

# 湖南省城乡居民基本医疗保险实施办法

(征求意见稿)

## 第一章 总则

**第一条** 根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》等法律法规以及《国家医保局财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》(医保发〔2021〕5号)、《中共湖南省委 湖南省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》(湘发〔2021〕3号)等文件精神,为规范、完善全省统一的城乡居民基本医疗保险(以下简称居民医保)制度,结合我省实际,制定本办法。

**第二条** 居民医保制度遵循以下基本原则:

- (一) 坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续;
- (二) 坚持筹资水平、保障标准与经济社会发展水平相适应;
- (三) 坚持互助共济,居民个人缴费和政府补助相结合;
- (四) 坚持权利和义务相结合,居民公平享有基本医疗保险待遇;
- (五) 坚持以收定支、收支平衡、略有结余。

**第三条** 本省行政区域内的居民参加居民医保适用本办法。

## 第二章 组织机构与职责

**第四条** 省级医疗保障行政部门（以下简称医保行政部门）是全省居民医保工作的主管部门，行使居民医保管理职能。按照国家医疗保障待遇清单制度要求，在国家规定的范围内制定居民医保具体筹资及待遇等政策，并根据国家有关要求动态调整。

各市州医保行政部门按照省级有关规定制订政策实施细则，并负责组织实施。

各县市区医保行政部门按照市级统筹的规定，对辖区内居民医保工作进行综合管理、监督指导、协调服务。

**第五条** 各级医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）负责落实参保权益记录、医疗服务协议、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付、异地就医结算等工作。建立健全业务、财务、安全和风险管理制度。定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况，接受社会监督。

**第六条** 税务部门参与制定居民医保缴费政策；负责受理缴费申报、保费征收、会统核算，以及与人民银行国库的资金对账工作；联络乡镇（街道）组织开展居民医保征收工作；对乡镇（街道）、村（居）委会、学校等代征人员开展业务辅导，并会同有关部门监督代收资金情况；会同有关部门编制居民医保收入预算；商同级财政、人民银行确定国库经收部门业务办理相关事宜。

财政部门负责监管基金的资金划拨情况；负责通知国库部门将居民医保费划转至财政专户；牵头编制审核居民医保预算；与

国库部门、医保部门做好资金对账工作；根据医保部门提交的退费用款计划，将退费金额划拨至医保部门的支出户；落实财政补助资金及困难人员参保补助资金，安排必要工作经费（含征缴代办费）。

人民银行负责指导国库经收部门开设待报解账户，监督待报解专户资金运行情况；配合有关部门做好居民医保费的收纳、划转工作，以及资金对账工作。

教育部门负责开展全日制普通大中专院校、中小学、幼儿园情况调度摸底工作，向医保、税务部门提供参保清册；负责督促全日制普通大中专院校做好参保缴费动员工作，督促中小学校、幼儿园配合做好参保缴费动员工作。

审计部门负责对社会保险基金的收支、管理等情况实施监督。

公安、民政、卫生健康、退役军人事务、乡村振兴、残联、人民法院等单位负责将居民个人的出生、死亡、失踪以及户口登记、变更、迁移、注销等信息，以及特困人员、低保对象、残疾人等各类困难人员的信息与医保经办机构共享。

**第七条** 县市区人民政府负责辖区内居民医保组织参保和基金筹集工作。

乡镇政府、街道办事处具体负责组织辖区内居民医保的参保登记、缴费续保、政策宣传等工作。

行政村、社区负责承办县市区下放的居民医保高频服务事项。鼓励采取政府购买服务的方式，建立居民医保村级（社区）

协管员制度。

县市区人民政府、乡镇街道成立涵盖医保、税务、财政、民政、教育等部门的医保征缴工作协调机构，共同做好居民医保费征收服务业务培训、缴费宣传、督促督导和征收风险防范等工作。

