



普洱市人民政府关于印发普洱市城镇职工 基本医疗保险实施办法的通知

普政规〔2020〕1号

各县（区）人民政府，市直各委、办、局：

现将《普洱市城镇职工基本医疗保险实施办法》印发给你们，
请遵照执行。

普洱市人民政府

2020年7月1日

（此件公开发布）

普洱市城镇职工基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为健全和完善城镇职工基本医疗保险制度,增强基金调节共济功能和抗风险能力,切实保障职工基本医疗需求,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)、《云南省城镇职工基本医疗保险暂行规定》(云南省人民政府令第86号)、《云南省社会保险费征缴暂行条例》(云南省第十届人民代表大会常务委员会公告第42号)、《云南省人力资源和社会保障厅关于城镇职工基本医疗保险最低缴费年限的通知》(云人社发〔2009〕172号)、《云南省人力资源和社会保障厅云南省卫生计生委关于进一步完善流动就业人员医疗保险关系转移接续有关问题的通知》(云人社发〔2016〕290号)等有关法律法规和政策规定,结合普洱市实际,制定本办法。

第二条 城镇职工基本医疗保险实行单基数缴费、市级统筹,全市统一政策、统一缴费基数和缴费比例、统一待遇支付标准、统一费用结算办法、统一信息系统管理、统一经办流程。

第三条 城镇职工基本医疗保险市级统筹坚持基本医疗保险统筹水平与全市经济社会发展水平相适应，统筹基金以收定支、收支平衡、略有结余的原则。

第四条 职能部门工作职责

（一）医疗保障部门是城镇职工基本医疗保险的主管部门，负责制定医疗保险发展规划、医疗保险政策并组织实施和监督指导。医疗保险中心是城镇职工基本医疗保险统筹业务的经办机构，具体承办各项城镇职工基本医疗保险业务；

（二）税务部门根据医疗保障部门的征缴通知负责城镇职工基本医疗保险费用的征缴、清欠工作，并协助医疗保障行政部门及医疗保险中心开展医疗保险扩面工作；

（三）财政部门负责将财政应负担的城镇职工基本医疗保险费纳入财政预算，承担城镇职工基本医疗保险基金专储、划拨工作；

（四）卫生健康、市场监督管理部门按职能职责做好医药机构的监督管理工作；

（五）人社部门负责确认参保人的连续工龄和工作年限；

（六）审计部门依法对医疗保险基金的征缴和收支管理情况进行审计。

第五条 各参保单位、协议医药机构，要成立医疗保险管理内设机构，负责办理相应的医疗保险业务。

第二章 实施范围

第六条 普洱市辖区内所有城镇用人单位，包括各类企业、国家机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工和退休人员，有雇工的个体工商户业主及其从业人员，都必须参加城镇职工基本医疗保险。

第七条 无雇工的个体工商户、被征地农民、农转城人员和城镇灵活就业人员可以自愿选择参加城镇职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险。

第八条 参加基本医疗保险的单位和个人，必须参加大病医疗保险，具体办法按照大病医疗保险规定执行。

第九条 城镇职工基本医疗保险实行属地参保。

（一）普洱市驻思茅城区的市直机关、企事业单位及其职工、退休人员；驻思茅城区的中央、省属机关、企事业单位及其职工、退休人员，由市医疗保险中心负责实施和管理；

（二）其他用人单位及其职工、退休人员和个体身份参保人由所在地医疗保险中心负责实施和管理。

第三章 基金筹集

第十条 以单位参保的，基本医疗保险费由用人单位和在职职工共同缴纳，其中职工个人缴费部分由用人单位在职工本人工

资中扣缴；以个体身份参保的，基本医疗保险费由个人筹资缴纳。医疗保险缴费一经缴纳，不予退费。

第十一条 单位缴费的来源

（一）财政全额拨款的预算单位，单位部分缴费由财政给予保障；

（二）财政差额拨款的预算单位，单位部分缴费按财政差额补助比例给予保障，其余部分由单位自筹缴纳；

（三）企业和自收自支的事业单位，由单位自筹缴纳。

第十二条 医疗保险缴费基数按国家统计局规定的工资统计口径计算，每年核定一次。各参保单位于每年**12月20日**前，向医疗保险中心如实申报工资总额，提供上年度职工工资发放表、财务报表及劳动工资统计年报等资料，经医疗保险中心审核认定后，于次年**1月**起调整缴费基数，**1至12月**为一个缴费年度。参保单位发生人员增减变动时，应持有关材料及时向医疗保险中心办理增减手续。

