

湖南省职工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》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,为保障参保职工的基本医疗需求,规范、完善全省统一的职工基本医疗保险制度,结合我省实际,制定本办法。

第二条 本省行政区域内的所有企业、事业单位、国家机关、社会团体、民办非企业单位和有雇工的个体工商户(以下统称“用人单位”)及其职工的基本医疗保险与相关管理活动适用本办法。

本办法所称的职工,包括在职职工、退休人员和灵活就业等其他参保人员。

第三条 职工医保遵循以下基本原则:

(一)筹资标准、待遇保障水平应当与我省经济社会发展水平相适应;

(二)所有用人单位及其职工都应依法参加职工基本医疗保险,原则上实行属地管理;

（三）实行社会统筹和个人账户相结合，并逐步改进个人账户计入办法；

（四）坚持以收定支、收支平衡、略有结余，确保制度可持续发展。

第四条 本省行政区域内的用人单位和职工参加职工医保适用本办法。

第五条 省级医疗保障行政部门（以下简称医保行政部门）是全省职工医保工作的主管部门，行使职工医保管理职能。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职工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定政策实施细则，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，对辖区内职工医保工作进行综合管理、监督指导、协调服务。

第六条 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、个人账户管理、异地就医结算等经办服务工作。建立健全业务、财务、安全和风险管理制度。定期向社会公开职工医保基金的收入、支出、结余等情况，接受社会监督。

第七条 各级税务机关负责职工医保费的征收、欠费追缴工作。发展改革、公安、民政、财政、人力资源和社会保障、卫生健康、审计、市场监管、保险监管等有关部门和单位按照各自职责，协同做好职工医保工作。

第二章 参保与缴费

第八条 职工应当参加职工医保，由用人单位和职工按照规定共同缴纳基本医疗保险费。

第九条 用人单位缴费基数为上年度职工工资总额，工资总额计算口径按国家有关规定执行。个人缴费基数为本人工资收入。职工本人月平均工资无法确定的，以在用人单位起薪当月工资收入计入缴费工资基数，从第二年起按上一年应发工资的月平均工资计入缴费工资基数。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。用人单位应当按规定向税务机关如实申报缴费基数。

第十条 省级医保行政部门会同财政、税务机关，根据统计部门发布的上年度全省城镇从业人员人数和工资总额计算上年度全省城镇从业人员全口径月平均工资，作为全省职工医保的缴费基准值。职工个人月缴费基数的上限为缴费基准值的 300%，下限为缴费基准值的 60%。

第十一条 统一全省职工医保用人单位缴费率。原则上用人单位的缴费率（不含生育保险）为本单位职工工资总额的 8%。职工个人缴费率为本人工资收入的 2%。

第十二条 无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员可以参加职工医保，由个人按照规定缴纳职工医保费。

第十三条 灵活就业人员参加职工医保，缴费费率为用人单

位缴费率，缴费基数为缴费基数值的 60%。灵活就业人员原则上按月缴费，也可结合实际选择在每年 12 月底前一次性预缴次年应缴职工医保费。因在用人单位就业随单位参加职工医保、死亡等客观原因，可以向参保地税务机关申请将当年剩余月份的预缴费用退还。

第十四条 建立职工医保费率动态调整机制。省级医保行政部门会同财政部门可对用人单位及其职工、灵活就业人员的缴费费率进行适时调整，报省人民政府批准后执行。

第十五条 领取失业保险金人员，由失业保险经办机构在同级医疗保险经办机构为其办理参加职工医保缴费手续，从用人单位为其停保的当月开始缴纳职工医保费、大病保险费。职工医保缴费费率为用人单位缴费率与职工个人缴费率之和，缴费基数为缴费基数值的 60%。应当缴纳的职工医保费，从失业保险基金中列支。

第十六条 非劳动年龄段内的人员，不得参加职工医保（按缴费年限规定补缴的除外）。职工不得在同一时间段重复参加职工医保，也不得同时参加职工医保和居民医保，不得重复享受相应的医保待遇。

第十七条 用人单位应当自用工之日起 30 内为职工办理参保缴费手续，并依法按时足额缴纳职工医保费。参保人员自缴费 30 日后可享受职工医保待遇。

第十八条 用人单位和职工未按时足额缴纳基本医保费的，

从欠缴费用的下月起，参保人员停止享受职工医保各项待遇。用人单位和职工欠缴费用在3个月内（含）补足基本医保费本金和滞纳金后，参保人员从缴费到账之日起恢复享受基本医保待遇，欠缴费用期间医保待遇可追溯。用人单位和职工欠缴费用超过3个月，按中断（暂停）参保处理。用人单位和职工补足欠缴费用期间基本医疗保险费本金和滞纳金后，可恢复参保，从缴费次日起享受职工医保待遇，欠缴费用期间医保待遇不再追补。