### 第三章 参保及缴费政策

**第八条** 除职工基本医疗保险应参保人员以及按国家规定享有其他保障的人员以外，其他所有城乡居民均属居民医保制度覆盖范围。具体包括农村居民、城镇非从业居民，在校学生及学龄前儿童，在我省居住且办理了居住证的未就业港澳台居民，在我省就读的港澳台大学生、外国国籍留学生，在我省永久居留的未就业的外国人，以及规定的其他人员。

**第九条** 按照属地管理原则，居民（含相关部门认定的特殊身份困难人员）原则上在户籍所在地参加居民医保。未在户籍所在地参加居民医保的，也可在常住地参加居民医保，并向参保地主管税务机关申报缴纳居民医保费。在校大中专学生、中小学生、幼儿以学校或幼儿园为单位在学校或幼儿园所在地整体参加居民医保，由所在学校或幼儿园统一办理，代收代缴居民医保费。居民不得重复参加居民医保，也不得同时参加居民医保和职工医保。

**第十条** 居民医保实行个人缴费与政府财政补助相结合为主的筹资方式。鼓励有条件的乡镇、街道、集体、单位或其他社

会经济组织对居民个人缴费给予扶持或资助。

**第十一条** 完善居民医保筹资动态调整机制，合理划分政府与个人的筹资责任。每年7月底前由省级医保行政部门会同财政部门按照国家有关政策合理确定下一年度全省居民医保的筹资标准。

**第十二条** 居民应当按年度一次性缴纳居民医保费，才能享受相应的医保待遇。在校大中专学生参保缴费及待遇享受统一按自然年度执行，但对于新入学大中专学生医保待遇自缴费当年9月1日起执行。除规定的特殊情形外，居民未在规定的集中参保缴费期内参保缴费的，不能享受居民医保待遇。特殊情形由省级医保行政部门另行明确。

**第十三条** 落实困难人员参保分类资助政策。资助标准由省级医保行政部门会同财政部门确定并适时调整。对特困人员参加居民医保的个人缴费部分给予全额资助（重度残疾人、孤儿、事实无人抚养儿童参照执行），对纳入乡村振兴部门监测范围的脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户（以下简称“监测对象”）以及低保对象、最低生活保障边缘家庭成员等困难人员参加居民医保的个人缴费部分给予50%的资助。困难人员具有多重身份属性的，按照就高不就低的原则执行相关政策标准。对困难人员实行同缴同补，个人只需按规定缴纳个人应缴部分。困难人员已在异地参加居民医保的，可以在户籍地享受参保资助政策，并可按规定申请医疗救助。在集中参保缴费期结束以后，相

关部门动态新增认定的困难人员，不再追补参保资助费用，从下一个集中参保缴费期开始享受参保资助政策。

优抚对象、计划生育特殊家庭成员等特殊群体的参保资助政策按相关主管部门政策执行。

**第十四条** 省与市、县财政按规定对居民医保予以补助。居民医保财政补助执行中央制定的国家基础标准，所需经费中央与地方按 6:4 分担（享受西部政策地区按 8:2 分担）。地方分担部分，省财政按照规定的分类分档分担比例承担支出责任。按规定应由市、县财政分担的补助资金，应当纳入同级财政年度预算安排，并及时、足额拨付到位。

**第十五条** 居民缴费后，在相应待遇享受期未开始前因死亡、参加职工医保或重复参保缴费等特殊情形，可在终止相关居民医保参保关系的同时，依申请办理退费。待遇享受期开始后，对暂停的居民医保参保关系，个人缴费不再退回。居民医保待遇享受期为每年的 1 月 1 日至 12 月 31 日。

**第十六条** 年度内因就业等个人状态变化由职工医保变更为居民医保的，且中断缴费 3 个月（含）以内的，可按转入地规定办理补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在转入地按规定享受待遇，中断期间的待遇可在转入地按规定追溯享受。中断缴费 3 个月以上的，设置待遇享受等待期 30 天。