缴费基数按以下规定计算：

（一）根据上上年城镇单位就业人员平均工资总额，用人单位在职职工的工资低于上上年城镇单位就业人员平均工资**60%**的，以**60%**核定缴费基数；高于**60%**、低于**300%**的，以实际工资核定缴费基数；超过上上年城镇单位就业人员平均工资**300%**的，以**300%**核定缴费基数；

(二)与原单位保留劳动关系的停薪留职人员和内部退养人员，按本单位上上年在岗职工平均工资核定缴费基数；

(三)以个体身份参保的，缴费基数按上上年城镇单位就业人员平均工资的 60%核定。

第十三条 缴费比例

(一)用人单位按缴费基数的 10%缴纳基本医疗保险费，职工个人按缴费基数的 2%缴纳基本医疗保险费；

(二)以个体身份参保的人员按缴费基数的 12%缴纳基本医疗保险费。

基本医疗保险缴费比例根据全市经济社会发展水平、医疗保险的运行和医疗费用水平的变化情况，由市医疗保障部门提出意见，经市人民政府批准后适时调整。

第十四条 基本医疗保险费不计征税、费。

第十五条 基本医疗保险缴费数据由市、县（区）医疗保险中心按月分别提供给市、县（区）税务部门。参保单位按月、个体身份参保人按年向参保地税务部门缴纳职工基本医疗保险费。

第十六条 基本医疗保险费必须按规定足额缴纳，不得拖欠、拒付、减免、缓缴。如发生欠费必须及时补缴，按欠费当年的缴费基数核定补缴基数，补缴之月前发生的医疗费用统筹基金不予支付。

凡未按本办法缴纳基本医疗保险费的，欠费期间不得享受基本医疗保险统筹基金支付的医疗保险待遇。

第四章 参保管理

第十七条 用人单位和个体身份参保人按《云南省社会保险费征缴条例》相关规定办理参保、变更、注销等手续。

第十八条 新参保的用人单位职工从办理参保缴费当月起享受基本医疗保险待遇；新参保的个体身份参保人缴纳医疗保险费满一年后，方可享受由统筹基金支付的医疗保险待遇。

第十九条 每年 1 至 3 月为个体身份参保人员集中缴费期，在集中缴费期内缴纳费用的个体身份参保人，自缴费当年 1 月 1 日起享受基本医疗保险待遇。在非集中缴费期内缴纳费用的个体身份参保人，自缴费当月起享受基本医疗保险待遇。

第二十条 个体身份参保人连续断缴基本医疗保险费两年及以上的，续缴城镇职工基本医疗保险费时，按个体身份新参保办理，缴纳医疗保险费满一年后，方可享受由城镇职工基本医疗保险统筹基金支付的医疗保险待遇。

第二十一条 已参加城镇职工基本医疗保险的个体身份参保人，本人自愿转为城乡居民基本医疗保险的，由本人提出变更申请，可以转入参加城乡居民基本医疗保险，享受居民基本医疗保险待遇；已参加城乡居民基本医疗保险的参保人，本人自愿转为城镇职工基本医疗保险的，由本人提出变更申请，按新参保的

个体身份参保人办理参加城镇职工基本医疗保险，享受城镇职工基本医疗保险待遇。

城乡居民医疗保险与城镇职工医疗保险互转按年度进行，年度内中途不得跨转。

第二十二条 参加城镇职工基本医疗保险参保人退休时，其缴费年限男满 30 年、女满 25 年的，退休人员本人和单位不再为其缴纳基本医疗保险费，享受城镇职工基本医疗保险规定的退休人员医疗保险待遇。缴费年限含实际缴费年限和视同缴费年限，视同缴费年限指参保人 2003 年 1 月 1 日以前符合国家和省规定认可的连续工龄或工作年限。

