

XTGR-2019-00006

# 湘潭市人民政府文件

潭政发〔2019〕9号

## 湘潭市人民政府 关于印发《湘潭市城镇职工 基本医疗保险实施办法》的通知

各县市区人民政府，湘潭高新区、经开区和昭山示范区管委会，市直机关各单位，市属和驻市各企事业单位，各人民团体：

现将《湘潭市城镇职工基本医疗保险实施办法》印发给你们，请认真遵照执行。



(此件主动公开)

# 湘潭市城镇职工基本医疗保险实施办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为强化城镇职工基本医疗保障，完善基本医疗保险制度，按照国家医药卫生体制改革要求，根据《中华人民共和国社会保险法》《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）和国家、省有关规定，结合湘潭实际，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于湘潭市行政区域内城镇用人单位及其职工，无雇工的个体工商户和非全日制从业人员以及其他灵活就业人员（以下简称灵活就业人员），领取失业保险金的失业人员和退休人员（暂不包括铁路运输系统、电力系统职工和用人单位派往国外或港、澳、台地区的工作人员）的医疗保险制度的实施。

**第三条** 统一全市城镇职工基本医疗保险政策，统一经办流程，基金运行实行分级负责。用人单位职工、灵活就业人员、领取失业保险金的失业人员和退休人员参加城镇职工基本医疗保险，按照属地管理的原则办理。

**第四条** 城镇职工基本医疗保险实行基本医疗保险统筹基金与个人账户相结合的制度。鼓励建立多层次的补充医疗保险制度。

## 第二章 医疗保险费缴纳

**第五条** 基本医疗保险费由用人单位和职工按有关规定共同缴纳。

用人单位的缴费费率为上年度本单位职工工资总额的 8%，职工个人缴费费率为上年度职工本人工资收入的 2%；城镇小微企业可以单建统筹、不建个人账户的形式参加职工基本医疗保险，单位缴费费率为 6%，职工个人不缴费。

用人单位职工年平均工资总额为统筹地区上年度职工平均工资总额 300%以上的部分不作缴费基数，低于 60%的以 60%作为缴费基数。

**第六条** 失业人员在领取失业保险金期间，由参保地失业保险经办机构统一办理职工医疗保险参保缴费手续，并由失业保险经办机构从失业保险基金中缴纳医疗保险费，个人不缴费。具体规定按国家有关文件执行。

**第七条** 灵活就业人员按统筹地区上年度职工社会平均工资的 5%，由个人全额缴纳基本医疗保险费，不建立个人医疗账户。

**第八条** 参保人员办理退休手续时，基本医疗保险缴费年限须男满 30 年、女满 25 年，参保地的实际缴费年限不低于 10 年，其中，2003 年 1 月 1 日以前符合国家规定的连续工龄或工作年限视同基本医疗保险缴费年限，退役军人的军龄不受上述时间限制，视同基本医疗保险缴费年限。缴费年限不足的，应当以市当

年度社会平均工资为基数按规定缴费比例一次性缴纳不足年限（按月计算）的基本医疗保险费后，享受退休人员医疗待遇；未一次性补足的，可继续按在职人员政策缴费，并享受在职人员医疗待遇至最低缴费年限，方可享受退休人员医疗待遇。

**第九条** 用人单位缴纳的基本医疗保险费，按照财政、税务等部门规定的渠道列支。

**第十条** 职工基本医疗保险费原则上按月缴纳（有条件的可按季、年缴纳）。用人单位和个人应于每月 25 日前足额缴纳下月的基本医疗保险费。

**第十一条** 参保对象依照《中华人民共和国社会保险法》和《社会保险费征缴暂行条例》（国务院令 第 259 号，1999 年）的规定向市、县级医疗保障经办机构办理有关医疗保险手续，向社会保险征收部门缴纳医疗保险费。

**第十二条** 用人单位分立、兼（合）并前欠缴的医疗保险费，由分立、兼（合）并后的单位分担或者承担。用人单位破产终结时，必须清偿欠缴的医疗保险费，并按规定提留相关医疗保险费用。

### **第三章 医疗保险基金**

**第十三条** 基本医疗保险基金由下列资金构成：

- （一）用人单位缴纳的基本医疗保险费；
- （二）个人缴纳的基本医疗保险费；

- (三) 基本医疗保险费利息;
- (四) 上级补助收入;
- (五) 依法纳入基本医疗保险基金的其他资金。

**第十四条** 按规定设立个人医疗账户。个人医疗账户资金来源于以下三个方面:

- (一) 职工个人缴纳的基本医疗保险费全部计入;
- (二) 用人单位为参保人员缴纳的基本医疗保险费的一部分, 具体比例为: 45 岁以下(含 45 岁) 的职工按本人缴费基数 的 0.7% 划入个人医疗账户; 46 岁以上到退休前的职工按本人缴费基数 的 1.2% 划入个人医疗账户; 退休人员按规定基数的 3.4% 划入个人医疗账户;
- (三) 个人医疗账户的利息。

