

郑州市人民政府办公厅文件

郑政办〔2018〕3号

郑州市人民政府办公厅

关于印发郑州市职工基本医疗保险办法的通知

各县（市、区）人民政府，市人民政府各部门，各有关单位：

《郑州市职工基本医疗保险办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真遵照执行。

2018年1月4日

郑州市职工基本医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为完善社会保障体系，保障职工的基本医疗，根据《中华人民共和国社会保险法》等法律法规规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本市行政区域内的国家机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织和有雇工的个体工商户（以下统称“用人单位”）及其职工、退休（职）人员和按规定领取失业保险金人员，应当参加职工基本医疗保险（以下简称“职工医疗保险”）。本市行政区域内无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员（以下统称“灵活就业人员”），可以参加职工医疗保险。

第三条 职工医疗保险制度坚持以下原则：

- （一）筹资和保障水平与经济和社会发展水平相适应；
- （二）职工医疗保险费由用人单位和职工共同负担；
- （三）职工医疗保险基金实行社会统筹和个人账户相结合；

(四) 职工医疗保险基金以收定支，收支平衡。

第四条 用人单位参加职工医疗保险的，应当同时参加职工生育保险。

第五条 职工医疗保险实行市级统筹。

第六条 郑州市人力资源社会保障行政部门是职工医疗保险的行政主管部门，负责职工医疗保险管理工作。

郑州市社会保险经办机构提供职工医疗保险服务，负责职工医疗保险登记、征缴计划编制、个人权益记录、职工医疗保险待遇支付等经办工作。

地方税务部门负责职工医疗保险费征收工作。

发展改革、财政、卫生计生、审计、民政、公安、食品药品监督管理、工商等部门在各自职责范围内，做好职工医疗保险工作。

第七条 对在职工医疗保险工作中取得显著成绩的单位和个人，市人民政府给予表彰。

第二章 参保缴费

第八条 职工医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳。参保职工以本人上年度月平均工资收入作为本人月缴纳职工医疗保险费的缴费基数，缴费比例为2%；用人单位以全部参保职工月缴费基数之和作为本单位月缴纳职工医疗保险费的缴费基数，缴费

比例为 8%。

新入职职工以其参保当月工资收入作为其本人月缴纳职工医疗费缴费基数的缴费基数。

职工医疗保险缴费年度为当年的 7 月 1 日至次年的 6 月 30 日。职工缴费基数高于本市上年度在岗职工月平均工资 300% 的，其缴费基数按本市上年度在岗职工月平均工资 300% 核定；低于本市上年度在岗职工月平均工资 60% 的，其缴费基数按本市上年度在岗职工月平均工资 60% 核定。

上年度在岗职工月平均工资的计算口径按统计部门的有关规定执行。

第九条 灵活就业人员以本市上年度在岗职工月平均工资的 80% 为基数缴纳职工医疗保险费，缴费费率为 10%。

第十条 参保人员达到法定退休年龄时累计缴费达到规定年限的，退休后不再缴纳职工医疗保险费，按照规定享受职工医疗保险待遇；未达到规定年限的，可以缴费至规定年限。

领取失业保险金的失业人员，参加职工医疗保险的办法按国家、省、市有关规定执行。

第十一条 用人单位合并、分立、转让、租赁、承包的，接收或继续经营者应当承担原用人单位的医疗保险责任。

第十二条 职工医疗保险费中应当由用人单位负担的部分，国家机关、财政全额拨款的事业单位，在预算内资金中列支；其他用人单位的列支渠道按国家规定执行。

第十三条 社会保险经办机构按月编制职工医疗保险费征缴计划，地方税务部门负责征收。职工个人应当缴纳的职工医疗保险费由用人单位从职工个人工资收入中代扣代缴。

第十四条 用人单位及其职工当月足额缴费，参保人员次月享受职工医疗保险待遇。

以灵活就业人员身份初次参加职工医疗保险，连续缴费满3个月后按规定享受职工医疗保险待遇。

与用人单位解除劳动关系的参保职工或领取失业保险金期满的参保人员，可以灵活就业人员身份参加职工医疗保险，自缴费次月起享受职工医疗保险待遇。

第十五条 用人单位及其职工、灵活就业人员应当按时足额缴纳职工医疗保险费。

用人单位未按时足额缴纳职工医疗保险费的，其在职职工暂停享受职工医疗保险待遇，由此引发的医疗保险责任由用人单位承担。

用人单位欠缴职工医疗保险费的，按规定足额补缴所欠的职工医疗保险费后，恢复其参保职工的职工医疗保险待遇。欠费不足24个月的，欠费期间发生的医疗费用由职工医疗保险基金按规定予以支付；欠费超过24个月的，在补缴当月前（含补缴当月）24个月内的医疗费用由职工医疗保险基金按规定予以支付，其余时间的医疗费用由用人单位按本办法规定的职工医疗保险待遇标准支付。