第二十三条 流动就业人员参加职工医疗保险的缴费年限异地互认，参保人在转出地职工医疗保险记录的缴费年限可作为视同缴费年限累计计入转入地职工医疗保险缴费年限记录。

第二十四条 军人的服役年限作为视同缴费年限计入转入地职工医疗保险缴费年限记录；随军未就业的军人配偶在部队参加医疗保险的实际缴费年限可作为视同缴费年限计入转入地职工医疗保险缴费年限记录。

第二十五条 从城乡居民医疗保险转入城镇职工医疗保险的参保人，年满 16 周岁至法定退休年龄的城乡居民基本医疗保险的实际缴费年限，按照 3 年折算 1 年的标准作为职工医疗保险视同缴费年限计入转入地职工医疗保险缴费年限记录。

第二十六条 参保人退休时缴费年限未达到规定的，应以申

请退休医疗待遇时的缴费基数和统筹地的单位缴费费率，一次性补缴满规定缴纳年限后，享受城镇职工基本医疗保险规定的退休人员医疗保险待遇，补缴的医疗保险费不划入基本医疗保险个人账户。因经济困难的个体身份参保人，经本人自愿申请，可以按在职状态逐年缴费，享受在职人员医疗保险待遇，直至缴费年限达到上述规定后享受退休人员医疗保险待遇。

第二十七条 缴费年限认定。参保人实际缴费年限由属地医疗保险中心确认；参保人正常退休的，视同缴费年限由属地医疗保险中心确认；参保人提前退休或缴费年限认定有争议的，视同缴费年限由属地人力资源和社会保障行政部门认定。参保人退休证注明有养老保险视同缴费年限的，可作为医疗保险的视同缴费年限，其他视同缴费年限的认定以个人档案记载为准。

第五章 统筹基金和个人账户管理

第二十八条 基本医疗保险基金由基本医疗保险统筹基金和职工个人医疗基金账户构成。用人单位在职职工个人缴纳的基本医疗保险费、个体身份参保人缴纳的基本医疗保险费的 **2%**，全部计入个人账户。用人单位缴纳的基本医疗保险费和个体身份参保人缴纳的基本医疗保险费的 **10%**，一部分划入个人账户，一部分用于建立统筹基金。

第二十九条 基本医疗保险基金的银行计息办法为：当年筹集的部分，按银行同期活期存款利率计息；上年结转的基金本息，按三个月期整存整取银行存款利率计息；存入社会保障财政专户的沉淀资金，比照三年期零存整取储蓄存款利率计息，并不低于该档次利率水平。每年记入个人账户的存款利率，由市医疗保障局根据当年的银行存款利率确定。

第三十条 医疗保险中心为参保人建立个人医疗保险基金账户，个人账户实行社会保障卡管理。

（一）个人账户记载下列内容：

1.参保人姓名、性别、出生年月、单位、人员类别（在职、退休、离休人员、老红军、建国前老工人等）、参保地、身份证号码等基本情况；

2.个人缴费基数和个人缴纳的基本医疗保险费（缴费基数的2%）；

3.从用人单位缴纳的基本医疗保险费（个体身份参保人10%的缴费部分）中按照年龄、缴费基数等一定比例记入的部分，具体为：年龄在45周岁以下的参保人以本人缴费基数的1.9%，年龄在45周岁以上(含45周岁)的参保人以本人缴费基数的2.3%，参保退休人员以本人上上年度基本养老金总额的3.8%计入个人账户，达到法定退休年龄、无基本养老金、缴费年限符合规定的参保人以上上年城镇单位就业人员平均工资60%的3.8%计入个人账户；

- 4.个人账户的使用情况和结余资金的本息；
- 5.国家公务员医疗补助金额及其他国家政策性补助金额。

(二)单位和个人按月足额缴纳基本医疗保险费后,个人账户每月记入一次。

(三)个人账户本金和利息归个人所有,可以结转使用和继承:

