

岳阳市医疗保障局
岳阳市财政局文件
国家税务总局岳阳市税务局

岳医保发〔2021〕19号

岳阳市医疗保障局 岳阳市财政局
国家税务总局岳阳市税务局 关于印发
《岳阳市基本医疗保险和生育保险市级统筹
实施细则（试行）》的通知

各县市区人民政府，岳阳经济技术开发区、湖南城陵矶新港区、南湖新区、屈原管理区管理委员会，市直各相关单位：

经报请市人民政府同意，市医疗保障局会同市财政局、国家税务总局岳阳市税务局根据《岳阳市人民政府办公室关于印发〈岳阳市基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案〉的通知》（岳政办发〔2020〕5号），结合我市实际情况，制定了《岳阳

市基本医疗保险和生育保险市级统筹实施细则（试行）》，现印发你们，请遵照执行。



岳阳市基本医疗保险和生育保险市级统筹实施细则 (试行)

第一章 总则

第一条 根据《岳阳市人民政府办公室关于印发〈岳阳市基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案〉的通知》(岳政办发〔2020〕5号)，结合我市医保基金运行情况，制定本实施细则。

第二条 实行多层次的基本医疗(生育)保险制度。

(一) 单位职工和灵活就业人员实行基本医疗保险、大病医疗互助制度，合称职工基本医疗保险制度。原职工生育保险纳入职工基本医疗保险合并实施(下称职工基本医疗保险均含原职工生育保险)。单位职工建立补充医疗保险制度(含公务员医疗补助，下同)。

(二) 城乡居民实行基本医疗保险制度。

第三条 医保基金统筹方式。

(一) 职工基本医疗保险、大病互助和居民基本医疗保险按照统一基本政策、统一基金管理、统一业务流程、统一信息系统，建立风险储备金制度的方式实行市级统筹。

(二) 补充医疗保险和特殊人群医疗保障实行市县两级统筹。

第四条 市医疗保障局制定统筹区内《个人账户异地联网刷卡结算办法》。

第五条 市医疗保障局、市财政局和国家税务总局岳阳市税务局执行上级制定的社保基金预决算制度。市医疗保障局制定基金财务会计制度、内部审计制度和医保经办管理内部控制制度，统

一全市业务经办标准和流程。

第六条 市医疗保障局负责对各级医保经办业务情况进行监督，组织对各地医保基金年度收支情况进行审计。

第七条 市医疗保障局会同市财政局和国家税务总局岳阳市税务局制定市级统筹基金归集和拨付制度，制定岳阳市医疗保险基金风险储备金管理办法。

第八条 市医疗保障局会同市财政局健全基金风险预警和调控机制，市医疗保障局会同市财政局和国家税务总局岳阳市税务局按照以收定支略有结余的基本原则，根据需要在政策范围内调整医保基金归集标准和待遇支付标准，报政府批准后执行。

第二章 参保缴费

第九条 下列人员应当按单位参加职工基本医疗保险：

国家机关、企事业单位、社会团体、民办非企业单位、雇工在7人（含7人）以上的城镇个人独资企业和个体工商户等组织及其员工。

第十条 下列人员可以选择参加城乡居民基本医疗保险或以灵活就业人员身份参加职工基本医疗保险：

（一）雇工在7人（不含7人）以下的城镇个人独资企业和个体工商户及其从业人员。

（二）在统筹区内参加企业养老保险的城镇自由职业者、城镇非全日制从业人员。

（三）与参保单位终止（解除）劳动关系后在统筹区内继续以灵活就业身份参加企业养老保险且没有参加职工基本医疗保

险的人员。

第十一条 下列人员可以参加城乡居民基本医疗保险:

(一) 婴幼儿、少年儿童、中小学阶段的学生以及 18 周岁以下的非在校未成年人。

(二) 年满 18 周岁以上、60 周岁以下且无固定职业、无稳定收入的人员。

(三) 年满 60 周岁以上的老年居民。

(四) 各类全日制普通高等学校(包括民办高校)、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、全日制研究生等在校生; 各类职业技术学校的全日制在校生。

第十二条 参加职工基本医疗保险的单位须提供下列资料:

(一) 行政机关、企事业单位

1. 单位信用代码证、法定代表人身份证件、参保人工资表。
2. 本单位上年度《劳动情况》报表(国家统计局 I102-1 表)。
3. 参保人(含退休人员)名册。
4. 劳动合同或人员编制通知单。