**第十五条** 个人医疗账户主要按规定支付本人门诊医疗费(含预防和体检费用), 协议药店购买药品和医疗用品费, 住院医疗费和门诊特殊病种中的个人负担部分, 其他符合国家、省和本市规定的支持发展与基本医疗保险衔接的各类医疗、疾病保险和长期护理保险等健康保险产品的费用。个人医疗账户结余本金, 按国家规定利率计息, 个人医疗账户的本金和利息归个人所有, 可以转移和依法继承, 也可由本人申请支付家庭成员中患大病自负费用过高的部分, 具体操作办法另行制定。参保人员死亡后, 个人医疗账户余额可一次性支付给继承人。

**第十六条** 设立基本医疗保险统筹基金。用人单位为参保人

员缴纳的基本医疗保险费划入个人账户以外的部分列入职工基本医疗保险统筹基金,用于按基本医疗保险规定支付的住院和门诊特殊病种及特定检查、治疗项目等医疗费用。

基本医疗保险统筹基金和个人医疗账户资金按划定的各自支付范围,分别核算,不得相互挤占。

**第十七条** 医疗保障、财政、审计等部门根据“以收定支、收支平衡”的原则,建立健全医疗保险基金预决算制度、财务会计制度和审计制度。医疗保险基金纳入财政社保专户管理,专款专用,不得挤占挪用,也不得用于平衡财政预算。

**第十八条** 医疗保障经办机构所需的人员经费、公用经费、专项经费和经办业务经费,不得从基金中提取,由同级财政部门按规定在财政预算中安排。对于基金征缴、网络维护、社会保障卡和医疗保险本、银行手续费及基金征缴监管考核奖励等与医疗保险有关的其他必要专项支出,由市、县级财政部门与本级医疗保障部门共同商定,报市、县级人民政府批准安排。

#### **第四章 医疗保险待遇**

**第十九条** 用人单位办理医疗保险参保缴费手续后,参保人员在国家、省、市制定的基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准管理办法内享受基本医疗保险待遇。

用人单位未按时足额缴纳基本医疗保险费(含单位代扣代缴的个人缴费部分)的,社会保险费征收部门应及时告知,并责令

限期缴纳或补足，逾期仍未足额缴纳的，将按法律和政策规定停止参保人员享受的基本医疗保险待遇，所发生的医疗费用由责任方承担。用人单位和职工补足基本医疗保险费后，参保人员从缴费到账之日起恢复享受基本医疗保险待遇。

灵活就业人员参加基本医疗保险可以按月或按年度缴费。按年度缴费的参保人员每年10月10日起至12月31日前缴纳下一年度的基本医疗保险费（含大病医疗互助费）。当年参保缴费和3月31日以后续保的须满90天后方可享受医疗保险待遇。与用人单位解除劳动关系的参保职工，3个月之内以灵活就业人员续保的，从续保缴费到账之日起享受医疗保险待遇。

**第二十条** 年度基本医疗保险统筹基金累计最高支付限额为10万元。具体支付办法如下：

**（一）参保人员住院医疗费用**

参保人员住院须首先自付一定费用段后，基本医疗保险统筹基金方可按规定支付参保人员本年度最高支付限额内累计医疗费用。首次住院自负段如下：三级医院1200元，三级专科医院1000元，二级医院600元，一级及以下医院400元，乡镇卫生院、社区卫生服务中心200元；一个结算年度内二次及二次以上住院的，按上述同类别医疗机构年度内起付标准的50%计算。

进入基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用，个人仍要负担一定比例，具体规定如下：

在职人员：自负段以上至1万元部分，个人自负比例三级及

三级专科医院为 16%，二级医院为 14%，一级及以下医院、乡镇卫生院、社区卫生服务中心为 12%；1 万元以上至 10 万元部分，个人自负比例三级及三级专科医院为 8%，二级及以下医院为 6%。

