

绵阳市人民政府文件

绵府发〔2018〕3号

绵阳市人民政府 关于印发绵阳市城镇职工基本医疗保险 办法的通知

科技城管委会，各县市区人民政府，各园区管委会，科学城办事处，市级各部门：

《绵阳市城镇职工基本医疗保险办法》已经市七届政府第33次常务会议审议通过，现印发你们，请认真遵照执行。

绵阳市人民政府

2018年2月1日

绵阳市城镇职工基本医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为保障城镇职工基本医疗需求，规范城镇职工基本医疗保险管理，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》和《四川省贯彻〈国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定〉的意见》精神，结合绵阳市实际，制定本办法。

第二条 遵循以下原则：

- （一）保险水平与社会经济发展水平相适应；
- （二）基金管理以收定支，收支平衡，略有节余；
- （三）效率与公平相统一；
- （四）全市统一政策待遇、统一基金管理、统一信息系统。

第三条市人力资源和社会保障行政部门负责全市城镇职工基本医疗保险行政管理工作。县市区人力资源和社会保障行政部门负责本行政区域内城镇职工基本医疗保险行政管理工作。

市和县市区、园区社会保险经办机构、医疗保险经办机构依照各自职责办理城镇职工基本医疗保险业务。

第四条 本市行政区域内的下列单位和人员，应参加城镇职工基本医疗保险：

- （一）企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位

及其职工、退休人员；

（二）无雇工的个体工商户、非全日制从业人员以及其他灵活就业人员（以下简称个体参保人员）；

（三）法律、法规规定或经省、市政府批准的其他单位和人员。

第二章 基金管理

第五条 基本医疗保险基金纳入社会保险基金财政专户管理，任何单位和个人不得挪用。社会保险经办机构、医疗保险经办机构用于医疗保险业务的工作经费由同级财政预算安排。

人力资源和社会保障行政部门、财政行政部门对基金进行监督管理；审计行政部门对医疗保险基金收支和管理情况进行审计。

第六条 基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户两部分组成，分别核算、互不挤占。

个人账户由职工个人缴纳费用和单位缴纳费用按比例划转部分组成，单位其余缴纳费用划入统筹基金。

第七条在完成当年基本医疗保险基金征收目标任务的前提下，收支出现缺口时，各级人力资源和社会保障行政部门、财政行政部门及时向同级政府报告，按照绵阳市城镇基本医疗保险市级统筹基金管理有关规定执行。

第八条 统筹基金按政策计息，利息部分纳入统筹基金管理。

第三章 基金征缴

第九条 单位在职职工基本医疗保险费由单位和职工共同缴纳。缴费基数以上年度单位职工本人年均工资据实申报，单位缴费率为6%，职工缴费率为2%，由所在单位代扣代缴。个体参保人员以上上年全市城镇非私营单位在岗职工年平均工资（简称“上上年市平工资”）为缴费基数，缴费率为8%。

在职职工个人年工资总额低于上上年市平均工资的，以上上年市平工资作为缴费基数。

单位申报的医保缴费工资基数不得低于申报的养老保险工资基数。

第十条达到法定退休年龄且办理了养老保险退休手续，其职工基本医疗保险累计缴费年限已满20年，办理了医疗保险退休手续的参保人员不再缴纳基本医疗保险费，执行医疗保险退休待遇。

办理医疗保险退休手续时缴费不足20年的参保人员（不含从未参加城镇职工基本医疗保险的人员），以办理医疗保险退休手续当年缴费基数的6%为标准，由单位或个人一次性趸缴补足20年，不再缴纳基本医疗保险费，执行医疗保险退休待遇；不愿一次性趸缴的，以个体参保方式继续缴纳基本医疗保险费直至累计缴费年限满20年，办理医保退休手续，执行医疗保险退休待遇；或经本人申请，经办机构审核后，选择终止其城镇职工基本医疗保险关系。

第十一条 参保单位和职工按月缴纳基本医疗保险费。个体参保人员可按年于每年 6 月 30 日前一次性缴纳全年基本医疗保险费，也可按月缴费。

第十二条 参保人员当年重复缴纳城镇职工基本医疗保险费的，退还其多缴费用。

第四章 关系转移、中断和欠费处理

第十三条 市内未办理医疗保险退休手续的参保人员医疗保险关系转移时，只转移参保关系和个人账户，缴费年限互认。

从市外转入本市的参保人员，只转移参保关系和个人账户，其原参保地区的缴费年限可以接续；在本市必须实际足额缴费满 10 年。

军人退出现役后到本市参加职工基本医疗保险的，应将军人退役医疗保险关系和相应资金转入本市医疗保险经办机构，军人服役年限视同职工基本医疗保险缴费年限。

第十四条 已办理医疗保险退休手续的人员医疗保险关系不再转移。

第十五条 城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险之间的保险关系转移按国家、省、市相关政策执行。