(二) 城镇个体经济组织:

1. 单位信用代码证。
2. 本单位从业人员工资发放表。
3. 参保人名册、《劳动合同》和身份证件。

第十三条 参加灵活就业职工基本医疗保险须提供下列资料:

1. 本地户籍新参保人员凭本人身份证件、统筹区域内户口本和企业养老保险参保凭证参保。
2. 原国有、集体企业解除劳动关系的职工,凭本人身份证件、《解除劳动关系(或置换身份)协议》和领取一次性安置费资料。

参保。

3. 已经在本统筹区参保单位参加职工基本医疗保险的外地户籍人员离职后凭本人身份证件、解除劳动关系协议和统筹区内企业养老保险凭证参保。

第十四条 参加城乡居民基本医疗保险的新参保人凭本人身份证件、户口本或有效居住证明参保。续保人员凭身份证件或社会保障卡参保。在校大中专学生由所在学校负责统一办理。

第十五条 参保单位的医疗保险登记事项发生变更或者缴费单位依法终止的，应当自变更或者终止之日起 30 日内，到医疗保险经办机构办理变更或者注销医疗保险登记手续。

第十六条 职工医疗保险缴费工资总额构成以国家统计局相关文件规定为准。

第十七条 单位职工基本医疗保险费率：参保单位以本单位在职职工个人医保缴费工资基数之和为基数，按 9.5% 的费率由用人单位按月缴纳，其中单位费率为 7.5%，个人费率为 2%，个人部分由单位代扣代缴。

第十八条 单位职工基本医疗保险缴费基数：根据湖南省统计局发布的上年度全省城镇非私营和私营单位的从业人员人数和工资总额计算产生上年度全省城镇从业人员全口径月平均工资作为当年我市基本医疗保险的缴费基准值。

2021 年度的缴费基准值执行时间段确定为 2021 年 7 月至 12 月，从 2022 年开始的缴费基准值执行时间段统一确定为自然年度，即为当年度 1 月 1 日至当年度 12 月 31 日。

职工月均工资低于上年度全省城镇从业人员全口径月平均工资 60% 的，按上年度全省城镇从业人员全口径月平均工资的

60%计入缴费工资基数。职工月均工资高于上年度全省城镇从业人员全口径月平均工资300%的，按上年度全省城镇从业人员全口径月平均工资的300%计入缴费工资基数。在职职工缴费工资基数在一个自然年度内，同一单位同一人缴费工资基数唯一。

职工没有上年度月平均工资的：

(一) 新招职工(包括研究生、大学生、大中专毕业生等)以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。

(二) 单位派出的长期脱产学习人员或经批准请长假的职工，保留工资关系的，以脱产或请长假的上年月平均工资计入缴费工资基数。

(三) 单位派到境外、国外工作的职工，按本人出境(国)上年在本单位领取的月平均工资计入缴费工资基数；次年按上年本单位平均工资增长率进行调整。

(四) 失业后再就业的职工，以再就业起薪当月的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。

(五) 变动单位的职工，原则上以到新单位起薪当月的工资收入计入缴费工资基数(可由新单位选择沿用原单位缴费工资基数)；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。

第十九条 参保单位应当在每年1月1日至3月31日前向税务部门申报新的缴费工资基数，经核定后自当年1月开始使用。参保单位不按规定申报缴费工资基数的，由税务部门暂按该单位上月缴费数额的110%确定应缴数额；没有上月缴费数额的，由

税务部门暂按该单位经营状况、职工人数等有关情况确定应缴数额。参保单位补办缴费工资基数申报手续并按核定数额缴纳医疗保险费后，由税务部门按照规定补退收。

第二十条 参保单位应按照税务部门关于社保费征收相关规定及时足额缴纳医疗保险费。

第二十一条 灵活就业职工基本医疗保险缴费基数按上年度全省在岗职工平均工资的 60%执行。

第二十二条 灵活就业职工基本医疗保险费率分两档：低档为 6%，不设个人账户，不享受生育津贴待遇，其他待遇与职工基本医疗保险相同；高档为 9%，设个人账户，不享受生育津贴待遇，其他待遇与职工基本医疗保险相同。