退休人员：自负段以上至 1 万元部分，个人自负比例三级及三级专科医院为 10%，二级医院为 8%，一级及以下医院、乡镇卫生院、社区卫生服务中心为 6%；1 万元以上至 10 万元部分，个人自负比例三级医院为 6%，二级及以下医院为 5%。

进一步深化医保支付制度改革，结合医保基金预算管理实行医疗保险付费总额控制，逐步建立起与基本医疗保险制度发展相适应、激励与约束并重，以按病种付费为主的多元复合式医疗保险支付制度。推行按病种付费时可不设起付线，具体病种和支付标准由医疗保障和卫生健康行政部门发文确定。因重性精神病在本地专科医院住院的，不设自负段和自负比例。

## （二）特殊病种的门诊医疗费用

参保人员患有门诊特殊病种（门诊特殊病种审批标准另行制定）的医疗费用，自负段为每月 25 元，具体病种及支付标准由基本医疗保险特殊病种专家鉴定委员会确定。同时患几种门诊特殊病种的，按费用支付标准最高的一种执行。政策范围内在职人员报销比例为 85%，退休人员报销比例为 90%。

**第二十一条** 参保人员患病确需转外地诊治，由参保地最高水平医院提出意见，经参保地医疗保障经办机构审核同意转外地



定点医疗机构治疗的医疗费用，由个人先自负 10%，余下部分按本办法第二十条、第三十七条规定支付；未按有关规定办理转诊手续外地就医住院人员（危急重症患者抢救除外），其外地定点医院治疗的住院医疗费用经审核后由个人先自负 20%，余下部分按本办法第二十条、第三十七条规定支付。

**第二十二条** 参保人员因公出差或探亲期间患急症，确需住院治疗的必须在当地医疗保险定点医疗机构诊治，并报告参保地医疗保障经办机构，出院后持病历本、费用明细单、发票等资料，经参保地医疗保障经办机构审核，其医疗费用，由个人先自负 10%，余下部分按本办法第二十条、第三十七条规定支付。

**第二十三条** 因公常驻外地的用人单位职工，应在参保地医疗保障经办机构办理备案手续，在所驻地医疗保险定点医疗机构发生的住院费用，按照参保地住院医疗待遇支付。

**第二十四条** 退休人员回原籍安置，或随配偶、子女在异地长期居住的，凭安置地公安机关办理的居住证、户口本或身份证可向参保地医疗保障经办机构办理医疗保险异地就医登记备案手续，并在安置地医疗保险定点医疗机构诊治。异地安置人员在三级以下医院所发生的医疗费用按参保地住院医疗待遇支付，三级及以上医院所发生的医疗费用，由个人先自负 10%，余下部分按本办法第二十条、第三十七条规定支付。

**第二十五条** 逐步推行分级诊疗制度，引导参保职工合理利用医疗资源，职工基本医疗保险报销政策与我省分级诊疗政策衔

接对应，规定病种（急诊、抢救除外）未按相关政策分级转诊的相应提高个人自负比例，具体标准和办法根据国家和我省分级诊疗政策由市卫生健康、医疗保障、财政等部门另行制定。