第十六条 参保单位或个体参保人员欠费满 12 个月为参保中断，基金不支付中断期间的医疗保险待遇。

第十七条 参保单位已申报参保，未足额缴纳基本医疗保险费，按下列规定处理：

(一) 欠费 3 个月，基金暂停支付医疗保险待遇。

(二) 当年或跨年欠费 3 个月内缴清欠费、利息和滞纳金，基金连续支付医疗保险待遇。

(三) 参保中断前跨年度缴清欠费、利息和滞纳金的，只计缴费年限和个人账户，统筹基金不支付欠费期间的医疗保险待遇。

第十八条 个体参保人员在规定的期限未足额缴纳基本医疗保险费的，基金暂停支付医疗保险待遇。

第十九条 军队转业、复员退役到地方工作的人员，自办理安置手续之日起 3 个月内接续医疗保险关系，从在我市办理参保和缴费手续之日起支付医疗保险待遇；超过上述期限接续医疗保险关系的，视为参保中断。

第二十条 初次参加城镇职工基本医疗保险或参保中断后接续参保的，自在我市办理参（续）保和缴费手续之日起，满 12 个月后发生的住院医疗费用，统筹基金按规定予以支付，个人账户从缴费当月起计入。

第二十一条 因用人单位未在规定时间内办理参保缴费或缴清欠费、利息和滞纳金的，统筹基金不支付医疗保险待遇的费用，由负有缴费义务的用人单位承担。

第五章 个人账户

第二十二条 单位在职职工个人缴纳的基本医疗保险费，全部划入职工个人账户，单位缴纳的基本医疗保险费，按 45 周岁

以下缴费基数 1%、45 周岁及以上缴费基数 2%的标准划入职工个人账户。

未办理医疗保险退休手续的个体参保人员按 45 周岁以下缴费基数 3%、45 周岁及以上缴费基数 4%的标准划入个人账户。

已办理医疗保险退休手续的人员不再缴纳基本医疗保险费，由统筹基金按本人上年基本养老金 4%（80 周岁及以上 4.5%）的标准划入个人账户。

第二十三条 个人账户属于参保人员个人所有，可结转和继承，原则上不得提取现金。支付范围为：

（一）参保人员及家庭成员在定点药店买药品、医疗器械费用；

（二）参保人员及其家庭成员在定点医疗机构发生的体检、预防接种、康复理疗、门诊费用，以及住院医疗费用中统筹基金不予支付的费用；

（三）参保人员家庭成员参加城乡居民基本医疗保险的费用；

（四）参保人员本人补充医疗保险费用；

（五）参保人员以个体身份继续参加城镇职工基本医疗保险的，经本人申请可用个人账户金额缴纳城镇职工基本医疗保险费。

第二十四条 符合下列情况的，个人账户资金可一次性支付给本人或其法定继承人：

（一）参保人员在市外长期居住、工作的；

(二) 参保人员自愿终止医保关系的；

(三) 参保人员死亡的。

第二十五条 个人账户利息按政策计入个人账户。

第六章 统筹基金支付

第二十六条 统筹基金为参保人员支付下列起付标准以上、最高支付限额以下、符合本办法规定支付范围的合规医疗费用：

(一) 住院医疗费用；

(二) 门诊慢性病或特殊重症疾病门诊医疗费用；

(三) 门诊抢救无效死亡发生的抢救医疗费用；

(四) 按规定应由统筹基金支付的其它费用。

第二十七条 参保人员因病住院，达到起付标准以上的费用由统筹基金按规定支付。起付标准按医院级别确定，一级医院 500 元，二级医院 600 元，三级医院 700 元，与医疗保险经办机构签订住院医疗服务协议的社区卫生服务中心、乡镇卫生院 200 元，无等级医院参照一级医院执行。市外转诊起付标准 1000 元。下列情况减免起付标准：

(一) 参保人员因艾滋病在定点医疗机构住院，不计起付标准。

(二) 100 周岁以上的参保人员，在二级及以下定点医疗机构住院，不计起付标准。

(三) 已办理医疗保险退休手续的人员在一、二、三级定点医院住院，起付标准分别降低 100 元。

(四) 因患门诊特殊重症疾病的参保人员在定点医疗机构多次住院，经审批后一年计算一次起付标准，按年度所住定点医疗机构最高级别确定。

(五) 参保人员在一个治疗过程中因病情需要可以双向转诊。由低级别定点医疗机构转往高级别定点医疗机构，只补计起付标准差额；由高级别定点医疗机构转往同级别或低级别定点医疗机构，不再另计起付标准。

第二十八条 统筹基金对参保人员的年度累计最高支付限额，为我市上年度城镇全部单位就业人员年平均工资的6倍。

第二十九条 参保人员在定点医疗机构发生的符合本办法规定的一次性住院医疗费用，其费用在起付标准以上的部分，扣除按本办法第三十条自付的费用后，由统筹基金根据医院级别按比例支付：三级医院88%（已办理医疗保险退休手续的人员按92%支付），二级医院92%，一级医院和与医疗保险经办机构签订了住院医疗服务协议的社区卫生服务中心、乡镇医院95%，无等级医院参照一级医院执行。