第二十三条 首次参加职工基本医疗保险的灵活就业人员年龄已满 30 周岁的，按参保日缴费标准从满 30 周岁次月起开始补缴，年龄未满 30 周岁的，从参保当月开始缴费。

第二十四条 职工医保参保在职职工达到养老保险法定正常退休年龄，达到职工基本医疗保险累计缴费最低年限（男满 30 年，女满 25 年，其中，2003 年 1 月 1 日以前符合国家规定的连续工龄或工作年限，视同基本医疗保险缴费年限），且统筹区内实际缴费年限最低满 10 年的职工，可享受退休人员基本医疗保险待遇。

第二十五条 职工医保统筹区内实际缴费年限、视同缴费年限合并计算，统筹区外实际缴费年限和视同缴费年限均作为视同缴费年限认定，但是同一时段在不同地区缴费或就业不重复计算。

第二十六条 达到法定正常退休年龄，不足最低缴费年限的，单位参保职工以补缴日湖南省上年度在岗职工社会平均工资为基数，按规定缴费比例一次性补足所差年限的医疗保险费后，享

受退休人员医疗待遇，灵活就业参保人员按补缴当年灵活就业人员缴费标准一次性补足所差年限的医疗保险费后，享受退休人员医疗待遇；未一次性补足的，单位参保职工以湖南省上年度在岗职工社会平均工资为基数，灵活就业参保人员以灵活就业人员缴费标准继续按在职人员政策缴费至最低缴费年限。

第二十七条 参加职工基本医疗保险，且已办理退休手续并达到缴费年限的参保人不再缴纳基本医疗保险费。

第二十八条 职工基本医疗保险参保的在职和退休人员均需缴纳大病医疗互助费，缴纳标准按省市相关政策执行。单位职工的大病医疗互助费由参保单位代扣代缴。

第二十九条 参保单位发生合并、分立、转让、终止时，应当在 30 日内向医保经办机构申报办理社会医疗保险的变更手续。合并、分立、转让前欠缴的社会医疗保险费，由合并、分立、转让后的单位分担或承担。参保单位因破产、改制、解散、一次性安置、撤销或者拍卖等原因终止的，应当依法清偿欠缴的社会医疗保险费和预留退休人员以缴费日上年度全省在岗职工平均工资为基数按同期职工医保费率计算的 10 年基本医疗保险费和大病医疗互助费。

第三十条 单位整体迁往统筹区外的，原则上在职、退休人员医保参保关系一并迁出。只保留退休人员在统筹区内参保的，需预留退休人员以缴费日上年度全省在岗职工平均工资为基数按同期职工医保费率计算的 10 年基本医疗保险费和大病医疗互助费。

第三十一条 国有、集体企业破产、改制、解散、一次性安置等原因，与参保单位解除劳动关系的人员，按下列规定办理：

(一) 未参加职工基本医疗保险，且未达到医保退休年龄规定的，从 2004 年 5 月（灵活就业职工医保启动时间）开始补缴，办理退休时须满足医保退休条件。

(二) 未参加职工基本医疗保险，已达到或超过医保退休年龄规定，一次性补缴 10 年与视同工龄合并后符合医保退休条件的，以缴费日灵活就业参保人员缴费标准补缴 10 年并办理医保退休。

(三) 已参加保险，有缴费记录的，缴费至符合职工医保退休条件可以办理医保退休。

(四) 未以灵活就业身份参保，通过再就业在单位参保，转灵活就业办理医保退休时，须从 2004 年 5 月开始补缴断档，直至满足医保退休条件。

(五) 因个人原因离开原单位，现要求续保或新参保的，除受刑事处罚和开除外，本人已经随原单位参保的可直接续费；本人及原单位未参保的，从 2004 年 5 月开始补缴，办理医保退休时需要满足医保退休条件。

