

贵阳市城镇职工基本医疗保险办法

（市政府令第 21 号，2014 年 9 月 28 日市人民政府常务会议审议通过，2014 年 10 月 15 日公布，自 2014 年 12 月 1 日起施行。根据 2019 年 4 月 21 日公布的《贵阳市人民政府关于修改部分规章的决定》第一次修改；根据 2022 年 12 月 19 日公布的《贵阳市人民政府关于修改〈贵阳市公共场所禁止吸烟暂行规定〉等 59 件规章的决定》第二次修改；根据 2023 年 10 月 7 日公布的《贵阳市人民政府关于修改〈贵阳市轨道交通建设专项资金管理暂行办法〉〈贵阳市城镇职工基本医疗保险办法〉的决定》第三次修改。）

第一章 总则

第一条 为了保障城镇职工和退休人员患病时得到基本医疗，享受医疗保险待遇，根据《中华人民共和国社会保险法》等法律、法规的规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市行政区域内的城镇用人单位，包括企业、事业单位、机关、社会团体、民办非企业单位（以下简称用人单位）及其职工和退休人员（以下简称参保人员）。

第三条 市人民政府医疗保障主管部门负责本市城镇职工



基本医疗保险的监督管理工作，区(市、县)人民政府医疗保障主管部门负责本辖区城镇职工基本医疗保险的监督管理工作。

相关经办机构具体承办医疗保险事务。

财政、税务、卫生健康、市场监管、审计、发展改革等主管部门按照各自职责，做好城镇职工基本医疗保险管理的相关工作。

第四条 基本医疗保险实行社会统筹和个人账户相结合，基本医疗保险费由用人单位和职工双方共同负担。建立医、患、保三方有效的制约机制，因病施治、合理检查、合理用药、杜绝浪费。

第五条 本市在实行基本医疗保险的基础上，建立大额医疗费用补助制度。

第二章 基本医疗保险登记和缴费申报

第六条 用人单位应当按照《中华人民共和国社会保险法》和下列规定，办理基本医疗保险登记及相关手续：

(一) 在市及市以上登记纳税的企业，由市相应经办机构办理；

(二) 在区(市、县)登记纳税的企业，由区(市、县)相应经办机构办理；

(三) 已参加市或者区(市、县)基本养老保险的，到登记养老保险的相应经办机构办理；

(四) 机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位，按



照隶属关系到同级相应经办机构办理。

第七条 用人单位因下列情形发生变更或者依法终止基本医疗保险缴费义务的，应当自变更或者终止之日起 30 日内，到原登记的相应经办机构办理变更或者注销登记：

- （一）破产、撤销、解散的；
- （二）合并、分立的；
- （三）其他情形。

第八条 用人单位在办理基本医疗保险登记后，应当按照规定申报缴费。

第三章 基本医疗保险基金的筹集

第九条 用人单位应当按照医疗保障主管部门规定的本单位职工工资总额比例缴纳基本医疗保险费，计入基本医疗保险统筹基金（以下简称统筹基金）。

职工应当按照医疗保障主管部门规定的本人工资比例缴纳基本医疗保险费，计入个人账户。

职工应当参加职工基本医疗保险，由用人单位和职工按照国家规定共同缴纳基本医疗保险费。缴费基数和缴费比例按照国家 and 省相关规定执行。

第十条 用人单位应当每月按时到所登记的相应医疗保险费征收机构足额缴纳基本医疗保险费。职工个人应当缴纳的基本医疗保险费，由单位代扣代缴。

用人单位参保人员发生增减变动的，于每月 15 日前到所登



记的相应经办机构办理参保人员增减变动手续。

第十一条 基本医疗保险费由用人单位和职工个人按照月缴纳：

（一）用人单位以本单位上一年度职工月平均工资总额为缴费基数，按照 7.5%为职工缴费；

（二）职工个人以本人上一年度月平均工资收入为缴费基数，按照 2%缴费。

用人单位享受养老金待遇的退休人员，达到医疗保险规定缴费年限的，自按规定经批准退休的次月起，个人不再缴纳基本医疗保险费。

无雇工的个体工商户，未在用人单位参加职工基本医疗保险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基本医疗保险，按照本市现行相关政策缴纳医疗保险费。

随着经济发展，用人单位和职工缴费率，可作相应调整。

第十二条 用人单位因宣告破产、撤销、解散或者其他原因终止的，依照有关法律、法规的规定，清偿其所欠缴的基本医疗保险费及其利息，并在用人单位依法终止前按照原在职职工的缴费基数，为在职职工足额缴纳 12 个月的基本医疗保险费。

第十三条 用人单位合并、分立或者转让的，其欠缴的基本医疗保险费及利息由合并、分立的新单位或者受让方承担。

第十四条 职工月平均工资，按照国家统计局规定列入工资总额统计的项目计算。

第四章 基本医疗保险个人账户和统筹基金的建立

第十五条 用人单位和职工个人缴纳的基本医疗保险费，由相应经办机构分别建立基本医疗保险个人账户和统筹基金。

第十六条 相应经办机构按照居民身份证号码和社会保险编码，为参保人员建立个人账户。个人账户归个人所有，不得透支，结余资金可以结转使用和依法继承。个人账户由下列资金构成：

