

长沙市人民政府办公厅文件

长政办发〔2017〕1号

长沙市人民政府办公厅 关于印发《长沙市职工基本医疗保险 管理办法》的通知

各区县（市）人民政府，市直各单位：

《长沙市职工基本医疗保险管理办法》已经市人民政府同意，
现印发给你们，请认真遵照执行。


长沙市人民政府办公厅
2017年1月5日

长沙市职工基本医疗保险管理办法

第一章 总 则

第一条 为维护职工的合法权益，保障职工的基本医疗需求，根据《中华人民共和国社会保险法》及国家有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市行政区域内职工基本医疗保险的征缴、管理及相关活动。

第三条 职工基本医疗保险水平与经济社会发展水平相适应。

第四条 任何组织和个人必须遵守国家基本医疗保险的规定，对违反基本医疗保险法律、法规和规章的行为，有权检举和控告。

第二章 组织机构

第五条 职工基本医疗保险工作由市、县（市）社会保险行政部门管理。市、县（市）医疗保险经办机构负责基本医疗保险基金收支、管理。区社会保险行政部门协助市本级社会保险行政部门管理职工基本医疗保险工作。区医疗保险经办机构协助市社会保险经办机构经办基本医疗保险工作。

第六条 社会保险行政部门的主要职责：

（一）编制职工基本医疗保险发展规划。

（二）贯彻职工基本医疗保险法律、法规和规章，制定有关配

套办法。

(三) 会同有关部门审核基本医疗保险基金预决算，对基本医疗保险基金的收支、管理等情况进行监督。

(四) 对执行职工基本医疗保险法律、法规和规章情况进行监督、检查。

(五) 统筹地区人力资源社会保障行政部门按照工作职责及时公开医疗机构、药品经营单位应具备的条件，制定医疗机构、药品经营单位评估规则和程序。

(六) 会同发展改革、卫生计生、食品药品监督等部门监督、检查基本医疗保险协议管理医疗机构和协议管理药品经营单位的收费标准及医疗技术服务质量。

(七) 统筹地区人力资源社会保障行政部门根据社会保险法等相关法律法规的规定，可以通过调查、抽查等多种方式对经办机构和协议管理的医疗机构、药品经营单位执行医疗保险政策法规、履行服务协议情况以及各项监管制度落实情况进行监督检查。发现违法违规行为的，应提出整改意见，并依法作出行政处罚决定。涉及其他行政部门职责的，移交相关部门；涉嫌犯罪的，移送公安机关。

第七条 社会保险经办机构的主要职责：

(一) 负责基本医疗保险基金的筹集、支付和管理。

(二) 编制基本医疗保险基金预决算，上报基本医疗保险的各类财务、统计报表。

(三) 负责与医疗机构、药品经营单位签订基本医疗保险服务

协议，确定双方的权利和义务。

(四) 配合有关部门对基本医疗保险协议管理医疗机构和协议管理药品经营单位的收费标准及医疗技术服务质量进行监督、检查。

(五) 负责有关基本医疗保险的咨询、查询等服务工作。

(六) 审查用人单位和参保人员参加基本医疗保险情况。

第八条 市、县(市)设立由政府有关部门、用人单位、医疗机构、工会代表和有关专家参加的基本医疗保险基金监督组织，对基本医疗保险基金实行社会监督。

第九条 统筹地区设立医疗保险经办机构。医疗保险经办机构根据工作需要，经所在地的社会保险行政部门和机构编制管理机关批准，可以在本统筹地区设立分支机构和服务网点。

医疗保险经办机构的人员经费和经办医疗保险发生的基本运行费用、管理费用，由同级财政按照国家规定予以保障。

第十条 医疗保险经办机构通过业务经办、统计、调查获取基本医疗保险工作所需的数据，有关单位和个人应当及时、如实提供。工商行政管理部门、民政部门 and 机构编制管理机关应当及时向社会保险经办机构通报用人单位的成立、终止情况，公安机关应当及时向社会保险经办机构通报个人的出生、死亡以及户口登记、迁移、注销等情况。