(六) 参加职工基本医疗保险的困难企业退休人员属特定群体，按原政策执行，单建住院统筹，不建个人账户。

第三十二条 与用人单位解除劳动关系的人员参加医保按下列规定办理：

(一) 本地户籍，在统筹区参保单位就业并参加企业基本医疗保险的，离职后凭个人企业养老保险缴费凭证，可在企业养老保险参保地办理灵活就业参保。

(二) 外地户籍，在统筹区参保单位就业并参加社会保险，离职后继续以灵活就业身份在本统筹区参加企业养老保险的，凭

我市个人企业养老保险缴费凭证，携带本人户口本、本地就业失业登记证、本地居住一年以上暂住证，可在企业养老保险参保地办理灵活就业参保。

（三）已经在统筹区参加职工医保并及时缴费，解除劳动关系后，不符合参加灵活就业职工医保条件的，转户籍地或居住地参加居民医保。

第三十三条 办理职工医保退休在其实际缴费满 10 年（含 10 年）以上的医保经办机构办理；没有经办机构实际缴费满 10 年，属于原破产改制企业参保职工的在原企业参保地办理，其他人员在退休前医保参保地办理。

第三十四条 在统筹区外参加职工医保的人员，医保关系转回时，须在户籍所在地参加企业养老保险后，凭当地企业养老保险缴费凭证参加灵活就业职工医保；重新在单位就业的，可到单位参保地参加职工医保。

第三十五条 补充医疗保险费控制在上年度职工工资总额的 4%以内，费率由各地根据以支定收略有结余的原则确定。

第三十六条 财政全额拨款单位的公务员医疗补助费由同级财政按缴费标准全额预算。

第三十七条 参加城乡居民基本医疗保险的人员于每年的 9—12 月缴纳次年的医疗保险费。城乡居民基本医疗保险基金由个人缴费和财政补贴构成。筹资标准按照省市相关文件执行。

第三十八条 参加城乡居民基本医疗保险的“三无人员”个人缴费部分由政府补贴，具体补贴标准按省市相关政策文件执行。

“三无人员”是指：无劳动能力；无生活来源；无法定赡养人、抚养人、扶养人或赡养人、抚养人、扶养人没有赡养、抚养、

扶养能力的人员。

第三十九条 参加城乡居民基本医疗保险的享受最低生活保障的人、丧失劳动能力的残疾人、低收入家庭六十周岁以上的老年人和未成年人个人缴费部分由政府给予适当补助，具体补助标准按省市相关政策文件执行。

第四十条 参保单位或参保人未及时足额缴纳职工基本医疗保险费的，参保人停止享受医疗保险待遇。

第四十一条 参保单位自缴纳（补缴）职工基本医疗保险费之日起开始享受医保待遇，灵活就业人员自缴纳（补缴）保险费之日起 60 天后开始享受医保待遇，等待期（指缴费之日起至待遇开始享受日之间的时间，下同）和断保期（指欠费之日起至补缴日之间的时间，下同）不享受医疗保险待遇。

第四十二条 参加了统筹地区的单位职工基本医疗保险且与用人单位解除劳动关系的人员，在解除劳动关系之日起 30 日（含 30 日）内办理灵活就业职工医保参保手续，并按灵活就业人员缴费标准缴纳基本医疗保险费和大病医疗互助费，连续享受医保待遇。在解除劳动关系之日起 30 日（不含 30 日）以上，3 个月（含 3 个月）以内办理灵活就业职工医保参保手续，并按灵活就业人员缴费标准缴纳基本医疗保险费和大病医疗互助费、补缴断保期间费用的，自补缴之日起享受医保待遇。在解除劳动关系之日起 3 个月（不含）后办理灵活就业职工医保，按灵活就业人员参保的，除缴纳断保期间费用外，从缴费之日起 60 天后享受医保待遇。等待期间和断保期间不享受医保待遇。

第四十三条 参保单位发生人员变动时，需在次月的 12 日前到医保经办机构办理异动手续。

第四十四条 在统筹区内各县（市）区和市本级办理医疗保险关系转移时，在原参保地申请转出后到现参保地办理转入手续，参保记录由医保系统自动转接，其职工、灵活就业的基本医疗保险缴费年限予以认定。

第四十五条 医疗保险关系跨省转移、省内跨地州市转移的，须由转出地医保经办机构提供相关参保证明。其单位职工医疗保险和灵活就业职工医疗保险的缴费年限按政策认定。

第四十六条 符合参保条件的人员，在同一时期内只能参加一种基本医疗保险，但可以按规定转换不同的基本医疗保险险种：

（一）参保人已经连续两年（含两年）以上参加基本医疗保险后，因就业等个人状态变化在职工和居民医保之间切换参保关系的，中断缴费时间不超过3个月（含）的，缴费后即可正常享受待遇，超过3个月（不含）的，自缴费下月起享受医保待遇。