- （一）职工个人缴纳的基本医疗保险费；
- （二）个人账户利息收入。

第十七条 无雇工的个体工商户，未在用人单位参加基本医疗保险非全日制从业人员以及其他灵活就业人员参加职工基本医疗保险的，个人账户划帐比例按照本市相关政策执行。

第十八条 用人单位缴纳的基本医疗保险费用于建立基本医疗保险统筹基金，统筹基金由相应经办机构统一调剂使用。

第十九条 个人账户资金主要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基本医疗费用，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。

统筹基金主要用于支付住院治疗、普通门诊治疗、慢性病及特殊病种门诊治疗的基本医疗费用。

第二十条 职工在同一统筹地区内变动工作单位，基本医疗保险关系、个人账户随同转移。调离统筹地区的，基本医疗保险关系随同转移，个人账户资金余额(含利息)随同转移或者清

退给本人。

参保人员死亡，由法定继承人与社会保险经办机构进行个人账户清算，个人账户资金余额（含利息）退给法定继承人。

第五章 基本医疗保险待遇

第二十一条 用人单位和职工个人，按月足额缴纳基本医疗保险费后，从缴费的次月起，参保人员按照本办法规定享受基本医疗保险待遇。不按时足额缴纳基本医疗保险费的，视为中断缴费。从中断缴费次月起停止由统筹基金支付参保人员医疗费用，停划个人账户资金。个人账户的结余资金可以继续使用。

第二十二条 参保人员住院治疗(含门诊转住院)或者特殊病种门诊治疗设置起付标准。参保人员在一个自然年度内多次普通住院的，支付的起付金额逐次递减，最低不超过起付标准的 50%。持特殊病种门诊医疗证的在一个自然年度内只承担一次住院起付金额。

起付标准的金额根据医院的级别、类别确定。

参保人员在一个自然年度内普通住院治疗(含门诊转住院)或者特殊门诊治疗设一次最高支付限额，即发生的医疗费用符合基本医疗保险规定由统筹基金支付的医疗费，累计最高支付限额为 15 万元。

第二十三条 职工在定点医疗机构住院，发生符合基本医疗保险支付规定的医疗费用(不含起付标准)，由统筹基金和个人按照相应比例承担。



承担的比例根据医疗机构的级别、类别确定。

退休人员按照职工个人自付比例的 50% 计算。

第二十四条 持特殊病种门诊医疗证的参保人员需要在门诊长期治疗该病种的，由医保基金支付医疗费用。

第二十五条 用人单位和职工个人缴费比例、划入个人账户比例、统筹基金支付的起付标准和最高支付限额以及住院基本医疗费用的个人负担比例，根据本市经济发展和统筹基金收支情况，调整并予以公布。

第二十六条 参保人员住院治疗或者特殊病种门诊治疗，凡使用《贵州省基本医疗保险药品目录》中〔乙类目录〕药品或者属《贵州省基本医疗保险诊疗项目费用管理暂行办法》规定由基本医疗保险支付部分的诊疗项目，本人按照规定自付后，再纳入基本医疗保险统筹基金给付范围。

第二十七条 参保人员住院期间发生的住院床位费等医疗服务设施费用，执行省规定的支付标准。

第二十八条 参保人员因病情确需转诊住院治疗(不含门诊治疗)的，按照《贵州省城镇职工基本医疗保险转诊转院暂行办法》规定办理。

第二十九条 参保人员有下列情形之一的，其医疗费用不得从统筹基金中支付：

- (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，由统筹基金先行支付。统筹基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第六章 基本医疗费用的结算

第三十条 参保人员到本市定点医疗机构门诊就诊或者住院治疗，凭《社会保障卡》办理就诊或者住院手续。住院治疗入院时，应当按照医院规定交预付金。门诊和住院治疗的基本医疗费用按照下列规定进行申报结算：

（一）门诊基本医疗费用，本人用社保卡与医疗机构记账结算，《社会保障卡》上个人账户资金不够支付的，由个人用现金补足；个人账户记账结算的基本医疗费用，由医疗机构按月向相应经办机构申报结算；

（二）特殊病种门诊治疗的基本医疗费用，属个人负担的，本人用《社会保障卡》记账或者用现金与医疗机构结算；属统筹基金负担和个人账户记账结算的基本医疗费用，由医疗机构按月向相应经办机构申报结算；

（三）住院治疗的基本医疗费用，办理出院手续时，属个人负担符合基本医疗保险规定的基本医疗费，本人可用个人账户余额和现金直接与医疗机构结算；属统筹基金负担的基本医疗费用，由医疗机构记账后，按月向相应经办机构申报结算。

第三十一条 经批准转诊住院治疗发生的基本医疗费用，未



刷卡结算的，由本人先垫付，医疗终结，凭出院小结原件、医疗费用清单、有效报销单据到参保所在地的相应经办机构按照本办法规定结算。

第三十二条 驻外人员和异地定居的退休人员，按照国家规定办理相关手续。办理手续后，参保人员在所驻地或者定居地的定点医疗机构住院治疗发生的基本医疗费用，可按照下列方式结算：