第十九条 灵活就业人员未按时足额缴纳基本医疗保险费、大病保险费的，从欠缴费用的下月起，停止享受职工医保各项待遇。灵活就业人员补足基本医疗保险费本金和滞纳金、大病保险费的，可恢复参保，从缴费次日起享受职工医保待遇，欠缴费用期间医保待遇不再追补。

第二十条 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（含大病保险费）的，中断缴费期间发生的医疗费用由个人承担。

第二十一条 在劳动关系存续期内用人单位应缴未缴职工医保费，可由单位申请并提供人民法院、实施劳动保障监察的行政部门、劳动争议仲裁委员会等部门出具的具有法律效力证明存在劳动关系的相应材料办理补缴。补缴基数为当年度缴费基数，补缴费率为当前用人单位和个人缴费费率。补缴时段计算实际缴费年限，补划个人账户，但其它医保待遇不再追补。

第二十二条 按照国家统一部署或报省人民政府批准后，可以实施职工医保单位缴费阶段性缓缴政策，缓缴期间不影响参保人员待遇。

第二十三条 各级医保经办机构要相互配合，做好参保人员医保关系转移接续、医保权益记录工作。在职人员医保关系转移接续按照国家和我省医保关系转移接续经办规程办理，退休人员原则上不办理医保关系转移接续。

第二十四条 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本金及滞纳金。国有企业（含国有控股企业）、集体企业政策性关闭或依法破产改制时，需按当年度缴费基数和用人单位缴费率计算为其退休人员一次性提留 10 年的职工医保费。

第三章 缴费年限

第二十五条 职工医保缴费年限由省级医保行政部门按照国家有关要求统一规定。参保人员在省内各市州之间办理职工医保关系转移接续手续，不转移统筹基金，其参加职工医保的实际缴费年限相互认可，可以累计计算。

第二十六条 参保人员 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，视同职工医保缴费年限。军人服现役年限（含军人退役医疗保险缴费年限）、随军未就业配偶随军期间的缴费年限视同职工医保缴费年限。

在外省参加职工医保的实际缴费年限，在办理医保关系转移接续手续后，作为本省视同缴费年限。

参加居民医保的年限，不能视同职工医保缴费年限。

第二十七条 参保人员的累计缴费年限（含视同缴费年限、实际缴费年限）不得低于男满 30 年、女满 25 年，其中在本省范围内的实际缴费年限不得低于 10 年。

第二十八条 用人单位职工达到国家法定正常退休年龄（男满 60 周岁，女干部满 55 周岁，女工人满 50 周岁）且办理养老保险退休手续后，缴费达到第二十七条规定年限的，可办理职工医保退休人员待遇确认手续，按规定享受退休人员医保待遇。

累计缴费年限或实际缴费年限不足的，或因特殊工种、病退、提前退休等原因未达到国家法定正常退休年龄的，需以当年度缴费基数为基数、以用人单位缴费率与个人缴费率之和为缴费率，一次性补缴职工医保费后，方可办理职工医保退休人员待遇确认手续。

办理职工医保退休人员待遇确认手续后，用人单位和个人不再缴纳职工基本医疗保险费。

第二十九条 灵活就业人员年龄达到男满 60 周岁、女满 55 周岁，累计缴费达到规定年限的，可办理职工医保退休人员待遇确认手续，按规定享受退休人员医保待遇。累计缴费年限或实际缴费年限不足的，需以当年度缴费基数值的 60% 为基数、以用人单位缴费率为缴费率，一次性补缴职工医保费后，方可办理职工

医保退休人员待遇确认手续。

第三十条 用人单位职工、退休人员被单位开除或被法院判刑后，其在 2003 年 1 月 1 日以前的连续工龄或者工作年限不再视同为职工医保缴费年限，但对其实际缴费年限仍予以认可。将实际缴费年限补足达到累计缴费年限规定后，可以按规定享受退休人员医保待遇。实际缴费年限未达到累计缴费年限规定且不补缴的，可以选择参加居民医保。

