市市区行政事业单位职工子女统筹医疗费管理办法**

第一章　总则

　　第一条　行政事业单位职工子女统筹医疗费管理的原则：现金看病、门诊统筹、住院保险、适当挂钩、双方分担。

第二章　范围和对象

　　第二条　自出生至大专段以下（不含大专）常州市区户籍的在校学生以及其他未满18周岁的不在校少儿，其父母属市区行政机关事业单位在职在编干部职工的，适用本办法。

　　第三条　本办法与我市城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险不得重复参保、重复享受待遇。

第三章　管理单位的确定

　　第四条　夫妻双方均属于机关单位的，可自愿选择一方单位负责医疗费用管理。

　　夫妻一方在机关单位，另一方在事业单位的，由机关单位负责医疗费用管理。

　　夫妻一方在机关事业单位，另一方在企业单位的，由机关事业单位负责医疗费用管理。

　　夫妻一方在机关事业单位，另一方属市区以外单位，或无单位的，由机关事业单位负责医疗费用管理。

夫妻离异，由抚养子女职工所在机关事业单位负责医疗费用管理。

以上医疗费用管理单位向对方单位或个人收取应负担的另一半统筹医疗费。

　　夫妻一方在机关事业单位，另一方在部队的，医疗费在机关事业单位管理并均由该单位报销。

　　单亲（丧父或丧母）、烈士子女，医疗费在机关事业单位管理并均由该单位报销。

第四章　医疗费用管理

　　第五条　职工子女统筹医疗费定额为每人每年500元，由父母双方单位各负担250元。其中，380元为门诊统筹费用，120元为住院医疗保险投保费用。

　　第六条　医疗费用管理单位应为每个享受对象建立门诊个人账户，按380元定额包干使用。职工子女就诊由个人现金支付门诊费用，凭病历和收据回单位报销，结余部分结转下年。门诊费用超过定额部分，独生子女家庭报销90%，非独生子女家庭（含双胞胎及多胞胎）报销85%，资金由管理单位先垫支，结算年度结束后向另一方单位或个人按半结算。

　　享受对象到达规定年龄时，可按个人账户累计结余的50%奖励个人。职工变换工作至符合统筹医疗费管理条件的单位，个人账户可随之转移。

　　第七条　管理单位按职工子女人数向太平洋保险公司统一办理住院参保手续，住院费用按有关参保协议执行。

　　第八条　单位不再计提医疗补助基金，以前年度结余的医疗补助基金可继续用于：

　　（一）对住院个人自负费用较高的职工进行补助。

　　（二）弥补因特殊情况无法向另一方单位或个人收取的职工子女统筹医疗费用。

　　第九条　职工子女可在我市市区各基本医疗保险定点医疗机构（不含药店）门诊就诊。医疗费用的支付范围，参照《常州市基本医疗保险和工伤保险药品目录》、《常州市基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准》执行。

　　第十条　每年7月1日至次年6月30日为一个结算年度，管理单位在新结算年度开始后向另一方单位或个人收取医疗统筹费用及清算超定额费用。

　　第十一条　本办法自2011年12月1日起执行，武进区、金坛市、溧阳市可根据实际情况参照执行。以前规定与此不符合的，按此文件为准。