## 第四章 征收服务

**第十七条** 居民医保费征收按照政府主导、税务主责、乡镇（街道）主抓、部门协作的原则，实行政府统一组织、多方协作配合、集中征收或委托代收，提高征收效率，降低征收成本，畅通缴费渠道，优化缴费服务。

**第十八条** 每年9月1日至12月31日为下一年度的集中参保缴费期。省级医保行政部门会同税务机关，根据工作需要可以适当延长集中参保缴费期。

**第十九条** 税务部门应为居民提供方便快捷的缴费渠道。居民可以通过网上、实体、自助等等多元化方式缴费。税务部门鼓励和引导居民选择网上缴费方式。

**第二十条** 村组（社区）代办人员应协助居民参保缴费工作，引导居民自主申报缴费。确有必要集中代收居民缴费的，应限期限额缴入国库。

村组（社区）在每年度的居民医保缴费工作结束后，应及时进行缴费公示。村组（社区）代办工作经费纳入县市区人民政府财政预算予以保障。

**第二十一条** 在集中参保缴费期前，医保部门应做好各类困难人群身份标识并反馈税务部门，由税务部门根据困难人群标识及缴费标准，征收个人应缴费款。

## 第五章 基金管理

**第二十二条** 居民医保基金由以下四部分组成：

- (一) 居民个人缴纳的基本医疗保险费；
- (二) 政府财政补助资金；
- (三) 基金利息收入；
- (四) 其他渠道筹集资金。

**第二十三条** 居民医保执行国家统一的基金财务制度、会计制度和基金预决算管理制度。居民医保基金纳入财政专户，实行收支两条线管理，独立核算、专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用。居民医保基金的银行计息按相关政策享受优惠利率。

**第二十四条** 居民医保按照全省统一政策、基金市级统筹、县市区经办的模式管理。各市州要进一步完善市级统筹实施办法，全面实现居民医保基金市级统收、市级统支、市级预决算管理。根据本辖区的经济发展状况、医疗服务水平、费用控制指标等因素，科学制定基金管理办法和考核标准。

**第二十五条** 按照政策统一规范、基金调剂平衡、完善分级管理、强化预算考核、提升管理服务的方向，稳步推进省级统筹。探索建立居民医保省级风险调剂金制度。

**第二十六条** 居民医保基金累计结余原则上应控制在合理水平。各市州要建立健全基金运行风险预警机制，防范基金风险，提高基金使用效率。

**第二十七条** 建立异地就医即时结算周转金制度。异地就医即时结算周转金纳入财政专户管理。

## 第六章 医疗保险待遇

**第二十八条** 居民医保基金按照规定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围支付。居民医保基金可支付下列费用：

- （一）政策范围内的住院医疗费用；
- （二）政策范围内的门诊医药费用；
- （三）购买城乡居民大病保险；
- （四）生育医疗费用（含产前检查费）补助；
- （五）无第三人责任的意外伤害医疗费用，以及经相关部门认定、按比例剔除应由第三人负担后的医疗费用，医保部门委托相关机构对意外伤害的查勘费用；
- （六）符合国家和我省规定的其他情形。

**第二十九条** 下列医疗费不纳入居民医保基金支付范围：

- （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；
- （五）体育健身、养生保健消费、健康体检以及非功能性整形、矫形手术等；
- （六）因违法犯罪行为引发的医疗费用；
- （七）国家和我省规定不予支付的其他情形。

**第三十条** 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。

**第三十一条** 居民医保基金设置住院起付标准。参保人员在市域内定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费，起付标准以上的部分，由居民医保基金按比例支付。第一次住院起付标准：基层医疗卫生机构（包括政府举办的乡镇卫生院和城市社区卫生服务机构，或医疗服务价格按三类价格下浮的医疗机构）200 元；一级医疗机构或不设等级医疗机构（或医疗服务价格为三类的医疗机构）500 元；二级医疗机构（或医疗服务价格为二类的医疗机构）800 元；三级医疗机构（或医疗服务价格为一类的医疗机构）1200 元；省部属医疗机构（或医疗服务价格按一类价格上浮的医疗机构）2000 元。