- 1.职工在统筹地范围内工作调动、转移时,只转关系;调出本统筹地的,个人账户余额随工作关系转到调入地区;

- 2.参保人员死亡后,其个人账户结余资金一次性退给继承人;没有合法继承人的,其结余资金划入统筹基金账户。

第三十一条 医疗保险个人账户实行定向使用,结余归己,超支不补。使用范围如下:

(一)在协议医疗机构门诊看病、治疗,协议药店购药等医药费用支付;

(二)统筹基金支付以外的住院医疗费用个人负担部分的支付;

(三)政策规定的其它可支付范围。

第三十二条 统筹基金的建立和使用范围

(一)用人单位缴纳的医疗保险费划入个人账户后的剩余部分建立统筹基金;

(二)统筹基金按规定用于支付职工住院医疗费和门诊紧急抢救医疗费用;

(三) 经批准纳入统筹基金支付范围的特殊病、慢性病门诊补助。具体病种和管理办法按照城镇职工基本医疗保险特殊病、慢性病门诊治疗管理及统筹补助规定执行；

(四) 政策规定的其它可支付范围。

第六章 医疗待遇

第三十三条 参保人在医疗保险协议医疗机构发生的符合城镇职工基本医疗保险基金支付范围的住院医疗费用，起付标准和统筹基金支付比例为：

(一) 三级医疗机构，起付标准为 800 元，在职职工统筹基金支付比例为 88%，退休人员统筹基金支付比例 92%；

(二) 二级医疗机构，起付标准为 600 元。在职职工统筹基金支付比例为 89%，退休人员统筹基金支付比例 93%；

(三) 一级医疗机构，起付标准为 300 元，在职职工统筹基金支付比例为 90%，退休人员统筹基金支付比例 94%；

(四) 门诊紧急抢救视同一次住院，按住院费用报销，但医疗费用不设起付线；

(五) 转往省城驻地昆明市或省外医院住院的，起付标准为 1200 元。统筹支付比例比本地同级别医院分别降低 3%；转往省内其他州（市）医院住院的，起付标准和统筹支付比例按普洱市同级别协议医疗机构执行；

（六）以住院医疗机构的起付标准为基础，年内第二次住院的，起付标准降低 100 元，第三次及以上住院的，起付标准在首次住院的基础上降低 200 元。住院费用达不到起付标准的不计住院次数；

（七）城镇职工基本医疗保险住院医疗待遇与分级诊疗挂钩。参保人员转诊转院按分级诊疗相关规定执行，未按规定转诊转院发生的医疗费用，报销比例降低 10 个百分点。由上级医疗机构转往下级医疗机构住院的，免收本次在下级医疗机构住院的起付线。

第三十四条 参保人员门诊紧急抢救或住院医疗发生下列情况时，在职人员医疗费用按以下比例自付（退休人员减半）：

（一）使用乙类药品所发生的费用，个人先自付 3%；

（二）参保人员住院期间或者门诊紧急抢救时进行 X 线电子计算体层摄影（CT）、发射计算机断层仪（ECT）、彩色 B 超、核磁共振成像（MRI）等高新技术特殊检查，进行体外冲击波碎石、射频消融治疗等特殊治疗费用个人先自付 20%；

（三）参保人员安装国产人工器官（如心脏起搏器、人工晶体、人工关节等）、国产特殊材料以及施行器官移植的医疗单项费用的医疗费用，由个人先自付 20%；安装中外合资、进口人工器官的，个人先自付 30%；

（四）其他在基本医疗保险诊疗项目内允许收费的材料费用按相关规定执行。

第三十五条 基本医疗保险统筹基金最高支付限额按年度累加计算，统筹基金最高支付限额为 7 万元。超过最高支付限额以上的医疗费用，按大病医疗保险规定支付。

基本医疗保险统筹基金起付标准、支付比例和最高支付限额由医疗保障行政部门根据经济社会发展和医疗保险基金收支运行情况适时调整。

第三十六条 参保人员、协议医药机构应严格执行《基本医疗保险药品目录》、《基本医疗保险诊疗项目》和《基本医疗保险服务设施范围和支付标准》，超出规定范围的费用医疗保险统筹基金不予支付。