第三十一条 职工医保参保人退休地选择不与在当地按月领取基本养老金绑定，按照下列规定确定其退休地：

（一）参保人员达到法定退休年龄或养老保险退休手续办结时职工医保为正常参保状态的，由当前参保地办理职工医保退休人员待遇确认手续；

（二）参保人员达到法定退休年龄或养老保险退休手续办结时职工医保为暂停缴费状态的，在省内实际缴费年限（含不足年限一次性补缴）最长的参保地以灵活就业人员身份办理职工医保退休人员待遇确认手续。

第四章 住院医疗待遇

第三十二条 每年 1 月 1 日至 12 月 31 日为职工医保一个结算年度。

第三十三条 职工医保执行全省统一的基本医疗保险药品、医用耗材、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。职工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）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；
- （四）符合国家和我省规定的其他情形。

第三十四条 下列医疗费用不纳入职工医保基金支付范围：

- （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）在监狱服刑期间以及因犯罪行为发生的医疗费用；
- （七）国家和我省规定不予支付的其他情形。

第三十五条 依法应当由第三人支付的医疗费用，第三人不支付或者无法确定第三人的，在医疗费用结算时，个人可以向参保地医保经办机构或业务承办第三方机构书面申请基本医疗保险基金先行支付，并如实告知造成其伤病的原因和第三人不支付医疗费用或者无法确定第三人等情况，经医保经办机构或业务承办第三方机构调查属实后，可按规定先行支付。基本医疗保险基

金先行支付后，医保经办机构有权自行或委托业务承办第三方机构向第三人继续追偿。因客观原因难以追偿到位的，按程序审批后可以不再追偿。

第三十六条 职工医保统筹基金设置住院起付标准。参保职工在基本医疗保险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，由职工医保统筹基金按比例支付。同一结算年度内，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）1100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）1600元。

一个自然年度内，参保人员在同级别医疗机构多次住院的，第二次及以上起付标准按50%计算，起付标准累计不超过2000元。

在一个疾病周期内，严格按照转诊规范进行双向转诊的患者，由下级医院向上级医院转诊连续计算起付标准，由上级医院向下级医院转诊免除起付标准。

第三十七条 省级医保行政部门统筹考虑住院支付与门诊支付政策相互衔接，根据全省经济发展水平、医疗消费水平、基金收支状况等因素，完善统筹基金的起付标准动态调整机制。

第三十八条 参保人员在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，由职工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 95%；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 92%；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 90%；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 85%；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 80%。

退休人员在不同级别医疗机构住院的支付比例，分别提高到：97%、95%、94%、91%、88%。

第三十九条 职工医保统筹基金设置住院最高实际支付限额。最高实际支付限额，是指职工一个结算年度内在定点医疗机构就医所发生的医疗费用，按照本办法由统筹基金支付的最高金额。住院（含参照住院待遇进行管理、“双通道”药品单行支付管理）医疗费用的最高实际支付限额为 15 万元。

第四十条 参保人员应当在参保地或异地医保定点医疗机构就医。除危急重症患者抢救外，在非医保定点医疗机构发生的医疗费用不予支付。促进分级诊疗体系建设，引导居民基层首诊、双向转诊。异地长期居住或临时外出就医的参保人员办理异地就医备案后可以享受异地就医直接结算服务。强化异地就医结算政策与分级诊疗制度的协同，引导参保人员有序就医。异地长期居住人员在备案地就医结算时，医保基金的起付标准、支付比例、

最高支付限额原则上执行参保地规定的本地就医时的标准。异地临时外出就医人员医保报销待遇低于参保地相同级别医疗机构报销水平，其中，异地转诊人员和异地急诊抢救人员支付比例下降 5 个百分点，未备案的、非急诊且未转诊的其他异地临时外出就医人员支付比例下降 15 个百分点。报省级医保部门备案后，有条件的市州可以适当提高异地就医报销比例。

第五章 个人账户管理

第四十一条 单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人参保缴费基数 2%。灵活就业人员退休前不建个人账户。

第四十二条 退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度按 2021 年度全省企业退休人员和机关事业单位退休人员基本养老金平均水平的 2% 确定，即 75 元/月。灵活就业人员办理退休手续后，可以按规定划拨个人账户。已经办理退休手续的单建统筹人员，原则上不建个人账户；按各市州政策补缴有关费用后，也可以按规定划拨个人账户。

第四十三条 个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用。可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。各市州可从个人账户统

一代扣参保人员参加职工大病保险、长期护理保险等个人缴费，个人账户可用于参保人员的配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等个人缴费。个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

第四十四条 个人账户的本金和利息归参保人员个人所有，可以结转使用和依法继承。一般不得提取现金。参保人员在省内跨市州转移职工医保关系或变更参保险种的，个人账户资金可跨市州使用，原则上不划转、不提现。参保人员跨省转移职工医保关系的，个人账户资金原则上随其划转。因特殊情况无法使用或转移时可以将其个人账户资金划入本人银行账户。