参保人员在一个自然年度内多次住院的，第二次及以上住院的起付标准按第一次住院同级别医疗机构起付标准的 50% 计算，起付标准累计不超过 3000 元。

**第三十二条** 省级医保行政部门要统筹考虑住院支付与门诊支付政策相互衔接，根据居民医保基金运行情况不断完善起付标准动态调整机制，原则上当年度起付标准控制在上年度均次住院费用的 10%—20%。

**第三十三条** 参保人员在市域内定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费，起付标准以上的部分，由居民医保基金按比例支付：基层医疗卫生机构（包括政府举办的乡镇卫生院和城市社区卫生服务机构，或医疗服务价格按三类价格下浮的医疗机

构)支付比例 90%;一级医疗机构或不设等级医疗机构(或医疗服务价格为三类的医疗机构)支付比例 85%;二级医疗机构(或医疗服务价格为二类的医疗机构)支付比例 80%;三级医疗机构(或医疗服务价格为一类的医疗机构)支付比例 65%;省部属医疗机构(或医疗服务价格按一类价格上浮的医疗机构)支付比例 60%。

**第三十四条** 探索建立居民医保连续参保缴费激励机制。自本办法实施开始,对连续参加居民医保 5 年(含)以上的,相应的支付比例提高 2 个百分点;连续参加居民医保 10 年(含)以上的,相应的支付比例提高 5 个百分点。

**第三十五条** 因突发疾病急诊抢救转为住院治疗的,急诊抢救(含院前急诊抢救)医疗费用与住院医疗费用合并计算;急诊抢救死亡或未转为住院治疗的,对政策范围内的医疗费用,视同住院医疗费用按规定报销。对部分适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗,参照住院待遇进行管理。

**第三十六条** 居民医保基金设置住院最高实际支付限额。一个自然年度内,住院(含参照住院待遇进行管理)医疗费用的最高实际支付限额为 15 万元。

**第三十七条** 参保人员应当在参保地或异地基本医疗保险定点医疗机构就医。因外出务工、长期在外地居住等特殊情形需在异地就医的,应当在入院治疗 3 个工作日内报参保地医保经办机构备案。已经备案或办理转诊手续在省内异地、跨省异地定点

医疗机构就医的，比照参保地同级别定点医疗机构相关标准予以报销。未按照有关规定办理备案或转诊手续的，居民医保基金支付比例降低 10 个百分点。除危急重症患者抢救外，在非基本医疗保险定点医疗机构发生的医疗费用不予支付。

**第三十八条** 进一步完善居民医保门诊医疗保障政策。要全面开展居民医保普通门诊统筹，完善慢特病门诊保障政策，落实高血压、糖尿病门诊用药保障政策。门诊医疗保障资金规模控制在居民医保基金总额的 20%左右，根据实际需要动态调整。具体办法由省级医保行政部门会同财政部门另行制定。

**第三十九条** 进一步完善城乡居民大病保险制度，提高参保人员重特大疾病保障水平。采取委托商业保险机构承办大病保险的方式，发挥市场机制作用和商业保险机构专业优势，提高大病保险运行效率、服务水平和质量。

**第四十条** 大病保险筹资标准原则上控制在当年居民医保基金筹资标准的 10%左右。

**第四十一条** 参保人员患大病发生高额医疗费用，经居民基本医保按规定支付后，个人负担的政策范围内医疗费用由大病保险按规定比例支付。

**第四十二条** 大病保险起付标准按全省上年度居民人均可支配收入的 50%左右确定，对特困人员、低保对象、返贫致贫人口实施起付线降低 50%。

**第四十三条** 对参保人员一个自然年度内累计个人负担的

政策范围内医疗费用，扣除大病保险起付线以后，分四段累计补偿：0至3万元（含）部分报销60%，3万元以上至8万元（含）部分报销65%，8万元以上至15万元（含）部分报销75%，15万元以上部分报销85%。特困人员、低保对象、返贫致贫人口，在扣除大病保险起付线以后，各段报销比例分别提高5个百分点。