第三十条 下列费用先由参保人员自付后，剩余部分再按第二十九条规定标准纳入统筹基金支付：

(一) 使用《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中乙类药品15%的费用（其中使用频繁、起辅助治疗的乙类中成药适当提高个人自付比例）；

(二) 经医疗保险经办机构审批使用特殊医用材料一定比例的费用（进口材料25%、合资材料20%、国产材料15%）；

(三)经医疗保险经办机构审批进行特殊检查、特殊治疗 15% 的费用；

(四)市外转诊、转院发生的符合本办法规定支付范围总费用的 10%。

第三十一条 统筹基金由医疗保险经办机构按总额控制、项目付费、单病种付费、定额结算、综合考核等相结合的支付方式，与定点医药机构结算：

(一)参保人员门诊就医或购药，属于本办法规定支付范围的门诊医疗费或药费，凭社会保障卡在定点医药机构直接结算，定点医药机构按月与医疗保险经办机构结算；

(二)参保人员住院医疗费用中，统筹基金支付费用由定点医疗机构与医疗保险经办机构结算，个人自付费用由定点医疗机构与个人结算；

第三十二条参保人员患门诊慢性病，个人账户不够支付的，相关的门诊医疗费由统筹基金按一定限额和比例支付。

参保人员患门诊特殊重症疾病，相关门诊医疗费用由统筹基金按照本办法规定的住院医疗费用政策支持。

同一病种的门诊慢性病和门诊特殊重症疾病统筹待遇不能重复叠加执行。

第七章 支付范围

第三十三条 参保人员使用《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》内的药品和《四川省基本医疗保险诊疗

项目及服务设施》内的诊疗项目、服务设施，按规定由基金支付或部分支付。

第三十四条 参保人员使用特殊医用材料、特殊检查和治疗、医院制剂费用按市人力资源和社会保障行政部门另行制定的目录由基金支付或部分支付。具体管理办法由市人力资源和社会保障行政部门另行制定。

第三十五条 参保人员发生的下列医疗费用不属于基金支付范围：

- （一）除急救、抢救外在非定点医疗机构发生的医疗费用；
- （二）因吸毒、打架斗殴等违法犯罪行为所致伤病的医疗费用；
- （三）因自伤、酗酒、戒毒、性传播疾病（不含艾滋病）等进行治疗的医疗费用；
- （四）因美容、矫形、生理缺陷及不孕不育等进行治疗的医疗费用；
- （五）交通事故、意外伤害、医疗事故等应当由第三方承担医疗费赔付责任的部分；
- （六）在港澳台地区和境外发生的医疗费用；
- （七）应由工伤保险和生育保险支付的医疗费用；
- （八）其他不属于统筹基金支付的费用。

第八章 监管和服务

第三十六条 定点医药机构管理办法由市人力资源和社会保障

障行政部门负责制定，由医保经办机构负责实施。

第三十七条 人力资源和社会保障行政部门对社会保险经办机构 and 医疗保险经办机构、参保单位和个人、定点医药机构遵守本办法的情况进行监督检查，并依法查处调查存在的问题。

发展改革、卫生计生、食品药品监管等部门按照各自职责，协同做好涉及基本医疗保险有关的监管工作。

第三十八条 城镇职工基本医疗保险基金接受社会监督，经办机构、参保单位、个人或医药机构有骗取或协助骗取医保基金行为的，具体举报、处罚和奖励规定按照有关文件规定执行。

第三十九条 医疗保险经办机构与医药机构按年度签订医疗保险服务协议，确定双方的权利和义务。服务协议的内容包括：服务对象、服务范围、服务规范、费用控制指标、结算办法、支付标准及违约责任等。

医疗保险经办机构按照医疗保险服务协议管理医药机构，检查和审核参保人员在医药机构发生的医疗费用。

第四十条 定点医药机构应配备医保管理人员，与医疗保险经办机构共同做好医疗保险服务工作。对参保人员的医疗保险费用实行单独建账，并按要求真实、及时、准确地向医疗保险经办机构提供参保人员医疗保险费用等有关信息。

第九章 附 则

第四十一条 在实行城镇职工基本医疗保险的基础上，建立补

充医疗保险制度和医疗补助制度，具体办法另行制定。

第四十二条市人力资源和社会保障行政部门根据本办法制定实施细则。

第四十三条本办法实施期间，国家、省对城镇职工基本医疗保险政策做出调整的，按国家、省调整后的政策执行。

第四十四条城镇职工基本医疗保险缴费比例、个人账户上账比例、统筹基金和个人账户支付范围及标准，由市人力资源和社会保障行政部门根据经济社会发展水平、基金收支结余情况、医疗费用增长幅度等因素，会同市财政部门研究提出意见报市政府批准后公布。

第四十五条本办法由市人力资源和社会保障行政部门解释。

第四十六条本办法自发布之日起施行，有效期3年。我市以前发布的其他不符合本办法的文件同时废止。

信息公开选项：主动公开

抄送：市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室，市监察委机关，市中院，市检察院，绵阳军分区。