第四十五条 全面建立健全职工医保门诊共济保障机制。完善门诊保障机制和改进个人账户制度同步推进、逐步转换。

第六章 门诊慢特病与普通门诊统筹

第四十六条 统一全省门诊慢特病病种范围，建立门诊慢特病病种动态调整机制。纳入门诊慢特病范围的疾病应综合考虑下列条件：

（一）临床诊断及诊疗方案明确，且《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中有相应的治疗药品；

（二）病程较长，需要长期在门诊治疗，门诊医疗费用较高且普通门诊统筹难以保障；

（三）病情较重但已过急性期；

(四) 需要在门诊长期治疗的其他合理情形。

第四十七条 在职职工慢特病政策范围内门诊医疗费用按 80% 比例支付，退休人员慢特病政策范围内门诊医疗费用按 85% 比例支付。根据职工医保基金运行情况、参保患者门诊医疗需求等因素合理确定门诊慢特病年度最高基金支付限额，适时调整。随着职工医保门诊共济保障机制不断完善，省级医保行政部门可以设置慢特病门诊保障起付标准。

第四十八条 全省统一门诊慢特病诊断纳入标准。规范门诊慢特病纳入医保基金支付的评审核准程序。慢特病门诊待遇保障管理办法由省级医保行政部门另行制定。

第四十九条 在做好门诊慢特病医疗保障工作的基础上，逐步将多发病、常见病的普通门诊费用纳入统筹基金支付范围。针对门诊医疗服务特点，科学测算起付标准和最高支付限额，并做好与住院费用支付政策的衔接。

第五十条 参保人员在医保定点一级医疗机构及基层医疗卫生机构就诊，政策范围内门诊医疗费用不设起付标准，按 70% 比例支付；在医保定点二级医疗机构就诊，政策范围内门诊医疗费用起付标准 200 元，按 60% 比例支付；在医保定点三级医疗机构就诊，政策范围内门诊医疗费用起付标准 300 元，按 60% 比例支付。一个结算年度内，起付标准金额累计不超过 300 元。

第五十一条 普通门诊统筹待遇可适当向退休人员倾斜。在职职工普通门诊统筹最高支付限额 1500 元，退休人员普通门诊

统筹最高支付限额 2000 元。随着医保基金承受能力增强，逐步提高门诊医疗保障水平。

第七章 职工大病保险

第五十二条 为加强对职工医保参保患者发生的符合规定的高额医疗费用保障，将职工大病医疗互助转换为职工大病保险制度。凡参加了职工基本医疗保险的单位和个人（含退休人员），都必须同时参加职工大病保险。

第五十三条 职工大病保险费原则上由职工（含退休人员）个人负担。鼓励有条件的用人单位对参保职工（含退休人员）应缴纳的大病保险费酌情给予补助。大病保险筹资标准为 180 元/年，根据实际情况动态调整。

第五十四条 在职职工原则上按月缴纳大病保险费，灵活就业人员、退休人员可以在每年 12 月底前按年缴纳次年的大病保险费。因用人单位注销、破产、改制、退休人员自愿选择等特殊情形，可以按当年度大病保险筹资标准，以全国人均预期寿命减去退休人员实际年龄为缴纳年限计算（不足一年的按一年计算），一次性缴纳大病保险费。选择按年缴纳、一次性缴纳大病保险费的，因医保关系转移接续、死亡等特殊情形不再予以退费。参保人员可以委托用人单位代扣代缴大病保险费。灵活就业人员、无用人单位管理的退休人员，可以委托医保经办机构从其银行账户或职工医保个人账户中代扣代缴大病保险费。

第五十五条 职工大病保险政策范围内医疗费用原则上执行基本医疗保险药品目录、医用耗材和医疗服务项目支付范围规定。大病保险支付范围为：参保人员住院总医疗费用剔除基本医疗保险“三个目录”之外的全自费费用、并经职工基本医保政策报销后的自付费用。参保人员无第三方责任的意外伤害的医疗费用，以及经相关部门认定、按比例剔除应由第三方负担后的医疗费用，先按职工基本医保政策规定视同疾病纳入职工基本医疗保险支付，剩余的政策范围内医疗费用纳入大病保险支付范围。门诊（含普通门诊和特殊门诊）自付费用、单行支付药品的自付部分、按基本医疗保险政策规定不予支付的其他医疗费用暂不纳入大病保险支付范围。