**第四十四条** 大病保险年度最高补偿限额为40万元。对特困人员、低保对象、返贫致贫人口取消大病保险封顶线。

**第四十五条** 随着大病保险筹资能力、管理水平不断提高，省级医保行政部门会同财政部门适时提高报销比例和最高补偿限额。大病保险实施办法由省级医保行政部门会同财政部门、银保监部门另行制定。

**第四十六条** 居民医保基金对参保居民的产前检查费和生育医疗费用给予补助。产前检查费最高补助标准为600元；平产最高补助标准为2000元；剖宫产最高补助标准为3000元。补助标准由省级医保行政部门会同财政部门根据居民医保基金运行情况适时调整。孕产妇因高危重症救治发生的医疗费用，参照因疾病住院相关标准支付。

**第四十七条** 居民医保执行全省统一的基本医疗保险药品、医用耗材和医疗服务项目目录和支付标准。具体由省级医保行政部门另行制定。

**第四十八条** 由职工医保变更为居民医保的，其年度住院医疗费用最高支付限额执行居民医保最高支付限额以及大病保险

最高补偿限额规定，但应扣减其在职工医保期内已经报销的额度；其门诊医疗费用按居民医保门诊保障政策规定执行。

**第四十九条** 居民医保基金对意外伤害、交通事故发生的医疗费用的支付管理办法，由省级医保行政部门会同财政部门另行制定。

## 第七章 医疗服务管理

**第五十条** 完善定点医药机构协议管理办法，强化服务协议管理，建立健全考核评价机制和动态的准入退出机制。建立定点医疗机构服务质量保证金制度。医保经办机构与定点医疗机构结算应支付的医疗费用时，预留不超过5%的额度作为服务质量保证金。服务质量保证金根据定点医疗机构年度考核结果予以返还。探索建立医保医师管理制度，逐步将医保对定点医疗机构服务的监管延伸到对医务人员医疗服务行为的监管。

**第五十一条** 定点医疗机构要规范医疗服务行为，为参保人员提供合理、必要的医疗服务，优先选择基本医保目录内安全有效、经济适宜的诊疗技术和药品、耗材，严格控制不合理医疗费用发生。医保经办机构要严格医保协议管理、考核，严控基本医保目录外费用占比。原则上二级及以下医疗机构基本医保目录外费用占比不超过5%，二级以上医疗机构基本医保目录外费用占比不超过8%。确因病情需要使用基本医保目录之外的药品、耗材等，医务人员必须事先与参保患者或家属沟通，征得同意后，

并由其本人或家属逐项签字确认同意自费。

**第五十二条** 参保人员在定点医药机构发生的医疗费用，应当由居民医保基金支付的部分，由医保经办机构与定点医药机构直接联网结算。应由个人支付的医疗费用，由本人与定点医药机构结清。暂因客观原因无法即时结算的，由本人先行垫付，出院后到参保地医保经办机构按规定报销。

**第五十三条** 普遍实施按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，引导医疗机构合理诊疗，提高医保资金使用效能。制定医保基金总额预算管理、按床日付费、按人头付费等技术规范。探索符合中医药特点的医保支付方式。