（二）参保人连续参加基本医疗保险不足两年，因就业等个人状态变化在职工和居民医保之间切换参保关系，中断缴费时间在30天（含30天）以内的，缴费后即可正常享受医保待遇，超过30天（不含30天）的，自缴费下月起享受医保待遇。两年内未参加过基本医疗保险，首次参加灵活就业职工医疗保险的自缴费之日起60天后享受医疗保险待遇。

（三）居民医保转职工医保，等待期内原居民医保在有效期内的，原参保待遇继续有效。

（四）有按灵活就业低档缴费或困难企业低费率缴费记录的参保人员，在办理医保退休时可以按灵活就业高档缴费标准或正常企业缴费标准补差后办理医保退休，退休后划拨个人账户，不补差的退休后不划个人账户。已办理医保退休的参保人员不得按

高档缴费补差。

(五) 参加城乡居民基本医疗保险的年限不计入职工基本医疗保险缴费年限。

第四十七条 失业人员在领取失业保险金期间参加职工基本医疗保险，享受基本医疗保险待遇。失业人员应当缴纳的基本医疗保险费、大病医疗互助费从失业保险基金中支付，个人不缴费。

第四十八条 城乡居民未在统筹地区规定的参保缴费期内办理参保缴费手续的，原则上不得中途参保、享受医保待遇。新生儿出生后 90 天内由监护人凭户口簿或居住证、并使用户口簿或医学出生证明登记的新生儿本人真实姓名，按统筹区规定办理参保登记缴费手续后，自出生之日起所发生的合规医疗费用均可纳入医保报销。新就业形态从业人员凭居住证初次参加居住地城乡居民医保的，不受集中参保缴费期限制，从缴费的下个月起享受医保待遇。因户籍变动等客观原因或特殊情形（具体指当年新迁入户口、复转军人、未及时就业的大中专毕业生、新生儿未在 90 天内参保缴费、社会福利机构新接收的弃婴儿、刑满释放人员、因劳动关系终止导致职工医保断保后需要参加城乡居民医保的人员、排查发现建档立卡贫困户或边缘户未参保的、各地结合实际明确的其他特殊情形）未能在统筹地规定时间内办理参保缴费手续的，可以按当年度城乡居民医保筹资标准（含个人缴费部分和财政补助部分）一次性足额缴纳基本医疗保险费，从缴费的下个月起享受医保待遇。

第四十九条 在职职工年龄的确定以上年度 12 月 31 日的年龄计算值为准，年初一次性确定。当年内其个人账户划入比例不作变动，在下年度核定后统一调整。退休人员自退休的下月起执

行退休人员个人账户划拨标准。

第五十条 参保人出生年月的时间确定，根据《中华人民共和国民法典》及国家有关文件精神，实行公民身份证号码与职工档案相结合的办法，当本人身份证号码与档案记载的出生时间不一致时，以本人档案最先记载的出生时间为准。

第三章 医保待遇

第五十一条 医保经办机构为职工医保参保人建立个人账户，主要用于支付门诊和住院医疗费用中的个人自付部分以及协议零售药店购药费用。

个人账户划拨暂按以下标准执行：

单位职工个人缴纳的基本医疗保险费，全部计入个人账户。用人单位缴纳的基本医疗保险费原则上按下列比例划入职工个人账户：45岁（含45岁）以下的按本人上年度工资总额的0.7%划入个人账户；45岁（不含45岁）以上到退休前的按本人上年度工资总额的1.2%划入个人账户；退休人员按缴费单位上年度职工年平均工资的3.4%划入个人账户，但本人上年度退休费高于缴费单位上年度职工年平均工资的，按本人上年度退休费的3.4%划入个人账户。按高档缴费的灵活就业人员个人账户的建立比照执行。国有、集体破产和改制企业在破产、改制前已退休且足额预留了10年医疗保险费的人员按本人上年度退休费的3.4%划入个人账户。

国家和省关于职工医保个人账户改革政策颁布后按新政策执行。

第五十二条 统筹基金划个人账户控制在用人单位缴费的30%。参保单位统筹基金划个人账户比例超过单位缴费的35%的，以该单位上年度职工工资总额为基数，按单位缴纳医保费划入个人账户的比例分3个档次加征该单位医保统筹基金：在35%(含)至40%的，医保费率提高0.5%；在40%(含)至50%的，医保费率提高1%；在50%以上的医保费率提高2%。