第十一条 发展改革、卫生计生、财政、食品药品监督、公安、民政、工商、审计等部门按照各自职责，协同做好职工基本医疗保险工作。

第三章 基本医疗保险费缴纳

第十二条 企业（包括各种所有制和组织形式的企业）、国家机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位、有雇工的个体工商户、外地驻长单位（以下统称用人单位）及其职工（以下统称单位参保人员），都要按照规定共同缴纳基本医疗保险费。

用人单位按全部职工工资总额的8%缴纳基本医疗保险费，职工个人按本人月工资的2%缴纳基本医疗保险费。职工本人月工资低于上年度全省在岗职工月平均工资60%的，按60%核定个人缴费基数；超过300%的，按300%核定个人缴费基数。

当个人缴费基数之和大于用人单位全部职工工资总额时，以个人缴费基数之和作为单位缴费基数。

第十三条 灵活就业人员（包括就业年龄范围内无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员及其他灵活就业人员）可以参加统筹地区的职工基本医疗保险。来长流动就业的外地户籍灵活就业人员参加我市企业职工基本养老保险并按时足额缴费的，可以在企业职工基本养老保险参保统筹区参加我市职工基本医疗保险，按照国家、省、市关于流动就业人员基本医疗保险关系转移接续业务经办规定提供转出地出具的参保（合）凭证及相关证明材料，办理基本医疗保险转移手续。

以灵活就业人员身份参加职工基本医疗保险的，由个人按上年度全省在岗职工月平均工资的60%为缴费基数，按统筹地区用

人单位费率的70%缴纳基本医疗保险费。

灵活就业人员参加职工基本医疗保险后，参保人员需要停止参保的，应及时办理停保手续。

第十四条 领取失业保险金期间的失业人员缴纳基本医疗保险费与大病医疗互助费按失业保险有关规定执行。

第十五条 按本办法参加了职工基本医疗保险的用人单位和参保人员均应同时参加大病医疗互助，实行统一的管理办法与结算年度。大病医疗互助费根据全市统一规定标准由单位参保人员、灵活就业参保人员按年度一次性缴足。其中，单位在职人员和退休人员大病医疗互助费从其应划入的基本医疗保险个人账户金额中抵扣，灵活就业参保人员按年度一次性缴足。

第十六条 用人单位应当自行申报、按时足额缴纳社会保险费，非因不可抗力等法定事由不得缓缴、减免。职工应当缴纳的社会保险费由用人单位代扣代缴，用人单位应当按月将缴纳社会保险费的明细情况告知本人。

灵活就业参保人员可以直接向社会保险费征收机构缴纳基本医疗保险费。

第十七条 单位参保人员、灵活就业参保人员累计缴费年限男满30年、女满25年（2003年1月1日以前符合国家规定的连续工龄或者工作年限，视同基本医疗保险缴费年限），本省实际缴费年限不低于10年，且达到国家法定正常退休年龄的退休人员（男满60周岁，女干部满55周岁，女工人满50周岁），不再缴纳基本

医疗保险费，按照规定享受基本医疗保险待遇。

单位参保人员、灵活就业参保人员不足最低缴费年限的（包括不足实际缴费年限），分别按规定的缴费基数和缴费比例一次性补缴或参照在职人员缴费标准继续缴费至最低年限后，才能享受退休人员基本医疗保险待遇。未一次性补足的，可继续按在职人员政策缴费并享受待遇至规定年限。

符合前款要求不再缴纳基本医疗保险费享受退休人员基本医疗保险待遇的人员，按年度缴纳大病医疗互助费，参加大病医疗互助，方可享受大病医疗互助待遇。

第十八条 用人单位破产、注销时，应当依法清偿欠缴的基本医疗保险费。

第十九条 用人单位缴纳的基本医疗保险费按下列渠道列支：

（一）国家机关、财政补助的社会团体和事业单位纳入财政预算，在单位综合财政预算中列支。

（二）非财政补助的事业单位和民办非企业单位在单位自有资金中列支。

（三）企业计入生产成本。

第二十条 提倡和鼓励社会各界捐助基本医疗保险基金，支持发展医疗保险事业。

第四章 职工基本医疗保险基金

第二十一条 职工基本医疗保险基金实行城区统筹和县（市）

统筹，逐步实现省级统筹。

基本医疗保险基金通过预算实现收支平衡，县级以上政府在基本医疗保险基金出现支付不足时，给予补贴。

第二十二条 基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户构成，统筹基金和个人账户应分开运行，分别核算，不得互相挤占。