第三十七条 基本医疗保险不予支付费用的项目，除了国家、省规定的以外，有下列情形之一的，也不属于基本医疗保险基金支付范围：

- （一）在非协议医药机构就医、购药的；
- （二）属于工伤保险支付的医疗费用；
- （三）因违法犯罪、吸毒、酗酒、打架斗殴、自伤自残（不含精神疾病状态下的自伤自残行为）造成的医疗费用；
- （四）应当由第三方责任人负担的交通肇事和属其他保险、其他赔付责任范围应支付的医疗费；
- （五）其他应由个人支付项目的医疗费用。

第七章 费用结算

第三十八条 参保人员就医、购药须持社会保障部门统一制作的社会保障卡。

第三十九条 参保人员确因病情需要转往统筹区外就医的，按照转诊转院的规定办理。因病情危急，来不及按规定办理手续的，须于就医后7天内补办。转诊转院的视同再次住院。

参保人员在统筹区外就医，经异地就医备案后，持社会保障卡可在已经开通异地网联结算的协议医疗机构直接结算医疗费。

参保人员在统筹区外未开通异地联网结算的协议医疗机构就医发生的医疗费用，先由本人垫付，持诊断证明、住院费用明细清单和发票原件等，回参保地医疗保险中心审核报销。

第四十条 异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员、异地出差、临时外出在国内探亲旅游的参保人员在统筹区外开通异地网联结算的协议医疗机构就医的，按异地就医相关规定即时结算；在未开通异地联网结算的协议医疗机构就医发生的医疗费用，先由本人垫付，持本人社会保障卡、发票原件、诊断证明、住院费用明细清单回参保地医疗保险中心审核报销。

第四十一条 参保人员因患急病，不能到协议医疗机构就诊的，可在就近医疗机构临时就诊，如急症须住院的，应在入院后三日内办理转院手续。因病情须就地抢救而不允许在三日内转院的，应及时报备参保地医疗保险中心。

第四十二条 参保人员出院带药量实行限量管理。一般疾病为 7 日量；需较长时间服药的慢性疾病（如高血压、糖尿病、结核病等），以一月量为限。带药处方不得开与住院疾病无关的药物。

第四十三条 医疗保险中心与协议医药机构按月结算医药费用。协议医药机构应于每月 5 日前将上月发生的医药费用向属地医疗保险中心申报，医疗保险中心将审核通过的医药费用划拨各协议医药机构。

第八章 基金管理

第四十四条 基本医疗保险基金实行税务征收、财政专户存储，收支两条线管理，专款专用，不得挤占、挪用，也不得用于平衡财政预算。

第四十五条 医疗保险基金纳入社会保险基金预（决）算。各级医疗保险中心要严格执行医疗保险基金的预决算制度、财务会计制度和内控制度，切实加强医疗保险基金财务管理，确保基金安全。

第四十六条 各级医疗保障部门、财政部门，要加强对基本医疗保险基金的监督管理。审计部门要强化对医疗保险经办机构的基金收支情况和管理情况的审计监督。



第四十七条 参保单位和个人不按规定缴纳基本医疗保险费的,由医疗保障行政部门按《云南省社会保险费征缴暂行条例》的相关规定执行。

第四十八条 参保单位必须定期向职工公布医疗保险费的缴纳情况,接受职工监督,确保职工基本医疗保险权利不受侵犯。

第九章 协议医药机构管理

第四十九条 基本医疗保险实行医药机构协议管理,医疗保障部门负责申请协议管理医药机构的评审准入。对已通过评审准入的医药机构,按照属地管理的原则,由当地医疗保险中心与其签订服务协议,协议双方严格履行好权利和义务。