第五十三条 参保人员迁出统筹区的，经本人申请，终结本统筹区医疗保险关系，其个人账户余额转入接续地的医疗保险经办机构；接续地不符合参加职工医保条件而无法转入的，一次性发还给本人。

第五十四条 参保人死亡的，其个人账户余额按《中华人民共和国民法典》一次性支付给继承人或受遗赠人；没有继承人又无受遗赠人的，转入基本医疗保险统筹基金。

第五十五条 职工医保个人账户按中国人民银行同期活期存款利率记息。

第五十六条 住院、普通门诊、大病特药门诊和特殊病种门诊结算时其个人自付部分由个人账户先行支付，不足部分由个人现金支付。异地门诊和异地住院个人自付部分在定点医疗机构结算时没有由个人账户先行支付的，可凭合法票据到医保经办机构申请个人账户报销。

第五十七条 职工与城乡居民基本医疗保险，均实行“疾病种类、诊疗项目、医疗服务设施、药品与材料”的目录管理制度。目录制定及报销比例按国家与湖南省相关政策执行。不得自行增删目录或者调整目录中自付比例，省级联网结算定点医院的自制

药品经市医疗保障局统一上报省医疗保障局批准后，只限本医院使用。

第五十八条 职工医保参保人员住院实行统筹基金起付标准（起付线）和最高支付限额制度。起付标准是指每次住院时不进入统筹基金结算的最低金额。统筹基金最高支付限额为一个医保年度内，个人累积由职工医保统筹基金支付的最高限额。参保患者超过起付线的目录内就医费用扣除首先自付费用后的费用分段按比例报销，年度累计由医保基金支付的费用不得超过最高支付限额。

第五十九条 城乡居民基本医疗保险参保人员住院实行统筹基金起付标准（起付线）和最高支付限额制度。起付标准是指每次住院时不进入基金结算的最低金额。基金最高支付限额为一个医保年度内个人累积由城乡居民医保统筹基金支付的最高限额。超过起付线的目录内费用扣除首先自付费用后按规定比例报销，年度最高报销额度不得超过城乡居民基本医疗保险基金最高支付限额。

第六十条 职工医保和居民医保统筹基金起付标准（起付线）按以下规定执行：

（一）职工医保一个医保年度内本地住院，第一次住院，三级医院起付标准为 1600 元，二级医院起付标准为 1000 元，一级医院起付标准为 500 元，社区卫生服务中心起付标准为 400 元；第二次（含以上）住院，二级（含）以上医院，起付标准为 800 元，一级医院和社区卫生服务中心起付标准为 400 元；统筹区外住院起付标准均为省内 1800 元、省外 2300 元。参保患者一个医保年度内多次住院的，累计起付标准 2300 元封顶

(二) 居民医保起付线标准为：省内住院乡镇卫生院、社区卫生服务机构 200 元，县级医院 500 元，地市级医院 1000 元，省部级医院 2300 元；省外住院 2300 元。参保患者一个医保年度内多次住院的，累计起付标准 2300 元封顶。

(三) 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线，由上级医院向下级医院转诊免除起付线。

第六十一条 职工基本医疗保险统筹基金的年度最高支付限额为 10 万元。在一个医保年度内，参保患者超过起付线的目录内就医费用扣除首先自付费用后的费用分段按比例报销，1 万元以内（含 1 万元）个人自付 12%，1~3 万元以内（含 3 万元）个人自付 10%，3 万元~基金实际支付 10 万元以内（含 10 万元）个人自付 8%。退休人员按上述自付比例的 65% 负担。

职工大病医疗互助基金年度最高支付限额为 30 万元。在一个医保年度内，参保患者超过起付线的目录内就医费用扣除首先自付费用后的费用，超过进入职工基本医疗保险统筹基金分段按比例报销基数（含基金支付和个人负担两部分）的，剩余部分由个人自付 10%，大病医疗互助基金支付 90%，大病医疗互助基金年度累计支付额度不超过 30 万元。

第六十二条 城乡居民医保统筹基金医保年度疾病住院最高支付限额为 15 万元。各级医院住院超过起付线的目录内费用扣除首先自付费用后的报销比例如下：省内住院：乡镇卫生院、社区卫生服务机构 90%，县级医院 70%，地市级及以上医院 60%；省外住院 50%。