第五十六条 大病保险起付线原则上按全省上年度居民人均可支配收入的 50%左右确定，具体标准由各市州根据测算情况合理确定。对参加职工医保的特困人员、低保对象实施起付线降低 50%。

第五十七条 参保人员患大病发生高额医疗费用，经职工基本医保按规定支付后，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，报销比例为 85%。对参加职工医保的特困人员、低保对象报销比例提高 5 个百分点。

第五十八条 大病保险年度补偿限额统一为 40 万元。对参加职工医保的特困人员、低保对象取消大病保险封顶线。

第五十九条 办理转移接续的职工医保参保人员，在转移接续前中断缴费 3 个月（含）以内的，可按转入地规定办理职工基本医疗保险费补缴手续，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，中断期间的待遇可按规定追溯享受。中断缴费 3 个月以上的，从缴费 30 日后享受职工医保待遇，中断期间的待遇不予追补。

第六十条 已参加当年度居民医保的人员，因就业等个人状态变化参加职工医保的，在该年度内职工医保等待期内发生的医疗费用，在居民医保参保地按居民医保政策报销。

第六十一条 在本省范围内，由居民医保变更为职工医保，或者跨市州转移职工医保关系的，其住院医疗费用年度最高支付限额执行当前的职工医保最高实际支付限额以及大病保险最高补偿限额规定，但应扣减其在居民医保期内或省内异地职工医保期内已经报销的额度；原已享受门诊慢特病待遇、使用“双通道”药品的，在有效期内不需重复申请、认定，其年度最高支付限额执行当前的职工医保门诊慢特病待遇、“双通道”药品管理规定，但应扣减其在居民医保期内或省内异地职工医保期内已经报销的额度。跨省转移职工医保关系的，暂按原有规定执行。

第八章 基金管理

第六十二条 职工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。职工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。职工医保基金的银行计息按相关政策享受优惠利率。

第六十三条 职工医保按照全省统一政策、基金市级统筹、分级经办的模式管理。各市州要进一步完善市级统筹实施办法，全面实现职工医保基金市级统收、市级统支、市级预决算管理。

第六十四条 加快推进长株潭区域职工医保统筹管理。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、提升管理服务方向，稳步推进省级统筹。建立职工医保省级风险调剂金制度，增强全省职工医保基金抗风险能力。

第六十五条 除一次性预缴基本医疗保险费外，职工医保基金累计结余原则上控制在 6—9 个月平均支付水平。统筹基金累计结余超过 15 个月平均支付水平的，为结余过多状态；累计结余低于 3 个月平均支付水平的，为结余不足状态。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。

第九章 医疗服务管理

第六十六条 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 10% 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。

第六十七条 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。

第六十八条 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。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，并由患者本人或家属逐项签字确认同意自费。原则上，二级以下医疗机构基本医保目录外费用占比平均不超过 5%，二级医疗机构基本医保目录外费用占比平均不超过 8%，三级或省部属医疗机构基本医保目录外费用占比平均不超过 10%。

第六十九条 参保人员在定点医药机构发生的医疗费用，应当由职工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；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。应由个人支付的医疗费用，由本人与定点医药机构结清。

第七十条 各级医保经办机构应当依法履行经办职责，建立

健全职工医保业务、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。

第七十一条 支持受托查勘意外伤害责任的相关机构，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。积极引入社会力量参与经办服务，鼓励有条件的地区探索在职工意外伤害医疗等领域建立与相关机构共建共治共享的医保治理格局，通过规范和加强合作，完善激励约束机制，打击欺诈骗保，提升医保效能。

第七十二条 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。

第十章 法律责任

第七十三条 用人单位不办理医疗保险登记的，由医保行政部门责令限期改正；逾期不改正的，对用人单位处应缴医疗保险费数额一倍以上三倍以下的罚款，对其直接负责的主管人员和其他直接责任人员处五百元以上三千元以下的罚款。

第七十四条 用人单位未按时足额缴纳职工保险费的，由税务机关责令限期缴纳或者补足，并自欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金；逾期仍不缴纳的，由税务机关处欠缴数额一倍以

上三倍以下的罚款。

第七十五条 加强职工医保基金监督管理，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、套取职工医保基金的行为，依法依规严厉查处。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第七十六条 国家工作人员在职工医保基金管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法依规给予处分。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第十一章 附则

第七十七条 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。

第七十八条 各市州人民政府可根据本办法制定实施细则。

第七十九条 本办法由省医疗保障局负责解释。

第八十条 本办法自 2023 年 月 日起施行。