第五十条 协议医药机构应按要求制作并悬挂协议医药机构标志牌。

第五十一条 各级医疗保险中心要与属地内的协议医药机构签订包括服务范围、服务内容、服务质量、医疗费用结算办法等内容的协议,明确双方的责任、权利和义务。协议有效期一般为一年,任何一方违反协议,双方都有权解除协议,但必须提前30日通知对方和参保人,并报当地医疗保障行政部门备案。

第五十二条 协议医药机构要加强内部管理,规范医疗服务行为,提高医疗服务质量。建立医药分开、分别核算制度,降低医药成本。医疗服务价格、医疗技术劳务价格收费标准要向社会

公开，接受监督。对参保人员的医疗费用要单独建账，外配处方要留存备查。医务人员应严格执行有关规定，因病施治，合理检查，合理用药。定点医疗机构和定点零售药店应配备专（兼）职管理人员，与医疗保险中心共同做好医疗服务管理。

第五十三条 协议医药机构要严格执行国家和省制定的基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施支付标准，并执行本市制定的费用结算办法等有关规定。医疗保险中心要加强对协议医疗机构参保人员医疗费用的检查、审核和对协议药店处方外配服务情况的检查及费用审核。协议医药机构有义务提供与费用审核相关的全部资料及账目清单。对违反规定的费用，医疗保险中心不予支付。

第五十四条 医疗保障部门会同卫健、市场监督管理等有关部门做好对协议医药机构服务、管理情况的监督检查，并由医疗保障部门实行年检考核。

第十章 法律监督

第五十五条 协议医药机构有违反基本医疗保险规定和服务协议的，视情节轻重，医疗保障部门可对医药机构作出约谈、责令改正、予以警告或通报批评等处理，并扣回不应由医疗保险基金支付的费用。有下列情节之一的，一律解除服务协议。情节严重的，由相关部门按相应的法律法规处理：

（一）通过伪造医疗文书、财务票据或凭证等方式，虚构医疗服务“假住院、假就诊”等涉及套取骗取医保基金的；

（二）为非协议管理医疗机构、暂停协议医疗机构提供医疗费用结算的；

（三）协议有效期内累计 3 次被暂停协议，或暂停协议期间未按时限要求整改或整改不到位的；

（四）被吊销《医疗机构执业许可证》或《营业执照》的；

（五）拒绝、阻挠或不配合经办机构开展必要监督检查的；

（六）其他造成严重后果或重大影响的违约行为。

第五十六条 参保人员有下列行为之一的，医疗保障行政部门有权追回所发生的费用，并视情节轻重，予以批评。构成犯罪的，由相关部门依法追究其刑事责任：

（一）将社会保障卡转借他人使用的；

（二）持他人社会保障卡冒名就医的；

（三）私自伪造涂改处方、费用单据等骗取医保基金待遇享受的；

（四）其他违反基本医疗保险规定的行为。

第五十七条 医疗保险中心及其工作人员有下列行为之一的，由医疗保障行政部门视情节轻重责令整改，并依法给予行政处分；构成犯罪的，由相关部门依法追究其刑事责任：

（一）在收缴基本医疗保险费、记载管理个人账户和审核、报销、支付医疗费用时，徇私舞弊、损公肥私的；

(二) 利用职权和工作之便，贪污、挪用基本医疗保险基金或索贿受贿、谋取私利的；

(三) 玩忽职守或违反财经纪律造成医疗保险基金重大损失的；

(四) 擅自减免或增加参保单位和个人应缴纳医疗费用的；

(五) 有其他不法行为被投诉，并经查证属实的；

(六) 违反医疗保险的其他有关规定的。

第十一章 附 则

第五十八条 参保人员在协议医疗机构就诊发生医疗事故的，按照医疗事故相关规定处理。由于医疗事故及后遗症所增加的医疗费用医疗保险统筹基金不予支付。

第五十九条 对突发性、流行性传染病和自然灾害等因素所造成的大范围急、危、重病人抢救的医疗费用，由各级人民政府协调解决。

第六十条 离休人员、老红军、二等乙级以上革命伤残军人按现行的医疗待遇规定执行。

第六十一条 本办法自发文之日起施行，以前文件规定与本办法不一致的，按本办法执行。