

绵阳市人民政府令

第 1 号

《绵阳市城镇职工基本医疗保险办法》已经 2014 年 2 月 7 日市政府第 42 次常务会议审议通过，现予以公布，自 2014 年 1 月 1 日起施行。

市 长：**林书成**

2014 年 2 月 12 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》，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）全市统一参保范围、统一缴费标准、统一待遇水平、统一管理办法、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障基金财政专户管理，任何单位和个人不得挪用。收支情况按同级财政行政部门和上级社会保险经办机构规定报送报表。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；审计行政部门定期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划转部分组成，单位其余缴纳费用划入统筹基金。

第七条 基本医疗保险基金出现超支，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，由政府采取措施予以解决。

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。缴费基数以上上年全市城镇非私营单位在岗职工年平均工资（以下简称上上年市平工资）为最低缴费基数据实缴纳，单位缴费率为 7%；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市平工资为缴费基数，缴费率为 9%。

第十条 累计缴费年限满 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，以办理医疗保险退休手续当年缴费基数的 7% 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，经本人申请，经办机构审核后，不缴纳一次性趸缴费用，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。个体参保人员于每年 6 月 30 日前缴纳全年基本医疗保险费。

第十二条 参保人员在本市重复缴费的，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帐户，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帐户，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。在市外和本市合计缴费年限满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合计缴费年限不足20年的，按本办法第十条规定执行。

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、城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗之间的保险关系转移按国家、省、市相关政策执行。

第十六条 发生下列情形为参保中断，基金不支付中断期间的医疗保险待遇，中断期间不计缴费年限：

- （一）参保单位欠费满12个月；
- （二）个体参保人员未足额缴清当年基本医疗保险费。

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）当年缴清欠费、利息和滞纳金的，基金连续支付医疗保险待遇。

（三）在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帐户，统筹基金不支付欠费期间的住院医疗保

险待遇和门诊慢性病、特殊重症疾病待遇。

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。

第五章 个人帐户

第二十一条 单位在职职工个人缴纳的基本医疗保险费，全部划入职工个人帐户，单位缴纳的基本医疗保险费，按45周岁以下缴费基数1%、45周岁以上缴费基数2%的标准划入职工个人帐户。

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周岁以上缴费基数4%的标准划入个人帐户。

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退休费或基本养老金4%（80周岁及以上4.5%）的标准划入个人帐户。

第二十二条 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）参保人员在定点零售药店购买药品发生的费用；

（二）参保人员在本市定点医疗机构和市外医疗机构发生的门诊医疗费用；

（三）住院医疗费中起付标准以下及按比例自付费用。

第二十三条 个人账户利息按政策计入个人帐户。

第二十四条 在市外长期居住、工作的参保人员（门诊慢性病患者除外），个人账户资金可支付给本人。

第六章 统筹基金支付

第二十五条 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费用：

（一）住院医疗费用；

（二）因患门诊慢性病或特殊重症疾病长期进行门诊治疗，个人帐户不够支付的门诊医疗费用；

（三）门诊抢救无效死亡发生的抢救医疗费用；

（四）住院期间经审批发生在其他定点医疗机构的检查和手术费用。

第二十六条 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，无等级医院参照二级医院执行。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本市定点医疗机构住院，不计起付标准。

（二）100 周岁以上的参保人员，在本市定点医疗机构住院，不计起付标准。

（三）已办理医疗保险退休手续的人员在本市一、二、三级定点医院住院，起付标准分别降低 100 元。

（四）参保人员因精神病，恶性肿瘤手术及放化疗，肾功能衰竭透析治疗及移植手术，肝、肾、骨髓移植术后的抗排斥治疗，重型再生障碍性贫血，骨髓增生异常综合症及骨髓增生性疾病、系统性红斑狼疮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。在本市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。

第二十七条 统筹基金对参保人员的年度累计最高支付限额，为上年度我市城镇全部单位就业人员年平均工资的 6 倍。

第二十八条 参保人员在本市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，扣除按本办法第二十九条自付的费用后，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%，无等级医院参照二级医院执行。

第二十九条 下列费用由参保人员自付后，再按第二十八条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；

（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）市外转诊发生的符合本办法规定支付范围总费用的 10%。

第三十条 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，与定点医疗机构和定点零售药店结算：

（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，凭社会保障卡或医疗保险卡在定点医疗机构、定点零售药店直接结算，定点医疗机构、定点零售药店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。

第三十一条 参保人员患门诊慢性病，个人帐户不够支付的，门诊治疗费由统筹基金按一定限额和比例支付。

第三十二条 参保人员患门诊特殊重症疾病，个人账户不够支付的，门诊治疗费由统筹基金参照本办法规定住院医疗费用政策支付，不再执行门诊慢性病支付政策。

第三十三条 参保人员门诊慢性病、门诊特殊重症疾病、异地就医（含市外转诊）、特殊医用材料、特殊检查和治疗、医院制剂等具体管理办法，由市人力资源和社会保障行政部门另行制定。

第七章 监管和服务

第三十四条 全市定点医疗机构和定点零售药店由人力资源和社会保障行政部门认定，具体办法由市人力资源和社会保障行政部门制定。

第三十五条 人力资源和社会保障行政部门对社会保险经办机构、医疗保险经办机构、参保单位和个人、定点医疗机构和定点零售药店遵守本办法的情况进行监督检查。经调查存在问题的，依法作出行政处理决定。

第三十六条 医疗保险经办机构与定点医疗机构和定点零售药店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定点医疗机构和定点零售药店，检查和审核参保人员在定点医疗机构和定点零售药店发生的医疗费用。对定点医疗机构和定点零售药店违反服务协议的情况报人力资源和社会保障行政部门备案。

第三十七条 定点医疗机构和定点零售药店应配备管理人员，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药费用等有关信息。

第八章 支付范围

第三十八条 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》内药品，按规定由基金支付或部分支付。

第三十九条 参保人员使用医疗服务设施、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制定目录由基金支付或部分支付。

第四十条 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）因本人吸毒、打架斗殴、违法犯罪等造成伤害发生的医疗费用及后续治疗费用；
- （三）因自伤、自残、醉酒、戒毒、性传播疾病（不含艾滋

病)等进行治疗发生的医疗费用及后续治疗费用;

(四)因美容矫形、生理缺陷及不孕不育等进行治疗发生的医疗费用及后续治疗费用;

(五)因第三方责任造成伤害发生的医疗费用及后续治疗费用;

(六)在港澳台地区和境外发生的医疗费用;

(七)由工伤保险和生育保险支付的医疗费用;

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公务员医疗补助制度。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。

城镇职工基本医疗保险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适时调整。

第四十四条 本办法由市人力资源和社会保障行政部门解释。

第四十五条 本办法有效期三年,自2014年1月1日起施行。绵阳市人民政府办公室《关于调整60周岁以上城镇退休职

工基本医疗保险个人帐户建帐比例的通知》（绵府办发〔2013〕10号）和我市以前发布的其他不符合本办法规定文件同时废止。

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。

绵阳市人民政府办公室

2014年2月13日印