（一）参保人员刷卡直接结算；

（二）未刷卡结算的，由本人先垫付，医疗终结，凭住院小结原件、医疗费用清单、有效报销单据到参保所在地的相应经办机构按照本办法规定结算。

第三十三条 参保人员在国内因探亲、出差等患急性病需要住院治疗，在当地定点医疗机构就医的，所发生的基本医疗费用，凭当地医院的出院小结原件、医疗费用清单、有效报销单据到参保所在地的相应经办机构按照本办法规定结算。其起付标准按照本办法规定的同级别医院标准执行。

第三十四条 参保人员在本市定点零售药店购药，本人用《社会保障卡》与药店记账结算。《社会保障卡》卡上个人账户资金不够支付的，由本人用现金补足。个人账户记账结算的药费，由药店按月向相应经办机构申报结算。

第七章 大额医疗费用补助

第三十五条 参保人员住院超过基本医疗保险最高支付限

额以上的大额医疗费用，由用人单位和参保人员，在缴纳基本医疗保险费的同时缴纳大额医疗补助费。用人单位和参保个人各承担 50%，个人缴纳部分统一由用人单位代扣代缴。

第三十六条 大额医疗费用补助，实行一年一保。用人单位和参保人员应当按时足额缴纳全年的大额医疗补助费。

用人单位和参保人员未缴纳的，不得享受大额医疗费用补助。

第三十七条 在一个年度内，用人单位和参保人员终止基本医疗保险缴费的，其终止前单位和个人所缴的大额医疗补助费，相应经办机构不予退还。

第三十八条 参保人员在一个年度内，住院的基本医疗费用超过基本医疗保险最高支付限额以上部分，其诊疗项目、服务设施标准、用药范围等符合基本医疗保险有关规定的，由大额医疗费用补助及个人按照规定负担。大额医疗费用补助设置年度累计最高支付限额，根据经济发展情况，适时调整。

第三十九条 参保人员特殊病种门诊治疗和住院治疗终结办理大额医疗费用补助，属个人自付部分，由个人与医疗机构结算，属大额医疗补助费支付部分，由医疗机构按照基本医疗保险结算规定向相应经办机构申报结算。

第四十条 大额医疗费用补助，由相应经办机构负责管理，纳入财政专户，单独建帐，分开核算，不得挤占和挪用。

第八章 定点医疗机构和定点零售药店管理



第四十一条 基本医疗保险实行定点医疗机构和定点零售药店服务管理。

相应经办机构根据服务管理的实际需要，可以与定点医疗机构和定点零售药店签订服务协议，规范医疗服务行为，并向社会公布定点的医疗机构和定点零售药店。

第四十二条 定点医疗机构应当规范医疗服务行为，因病施治、合理检查、合理用药，保证医疗服务质量，为参保人员提供基本医疗服务。

定点零售药店应当保证基本医疗保险用药的品种和质量，合理控制药品服务成本，规范外配处方用药服务行为，提高服务质量。

第四十三条 参保人员可以到定点医疗机构或者定点零售药店就医或者购药。

定点医疗机构和定点零售药店提供基本医疗服务，应当符合国家和省规定的基本医疗保险服务范围。

第九章 基本医疗保险基金的管理与监督

第四十四条 个人账户和统筹基金分别核算。统筹基金和个人账户资金的银行计息，按照国家规定执行。

基本医疗保险基金实行收支两条线和财政专户管理，专款专用，不得挤占挪用。

基本医疗保险基金包含统筹基金和个人账户。

第四十五条 用人单位和参保人员有权向相应经办机构查



询单位和个人缴费以及医疗费用支付情况。相应经办机构应当建立查询系统，方便和接受用人单位和参保人员的查询和监督。

第四十六条 相应经办机构要建立健全基本医疗保险基金的预决算制度、财务会计制度，加强财务管理，严格规章制度，确保基金安全。

第四十七条 医疗保障主管部门应当建立健全基金的内部审计制度，加强对基本医疗保险基金的监督管理，定期对相应经办机构的基金收支情况进行内部审计。

财政部门对基本医疗保险基金实行监督管理。

审计部门应当对基本医疗保险基金进行审计和监督。

第四十八条 设立由市人民政府医疗保障、财政、工业和信息化、审计、卫生健康、市场监管等主管部门和工会组成的市社会保险基金监督委员会，负责监督基本医疗保险制度的实施。

市人民政府医疗保障主管部门应当设立市城镇职工医疗保险专家委员会，负责处理医疗保险非行政争议案件，保障参保人员、定点医疗机构、定点零售药店和相应经办机构的合法权益。

第四十九条 违反本办法规定的违法行为，由医疗保障主管部门依据《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》的规定予以行政处罚。

第十章 附则

第五十条 本办法 2014 年 12 月 1 日起施行。2001 年 11 月

1 日公布的《贵阳市城镇职工基本医疗保险暂行办法》同时废止。