第六十三条 城乡居民大病保险资金由城乡居民基本医疗保

险基金支付，具体筹资标准、待遇标准按上级相关文件执行。

第六十四条 职工医保参保人员统筹区外省内异地住院医疗费用个人自付比例提高 10%，省外住院医疗费用个人自付比例提高 20%。

第六十五条 建档立卡贫困人口、特困人员、城乡低保对象的城乡居民医保待遇按上级相关文件执行。

第六十六条 职工基本医疗保险实行特殊病种门诊和大病特药制度，建立职工医保意外伤害保障制度，择机启动职工医保门诊统筹制度。具体管理办法由市医疗保障局会同市财政局拟定，报市政府批准后执行。

第六十七条 城乡居民基本医疗保险实行门诊统筹制度、特殊病种门诊制度、大病特药制度以及城乡居民大病和意外伤害购买第三方服务制度。

第六十八条 按照便民方式建立异地转诊转院多途径申报制度。

(一) 异地住院经医保经办机构批准的，医保基金按政策支付。

(二) 参保居民未按照分级诊疗制度有关规定办理转诊手续的（危急重症患者抢救除外），其异地住院医疗费用城乡居民医保基金支付比例相应降低 15%。

(三) 参保人经审批转往异地联网结算定点医院住院治疗的，应当向参保地医保经办机构申请异地住院，经批准后凭社会保障卡和个人身份证件入院，出院时凭社会保障卡实行联网实时结算。

(四) 经参保地医保经办机构批准转往非异地联网结算定点医院的，其住院医疗费用由个人先行垫付，凭医疗费用有效发票、出院诊断书、明细清单、到参保地医保经办机构按基本医疗保险

政策报销。

第六十九条 参保人员在异地急诊住院，须在入院后两个工作日内向参保地医保经办机构报备，住院发生的医疗费用，按基本医疗保险有关规定报销，其医疗费用个人自付比例与转外诊治人员相同。单位成建制短期（不足一年）迁往统筹区外施工的作业人员，按本条规定执行。

第七十条 职工医保参保人长期（一年以上）异地工作或居住的，可按以下规定申请办理异地安置（工作）手续：

（一）选择安置地医保异地联网结算医院住院的，其医疗费用按参保地定点医院住院政策报销，安置地非医保异地联网结算医院住院的，其医疗费用个人自付比例与转外诊治人员相同。

（二）在非安置地定点医院住院的，其医疗费用个人自付比例与转外诊治人员相同。

（三）参保人异地安置（工作）期间可申请将个人账户余额提现。经审核批准后，医保经办机构将参保人医保个人账户余额转至本人银行账户，转账业务一年办理一次。

（四）异地安置（工作）人员返回统筹地区工作或居住时，应及时办理异地安置（工作）注销手续。

（五）异地安置（工作）人员在安置地住院不能联网结算时，需向参保地医保经办机构报备。

（六）灵活就业未退休人员不办理异地安置，但达到法定正常退休年龄因为缴费年限不足继续按在职缴费的，可以办理异地安置。

第七十一条 参加职工基本医疗保险的人员生育待遇按以下规定执行：

(一) 参保人员连续缴纳基本医疗保险费 10 个月后(含补缴 3 个月以内且能提供有效劳动关系证明的)生育的，可享受生育待遇；补缴超过 3 个月的，从正常缴费之日起 10 个月后生育的可享受生育待遇；参保未满 10 个月早产且参保人妊娠日期晚于参保日期的，可按规定享受生育待遇。

(二) 省内生育保险实际缴费时限合并计算。

(三) 参保人员妊娠期间转移医保关系，或者产假期间转移医保关系的，由住院分娩出院之日基本医疗保险关系所在统筹地区按照本地区政策规定支付生育相关待遇。

(四) 新生儿的医疗费用不列入生育医疗费用中支付。

(五) 符合生育政策的育龄妇女，支付产前检查费 800 元/产妇；生育医疗住院费用按生育病种报销；生育并发症、计划生育手术及并发症所产生的医疗费用可纳入生育医疗费用按病种报销；门诊计生手术费按病种报销。生育病种限额规定另行制定。