**第五十四条** 各级医保经办机构应当依法履行经办职责，建立健全居民医保业务、财务、基金安全和风险管理、内部控制制度，严格履行居民医保服务协议，加强对定点医药机构履行服务协议情况的日常管理和检查。

**第五十五条** 支持承办居民大病保险或受托查勘意外伤害责任的商业保险机构，通过医疗巡查、医疗费用核查等形式，参与医疗服务行为和医疗费用监督。

**第五十六条** 建立全省统一的异地就医即时结算制度，实现全省范围内异地就医即时结算。按照国家统一部署，做好跨省异地就医即时结算工作。各级医保经办机构要密切配合，切实加强异地就医监管。

**第五十七条** 推进家庭医生签约服务工作，签约服务包中的

基本医疗服务由居民医保基金按规定支付。促进分级诊疗体系建设，引导居民基层首诊、双向转诊。

## 第八章 经办能力建设

**第五十八条** 各市州、县市区人民政府要加强居民医保经办能力建设，加强乡镇、街道社会保障服务平台建设，落实办公场所，保障医疗服务监管用车，合理配备与居民医保管理服务工作需要相适应的工作人员，安排必要工作经费（含征缴代办费）并纳入同级财政预算，确保居民医保经办服务工作顺利开展。

**第五十九条** 各级医保经办机构要完善管理运行机制，逐步实现精细化管理，规范优化经办服务流程，不断提高管理效率和服务水平。

**第六十条** 加大对医保信息系统平台建设和长期运行维护的投入，持续优化税务征管信息系统。按照标准统一、资源共享、数据集中、服务延伸、协同共建的原则建立健全覆盖城乡的医疗保险信息网络，推动医保电子凭证在居民参保缴费、即时结算等工作中的广泛应用，实现参保缴费、退费等事项便利化，政策宣传、咨询智能化。

**第六十一条** 省、市州医保部门牵头、税务部门配合，共同开展城乡居民数据治理工作。利用公安、民政、卫生健康、残联、税务等部门的共享数据，定期或实时开展数据比对，及时下发疑点数据，指导县市区医保部门分类妥善处置。

县市区医保部门应加强与县级政府其他职能部门的数据共享应用，及时核实并依规分类处置数据比对疑点线索，有序清理重复、错误等参保数据，并按要求反馈核实结果。能通过数据比对掌握的信息以及法律法规未规定由城乡居民提供的资料，不得再要求城乡居民提供。

## 第九章 监督管理

**第六十二条** 各级医保行政部门应当加强对居民医保制度实施、经办机构职责履行情况的监督管理，加强对基金收支、管理工作的监督检查，督促医保经办机构定期向社会公布基金筹集、使用和结余情况。

**第六十三条** 税务部门会同有关部门加强对代收居民医保费的监督管理，督促乡镇（街道）、村（居）委会执行限期限额缴库制度、开具完费凭证以及公示缴费情况；联合教育部门、医保部门对拒不配合组织动员学生以及代收现金后未及时缴库的学校进行督促整改。

**第六十四条** 省、市州人民政府成立由政府相关部门、人大代表、政协委员、医疗机构、参保人员、专家学者等参加的医疗保障基金监督委员会，对基金的筹集、运行、使用和管理实施社会监督。

**第六十五条** 全省居民医保参保缴费工作纳入各级政府绩效考核。省级税务、医保部门应科学设定绩效考核指标及细则，

定期考核和通报征收进度，及时对征收进度异常地区进行督促指导，确保城乡居民医保费收入预算执行落实到位。

**第六十六条** 设立省基本医疗保险咨询专家委员会，实行医疗保险重大问题专家咨询、评估制度。

**第六十七条** 加强居民医保政策宣传。县市区医保经办机构、定点医疗机构和村民（居民）委员会要在醒目位置设公示栏，定期公示居民医保主要政策、就诊（转诊）流程、医疗费用报销情况和监督举报电话等内容。

**第六十八条** 加强居民医保基金监督管理，对违反《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》有关规定和基本医疗保险制度政策，骗取、套取城乡居民医保基金的行为，依法依规严厉查处。

## 第十章 附则

**第六十九条** 因重大灾情及重大事故所发生的医疗费用，由所在市州、县市区人民政府另行安排资金解决。

**第七十条** 各市州人民政府根据本办法制定实施细则。本办法自 2023 年 月 日起施行。