**第二十六条** 参保人员从参保之日起每连续满 5 年未发生统筹基金支付费用的，可到指定医院免费进行一次常规体检。

**第二十七条** 参保人员应在定点医疗机构就医，并可自主决定在定点医疗机构购药或持处方到定点零售药店购药。

除急诊和急救外，参保人员在非定点医疗机构就医发生的费用，不得由基本医疗保险基金支付。

**第二十八条** 本市范围内突发性、流行性传染病、自然灾害等因素所致大范围急、危、重病患者的医疗费用，以及救灾抢险、见义勇为致伤的医疗费用由市、县级人民政府综合协调解决。

**第二十九条** 下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外就医的。

**第三十条** 职工与用人单位终止劳动关系或死亡，应由原用人单位缴清欠缴的基本医疗保险费，并及时向医疗保障经办机构办理申报、注销等相关手续。

## 第五章 医疗保险服务管理

**第三十一条** 参保人员医疗费用中应当由基本医疗保险基金支付的部分，由医疗保障经办机构与定点医疗机构、协议零售药店直接结算。

**第三十二条** 医疗保障部门要与基本医疗保险定点医疗机构和协议零售药店签订包括服务人群、服务范围、服务内容、服务质量、医疗费用结算办法、支付标准及费用审核与控制等内容的协议，明确双方的责任、权利和义务。

**第三十三条** 定点医疗机构和协议零售药店为参保人员提供服务时，应认真执行有关政策规定，自觉规范服务行为，在保证基本医疗的前提下，做到合理检查、合理用药、合理治疗、合规收费。定点医疗机构应严格遵守卫生健康部门规定的医疗诊治技术规范，严禁滥用大型物理检查、开大处方，随意放宽入院指征和重症监护病房（复苏室、ICU、CCU 等）的入住标准。定点医疗机构应为住院的参保人员提供住院医疗费用每日清单（列入按病种收付费的除外），严格控制自费药品、医用耗材、特殊诊疗项目的使用，必须使用时应事先书面告知并征得患者或其家属的同意。未经参保人员或家属认可的，参保人员或家属有权拒付所发生的医疗费用。

**第三十四条** 市级医疗保障行政部门根据国家、省有关规定制定特殊病种、家庭病床管理办法及医疗保险费用结算办法。

## 第六章 大病医疗互助

**第三十五条** 在建立基本医疗保险的基础上,实行大病医疗互助,进一步减轻参保人员的医疗费用负担。

**第三十六条** 凡参加了本市城镇职工基本医疗的单位职工和个人(含灵活就业人员、退休人员),都应随同参加大病医疗互助。

大病医疗互助(含意外伤害保险)缴费标准暂定为每人每年120元,原则上由个人缴纳,也可由用人单位为在职职工和退休人员统一在每年参保、年度续保首月一次性足额缴纳本结算年度的大病医疗互助费。中断缴纳的,年度内不享受大病医疗互助待遇。

**第三十七条** 一个医疗保险结算年度内,参保人员超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上的医疗费用由大病医疗互助基金支付,大病医疗互助累计(含基本医疗)最高支付限额为30万元。进入大病互助最高支付限额内符合医疗保险统筹基金支付规定的医疗费用,在职职工和退休人员均为个人自负6%。

**第三十八条** 对患有重大疾病,医疗费用超过最高支付限额的特殊困难参保人员及有关优抚对象,可按照国家、省、市的有关规定,申请相应的医疗救助。

## 第七章 医疗保险管理与监督

**第三十九条** 市医疗保障行政部门是全市职工医疗保险行

政主管部门，负责全市医疗保险工作的组织领导和监督检查，负责本办法的组织实施。

县级医疗保障行政部门依职权负责辖区内医疗保险的管理和监督检查工作。

**第四十条** 财政部门负责医疗保险有关财务会计管理制度的制定和监督检查，负责医疗保险基金财政专户核算和审核医疗保障经办机构编制的预、决算，按时拨付医疗保险基金支出账户所需资金和医疗保障经办机构的经费。

**第四十一条** 审计部门依法对医疗保险基金征缴、管理和使用情况进行审计监督。

**第四十二条** 卫生健康、税务、发改、市场监管、民政、工会等有关部门，按照各自职责协同实施本办法。

**第四十三条** 医疗保障行政部门及经办机构应当主动接受社会对基本医疗保险基金的筹集、管理、使用及有关政策实施的监督。

## **第八章 法律责任**

**第四十四条** 用人单位未按照《中华人民共和国社会保险法》和《社会保险费征缴暂行条例》（国务院令 第 259 号，1999 年）的规定办理医疗保险登记、变更登记或注销登记，或者未按规定申报应缴纳的医疗保险费数额的，依法追究法律责任。

**第四十五条** 医疗保障经办机构以及医疗机构、药品经营单

位等医疗保险服务机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金支出的，由医疗保障行政部门责令退回骗取的医疗保险金，处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款；属于医疗保险服务机构的，解除服务协议；直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，依法吊销其执业资格。

**第四十六条** 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险待遇的，由医疗保障行政部门责令退回骗取的医疗保险金，处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款；情节严重，涉嫌犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

**第四十七条** 国家工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，造成职工医疗保险基金流失的，由各主管部门依法追回，并对其责任人给予行政处分；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

## 第九章 附 则

**第四十八条** 本办法自 2019 年 5 月 10 日起实施。原有关医疗保险政策与本办法相抵触的，以本办法为准。生育保险暂按原有关政策执行；生育保险纳入医疗保险改革后，按国家、省新颁布的相关政策执行。



---

抄送：市委各部门，湘潭军分区。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市监委，市中级人民法院，市人民检察院。

各民主党派市委。

---

湘潭市人民政府办公室

2019年5月5日印发

---