(六) 男职工的配偶合法生育但未参加生育保险的，享受一次性生育补助金，标准为：平产 1300 元，剖宫产 1600 元。

(七) 生育医疗费用统筹基金支付部分纳入基本医疗保险最高支付限额计算范围。生育津贴不纳入基本医疗保险最高支付限额计算范围。

第七十二条 参加单位职工基本医疗保险，符合规定的女职工生育或终止妊娠后，在国家法定产假和奖励产假期间内由发放工资变更为享受生育津贴，每日津贴标准为上年度本单位职工月平均缴费工资除以 30 天之值。生育津贴由参保单位申领和代发，低于本人工资标准的，由用人单位补足。女职工享受生育津贴天数按以下标准计算：

(一) 女职工生育, 产假 158 天。下列情形另增加产假:

1. 难产的, 增加产假 15 天;
2. 多胞胎生育的, 每多生育一个孩子, 增加产假 15 天;

(二) 女职工怀孕未满 2 个月终止妊娠的, 享受 15 天产假; 怀孕满 2 个月未满 4 个月终止妊娠的, 享受 30 天产假; 怀孕满 4 个月未满 7 个月终止妊娠的, 享受 42 天产假; 怀孕满 7 个月终止妊娠的, 享受 75 天产假。

(三) 申领生育津贴需提交下列材料:

1. 卫生健康行政部门出具的符合法定生育条件的证明;
2. 本人的身份证件;
3. 出生医学证明/终止妊娠证明;
4. 参保单位开户银行及账号;
5. 湖南省医疗保障局规定的其他材料。

第七十三条 城乡居民医保基金对参保居民符合计划生育政策规定的生育医疗费用(含产前检查费)给予一次性补助, 平产补助标准为 1300 元, 剖宫产补助标准为 1600 元, 按单病种包干管理, 在定点医疗机构实行即时结算。孕产妇因高危重症救治发生的政策范围内住院医疗费用参照疾病住院相关标准支付。

第七十四条 补充医疗保险待遇标准:

(一) 起付线按 40% 补助。

(二) 在一个医保年度内, 参保患者超过起付线的目录内就医费用扣除首先自付费用后的费用补充医疗保险基金分段补助比例为: 1 万元(含)以内在职补助 6%、退休补助 4%; 1 万元 - 3 万元在职补助 5%、退休补助 3%; 3 万元 - 基本医疗统筹最高支付限额内在职补助 4%、退休补助 2%; 乙类药、特检、特治、乙

类医用部分自付耗材（限额报销耗材除外）个人首先自付部分、特殊病种门诊基金支付范围内个人自付部分补助 80%；大病互助段，在职补助 6%、退休补助 7%；超过大病互助段以上部分补助 70%。

（三）根据基金收支状况，补充医疗保险基金可以用于参保人员体检支出，年度基金支付标准不得超过 1000 元/人。

（四）个人年度累计最高补助限额为 20 万元。

第七十五条 其他人员的医疗待遇

（一）离休人员、老红军的医疗待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决。

（二）革命伤残军人、参战涉核人员医疗待遇按国家和省市相关政策执行。

（三）符合医疗照顾人员条件的劳模、专家等人员在医疗保险范围之外的特殊医疗费用按有关规定执行。

第四章 定点医药机构管理

第七十六条 定点医院、门诊和零售药店使用全市统一的医疗保险信息系统与各医保经办机构联接，实行网络管理。有内部管理系统的，其内部管理系统应与医疗保险信息系统以数据接口形式联接。

第七十七条 各定点医院、门诊和零售药店凭参保人社会保障卡提供就医及购药服务，信息实时传输到所属医保经办机构。

第七十八条 各医保经办机构通过市级管理平台与全省医疗保险信息系统联接并实现全国异地就医联网结算。统筹区内跨县

(市)、区住院使用医疗保险信息系统进行异地就医联网结算。

第七十九条 医保经办机构应与辖区内定点医院签订《医疗服务协议》，《医疗服务协议》应约定双方权利、义务、结算方式、管理办法与处罚措施。市县两级医疗保障局负责工作指导与检查考核。

第五章 附则

第八十条 岳阳市医疗保险所称医保年度为元月1日至12月31日。

第八十一条 本实施细则实施后，原政策与本文件不一致的，按本文件执行，以后政策调整，按新政策执行。

第八十二条 本实施细则自2021年6月1日起施行，有效期两年。