第二十三条 社会保险经办机构为下列参保人员建立个人账户。

(一) 按时足额缴纳基本医疗保险费的单位参保人员。

(二) 符合第十七条规定的退休参保人员。

第二十四条 参保人员个人账户由以下三部分组成：

(一) 个人缴纳的基本医疗保险费的2%划入部分。

(二) 基本医疗保险统筹基金按不同年龄段划入的部分：

1. 45周岁以下（含本数）的按本人缴费基数0.7%划入；

2. 45周岁以上到退休前的按本人缴费基数的1.2%划入；

3. 退休人员按规定基数的4%划入。单位退休人员以用人单位上年度职工月平均缴费基数为个人账户划入基数；灵活就业退休人员以上年度全省在岗职工平均工资的60%为个人账户划入基数；提留了医疗保险费的改制破产单位退休人员以上年度全省在岗职工平均工资为个人账户划入基数。上述退休人员本人养老金高于个人账户划入基数的，以本人养老金为个人账户划入基数。

(三) 个人账户储存额的利息收入。

第二十五条 参加职工基本医疗保险的人员可以使用个人账户的资金支付下列费用：

(一) 在协议管理医疗机构就医发生的、属于个人负担的医疗费用；

(二) 在协议管理医疗机构预防接种和体检的费用；

(三) 在协议管理药品经营单位购买药品及医疗用品的费用；

(四) 需个人缴交的大病医疗互助费等费用；

(五) 个人商业健康保险和意外伤害保险；

(六) 其他符合国家、省、本市规定的费用。

个人账户的本金和利息为参保人员个人所有，可结转使用和依法继承，一般不得提取现金。

第二十六条 基本医疗保险费扣除划入个人账户的部分，构成基本医疗保险统筹基金。大病医疗互助费全部进入大病医疗互助基金。

第二十七条 基本医疗保险设置基本医疗保险统筹基金起付标准、基本医疗保险统筹基金最高支付限额和大病医疗互助基金最高支付限额。

一个结算年度内，医疗保险基金最高支付限额为30万元，其中基本医疗保险统筹基金最高支付限额12万元，大病医疗互助基金最高支付限额为18万元，支付段为超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上部分至30万元。

参保人员住院起付标准为：一类收费标准医疗机构900元；二类收费标准医疗机构650元；三类收费标准医疗机构（含乡镇卫生院和社区卫生服务机构）480元。参保人员在一个结算年度内多次

住院的，起付标准逐次降低，第二次住院按规定住院起付标准的50%计算，第三次及以上住院按规定住院起付标准的30%计算。

第二十八条 基本医疗保险统筹基金用于支付规定的住院、急诊抢救费用、特殊病种门诊的医疗费用及参保人员健康管理费用支出。大病医疗互助基金用于支付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及大病保险特殊药品费用。

第二十九条 基本医疗保险基金纳入财政专户管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占和挪用。

基本医疗保险基金不计征税、费，个人缴纳的基本医疗保险费不计征个人所得税。

第五章 基本医疗保险待遇

第三十条 每年1月1日至12月31日为一个基本医疗保险结算年度。

第三十一条 基本医疗保险实行目录管理，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（以下简称医疗保险三个目录）和相应的管理办法内享受基本医疗保险待遇。

第三十二条 参保人员按规定参加了基本医疗保险的，从缴费的下月起享受基本医疗保险待遇。

用人单位和职工未按时足额缴纳基本医疗保险费的，从欠缴费用的下月起，参保人员停止享受基本医疗保险待遇。用人单位和

职工补足基本医疗保险费本金和滞纳金后，参保人员从缴费的到账之日起开始享受基本医疗保险待遇。

灵活就业参保人员因本人原因未按时足额缴纳基本医疗保险费的，从欠缴费用的下月起，停止享受基本医疗保险待遇。灵活就业参保人员补足基本医疗保险费本金和利息的，从缴费到账之日起开始享受基本医疗保险待遇。3个月内补足的，本结算年度内个人自负比例提高10%；逾期3个月补足的，本结算年度内个人自负比例提高15%。