灵活就业人员未按时足额缴费的，暂停其职工医疗保险待遇。灵活就业人员欠费在3个月以内的，按规定足额补缴所欠的职工医疗保险费后，恢复其职工医疗保险待遇（含欠费期间）；欠费超过3个月的，视为自动退出职工医疗保险，欠费期间的医疗费用由本人承担。再次参加职工医疗保险的，自缴费次月起享受职工医疗保险待遇。

第十六条 用人单位退休人员占在职职工比例在30%以上的，在参加职工医疗保险时，应当为占比30%以上部分的退休人员一次性缴纳过渡性职工医疗保险费，具体办法按现行规定执行。

第三章 缴费年限和退休（职）

第十七条 参保人员缴费年限由视同缴费年限和实际缴费年限构成。2000年12月31日以前符合国家、省政策规定的连续工龄为视同缴费年限。2001年1月1日以后实际缴纳职工医疗保险费的年限为实际缴费年限；未缴纳职工医疗保险费的时间，不计入缴费年限。跨统筹地区转入的参保人员，在异地缴纳职工医疗保险费的年限计入实际缴费年限。

第十八条 参保人员退休时同时具备下列条件的，退休后享受退休人员职工医疗保险待遇：

（一）不欠缴职工医疗保险费；

(二) 职工医疗保险最低缴费年限累计男满 25 年，女满 20 年；

(三) 实际缴费年限最低累计满 10 年。

参保人员办理退休手续时缴费年限未达到前款规定条件的，由用人单位或者灵活就业人员本人一次性补齐所差年限的职工医疗保险费，补缴标准为职工或者灵活就业人员本人退休时上月缴费基数的 5.6%。补缴费用全部进入统筹基金，不划入个人账户。

第十九条 参加职工医疗保险但缴费年限未达到规定条件的退休人员，按第十八条的规定一次性补齐所差年限的职工医疗保险费后，享受退休人员职工医疗保险待遇。

第二十条 曾在国有、集体企（事）业单位工作，并在本市已经领取基本养老金但未参加职工医疗保险的退休人员，可以以灵活就业人员身份参加职工医疗保险，按照本市上年度在岗职工月平均工资的 5.6% 一次性补齐职工医疗保险缴费年限，并自补缴次月起享受职工医疗保险待遇。补缴费用全部进入统筹基金，不划入个人账户。