因用人单位原因中断缴费的，参保人员在中断缴费期间发生的医疗费用除应由个人承担的部分外，其余医疗费用由用人单位承担。因个人原因中断缴费的，中断缴费期间发生的医疗费用由个人承担。

第三十三条 参保人员发生的符合医疗保险三个目录规定的住院医疗费用按以下办法支付：

（一）起付标准以下（含本数，下同）的由个人账户支付或个人自负。

（二）起付标准以上，基本医疗保险统筹基金最高支付限额以下的由基本医疗保险统筹基金和个人共同负担。其中个人负担额按下设分段与自负比例累加计算：1万元以下的个人自负比例按一、二、三类收费标准医疗机构分别为12%、9%、5%；1万元以上，基本医疗保险统筹基金最高支付限额以下的个人自负比例按一、二、三类收费标准医疗机构分别为8%、5%、4%，退休人员

按以上自负比例的60%负担。

(三) 基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上，大病医疗互助基金最高支付限额以下的个人自负比例为6%，退休人员为4.8%。

第三十四条 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) 应当由第三方负担的。
- (三) 应当由公共卫生负担的。
- (四) 在境外就医的。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第三十五条 急诊抢救在72小时内转为住院治疗的，急诊抢救医疗费用与住院费用合并计算；急诊抢救死亡的，按照支付范围在最高支付限额标准内基本医疗保险基金支付80%。不设起付标准。

第三十六条 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湖南省分级诊疗政策由市卫生计生、人力资源社会保障、财政等部门另行制定。

第三十七条 国家公务员在参加基本医疗保险的基础上，享受医疗补助政策，其医疗补助待遇按有关规定执行。国家公务员医

疗补助采取财政负担为主和单位补助为辅的方式。

第三十八条 在参加基本医疗保险的基础上，有条件的企业可建立补充医疗保险。企业补充医疗保险费在工资总额的4%以内的部分，从职工福利费中列支，福利费不足列支的部分，经同级财政部门核准后列入成本。

第六章 医疗服务管理

第三十九条 职工基本医疗保险实行医疗机构和药品经营单位协议管理。

第四十条 社会保险行政部门会同卫生计生、食品药品监督、发展改革等部门根据国家 and 省有关规定，公布三个目录及相应的管理办法。

第四十一条 社会保险行政部门根据国家 and 省有关规定制定特殊病种门诊医疗、家庭病床管理办法及医疗保险费用结算办法。

第四十二条 为规范参保人员基本医疗保险就诊行为，社会保险行政部门根据国家 and 省有关规定制定职工基本医疗保险就诊管理办法。

第四十三条 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，由医疗保险经办机构与协议管理医疗机构、协议药品经营单位直接结算。

第四十四条 探索建立基本医疗保险经办机构与医疗机构、药品供应商的谈判机制，发挥医疗保险对医疗服务和药品费用的制约作用。

第七章 法律责任

第四十五条 违反本办法规定的，按《中华人民共和国社会保险法》等法律、法规和规章处罚。

第四十六条 国家工作人员在社会保险管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分。

第四十七条 违反本办法规定，构成犯罪的，依法移送司法机关追究刑事责任。

第八章 附 则

第四十八条 市、县（市）社会保险行政部门根据本办法依法制定实施细则。

第四十九条 本办法中基本医疗保险用人单位缴费率，个人缴费率，医疗保险基金最高支付限额，基本医疗保险统筹基金最高支付限额，大病医疗互助基金最高支付限额，参保人员住院起付标准，住院医疗费用个人自负比例，个人账户划拨比例根据国家及省、市有关政策适时调整。

第五十条 本办法自2017年1月1日起施行。

抄送：市委有关部门，长沙警备区。

市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市中级人民法院，

市人民检察院。

各民主党派市委。

长沙市人民政府办公厅

2017年1月5日印发