第二十一条 职工办理退休手续时用人单位欠缴职工医疗保险费的，应当按规定为职工本人一次性补足欠缴的职工医疗保险费，并缴纳滞纳金。

第四章 统筹基金和个人账户

第二十二条 用人单位和参保人员个人缴纳的职工医疗保险费构成职工医疗保险基金，职工医疗保险基金分为统筹基金和个人账户。

第二十三条 职工个人缴纳的职工医疗保险费全额计入个人账户，用人单位缴纳的职工医疗保险费的一部分按不同比例划入个人账户：

(一) 不满 45 岁的按本人缴费基数的 1% 划入；

(二) 年满 45 岁尚未退休（退职）的按本人缴费基数的 2% 划入；

(三) 退休（退职）人员按本人基本养老金的 4.5% 划入。

剩余部分作为统筹基金，由社会保险经办机构统一管理和支付。

第二十四条 灵活就业人员缴纳的职工医疗保险费按以下比例划入个人账户：

(一) 不满 45 岁的按本人缴费基数的 3% 划入；

(二) 年满 45 岁尚未退休（退职）的按本人缴费基数的 4% 划入；

(三) 退休（退职）人员按本人基本养老金的 4.5% 划入。

剩余部分作为职工医疗保险统筹基金，由社会保险经办机构统一管理和支付。

第二十五条 统筹基金主要用于支付住院医疗费用、门诊规定病种医疗费用和重特大疾病门诊病种医疗费用。

个人账户主要用于支付普通门诊医疗费用、购药费用和住院医疗费用中由个人负担的费用等，个人账户余额不足支付时，超出部分由个人承担。

统筹基金和个人账户分别核算，不得相互挤占挪用。

第二十六条 个人账户的本金和利息为个人所有，可以结转和继承，但不得提取现金和挪作他用。

第二十七条 参保人员工作单位变动时，个人账户余额可以随同转移。不具备转移条件的，可以一次性发给本人。

参保人员死亡的，基本医疗保险关系终止，其个人账户余额一次性转给合法继承人。没有合法继承人的，个人账户资金转入统筹基金。

第五章 职工医疗保险待遇

第二十八条 参保人员在定点医疗机构发生的符合规定的住院医疗费，起付标准以下的费用由个人承担。

起付标准按照不同类别定点医疗机构确定：社区卫生服务机构（包括乡镇卫生院，下同）200元，一类医疗机构300元，二类医疗机构600元，三类医疗机构900元。

参保人员在同一自然年度内出院后再次住院的，起付标准降

低 50%。

定点医疗机构类别标准由人力资源社会保障行政部门制定，社会保险经办机构按定点医疗机构类别标准确定医疗机构的类别。

第二十九条 超过起付标准、不超过最高支付限额的符合规定的住院医疗费用，统筹基金按照下列比例支付：

（一）在职职工住院的，统筹基金支付比例分别为：社区卫生服务机构 95%，一类医疗机构 95%，二类医疗机构 90%，三类医疗机构 88%；

（二）退休人员住院的，统筹基金支付比例分别为：社区卫生服务机构 97%，一类医疗机构 97%，二类医疗机构 95%，三类医疗机构 93%。

统筹基金最高支付限额年度累计为 15 万元。统筹基金自然年度内累计支付达到最高支付限额后，超出部分的医疗费用由职工商业补充医疗保险予以支付，具体办法按现行规定执行。

第三十条 起付标准、统筹基金支付比例和统筹基金最高支付限额由人力资源社会保障行政部门公布，并根据职工医疗保险基金收支情况、当地经济发展水平和医疗消费水平适时调整。

第三十一条 将部分需长期在门诊治疗且医疗费用较高的疾病（或治疗项目）纳入门诊规定病种管理。门诊规定病种门诊治疗不设起付标准，实行定点治疗、限额管理。具体办法由市人力资源社会保障部门制定。

按照省有关规定，将临床路径明确、疗效确切且费用比较昂贵的病种（或治疗项目）列入重特大疾病医疗待遇保障范围。

第三十二条 使用属于基本医疗保险统筹基金支付部分费用的诊疗项目，以及基本医疗保险药品目录中“乙类目录”药品所发生的费用，个人负担一定比例后再按职工医疗保险的规定支付。个人负担比例由人力资源社会保障行政部门确定。

第三十三条 参加职工医疗保险且正常缴纳职工医疗保险费的灵活就业人员，其符合规定的生育医疗费用和计划生育手术费用纳入职工医疗保险统筹基金支付范围，待遇标准按生育保险有关规定执行。

第三十四条 参加职工医疗保险的用人单位出现下列情况的，其已经达到享受退休人员职工医疗保险待遇条件的退休人员继续享受职工医疗保险待遇。

- （一）用人单位及其在职职工未按时足额缴费的；
- （二）无在职职工的；
- （三）用人单位破产、解散、撤销、注销的。

第三十五条 职工医疗保险统筹基金的支付范围按照有关规定执行，支付范围以外的其他费用，统筹基金不予支付。

第三十六条 下列医疗费用不纳入职工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）应当由第三人负担的；

(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，由职工医疗保险基金先行支付。职工医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第六章 医疗服务管理

第三十七条 职工医疗保险定点医药机构实行协议管理，具体办法按照国家、省、市有关规定执行。

第三十八条 用人单位、定点医药机构应当设立职工医疗保险管理机构或者配备专（兼）职工作人员，办理职工医疗保险医疗服务业务，建立内部管理制度，认真执行职工医疗保险政策和规定。

第三十九条 定点医药机构应当配备医疗保险信息管理系统，按规定向参保人员提供服务。

第七章 医疗费用结算

第四十条 推行以按病种付费为主的多元复合型医保支付方式改革，逐步形成与基本医疗保险制度发展相适应、激励与约束并重的医疗保险支付制度。

第四十一条 参保人员在定点医药机构使用个人账户支付的医疗费用以社会保障卡结算。社会保险经办机构按照个人账户实际发生的医疗费用与定点医药机构结算。

参保人员在定点医疗机构住院发生的医疗费用，应当由个人负担的部分，由本人与定点医疗机构结算；应由统筹基金支付的部分，记帐结算。

社会保险经办机构定期与定点医药机构结算医疗费用，预留一定比例的质量保证金。质量保证金根据年度服务质量考核结果按照规定返还。

第四十二条 完善参保人员转诊转院、急诊、异地居住就医报销制度。具体办法由市人力资源社会保障行政部门制定。

第四十三条 跨年度住院的参保人员，应当在当年12月31日结清医疗费用。结清医疗费用后次年仍继续住院的，其上年符合规定的住院费用超过起付标准的，不再负担起付标准费用；未超过起付标准的，上年负担的起付标准费用计入次年累计计算。

第八章 基金管理监督

第四十四条 职工医疗保险基金财务制度按国家、省有关规定执行。职工医疗保险基金实行收支两条线，纳入财政专户管理，专款专用，不得挤占挪用。社会保险经办机构的事业经费不得从基金中提取，由各级财政预算解决。

第四十五条 职工医疗保险基金按国家、省规定的社保基金优惠利率计息。

第四十六条 职工医疗保险统筹基金结余不足6个月使用时，社会保险经办机构应当及时向人力资源社会保障行政部门和财政部门报告，人力资源社会保障行政部门应当及时向同级人民政府报告，同级人民政府应采取包括调整政策在内的有效措施予以解决。

职工医疗保险统筹基金收不抵支时，先由历年结余支付；累计结余不足支付时，由同级财政给予补贴。

第四十七条 人力资源社会保障行政部门应当加强对用人单位和个人遵守社会保险法律、法规情况的监督检查。人力资源社会保障行政部门实施监督检查时，被检查的用人单位和个人应当如实提供与社会保险有关的资料，不得拒绝检查或者谎报、瞒报。

第四十八条 财政部门、人力资源社会保障部门、审计部门依法对基本医疗保险基金收支、管理、运营和基金账户开设、管理情况实施监督。

第四十九条 任何组织或者个人有权对违反社会保险法律、法规的行为进行举报、投诉。

人力资源社会保障行政部门、卫生计生行政部门、社会保险经办机构、社会保险费征收机构和财政部门、审计机关对属于本部门、本机构职责范围的举报、投诉，应当依法处理；对不属于

本部门、本机构职责范围的，应当书面通知并移交有权处理的部门、机构处理。有权处理的部门、机构应当及时处理，不得推诿。

第九章 责任追究

第五十条 用人单位未依法办理医疗保险登记的，由人力资源社会保障行政部门责令限期办理参保登记，并一次性足额补缴欠缴的医疗保险费，补缴标准为欠缴期间职工医疗保险缴费基数 5.6% ，补缴年限计入参保职工的实际缴费年限，补缴费用全部进入统筹基金，不划入个人账户。用人单位为职工办理医疗保险登记前，其职工已经发生的医疗费用，由用人单位按照本办法规定的职工医疗保险待遇标准支付。

第五十一条 用人单位未按时足额缴纳职工医疗保险费的，由社会保险费征收机构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，由有关行政部门处欠缴数额一倍以上三倍以下的罚款。

第五十二条 定点医药机构违反基本医疗保险服务协议约定的，由社会保险经办机构按照服务协议约定追究定点医药机构的违约责任。

第五十三条 定点医药机构、个人不得有以下骗取基本医疗保险基金支出和骗取基本医疗保险待遇的行为：

(一) 提供虚假疾病诊断证明、病历、处方和医疗票据等资料，骗取基本医疗保险基金支出的；

(二) 允许非参保人员以参保人员名义就医的；

(三) 允许使用基本医疗保险统筹基金支付应当由参保人员自费的医疗费用的；

(四) 允许使用基本医疗保险凭证购买非基本医疗保险统筹基金支付范围的药品或者非医疗用品的；

(五) 虚记费用、将非医保支付项目串换为医保支付项目的；

(六) 超标准收费或者分解、重复收费的；

(七) 通过虚构购药事实，将参保人员个人账户变现的；

(八) 转借基本医疗保险账户或服务终端机给其他单位使用或者代其他单位进行基本医疗保险记账结算的；

(九) 将本人基本医疗保险凭证提供给他人或者医疗机构使用的；

(十) 冒用他人基本医疗保险凭证就医的；

(十一) 其他骗取基本医疗保险待遇的行为。

第五十四条 国家工作人员在职工医疗保险管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第十章 附 则

第五十五条 特困企业职工医疗保险缴费标准和待遇标准另

行制定。

第五十六条 国家机关、参照公务员法管理的事业单位在参加职工医疗保险的基础上，按有关规定建立公务员医疗补助制度；其他用人单位可以在参加职工医疗保险的基础上，建立企业补充医疗保险。

第五十七条 因工（公）负伤职工的医疗费用按工伤保险有关规定执行。生育医疗费用按生育保险有关规定执行。

第五十八条 因突发性、流行性疾病和自然灾害等不可抗拒因素造成的急、危、重病患者的救治所发生的医疗费用，由同级人民政府解决。

第五十九条 本办法自2018年1月1日起施行。原有规定与本办法规定不一致的，按照本办法规定执行。

主办：市人社局

督办：市政府办公厅二处

抄送：市委各部门，郑州警备区。

市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市法院，市检察院。

郑州市人民政府办公厅

2018年1月5日印发

