

桂林市离休人员医疗保障管理办法

第一章 总 则

第一条 为了更好保障离休人员享受医疗待遇，根据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）的有关规定以及《中共中央办公厅 国务院办公厅关于转发〈中央组织部、国家经贸委、财政部、人事部、劳动和社会保障部、卫生部关于落实离休干部离休费、医药费的意见〉的通知》（厅字〔2000〕61号）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于由桂林市管理，在桂林市本级单位的离休人员、镇南关解放之日以前参加革命工作担任过正处级实职性职务并已享受普通离休医疗待遇的人员。

第二章 资金的筹集及管理

第三条 离休人员医疗统筹费单独列账管理，专款专用。

第四条 离休人员医疗统筹费筹集标准由市委老干部局、市财政局和市医保局参照上年度离休人员实际发生的人均医疗费用研究确定，由离休人员所在单位于每年12月30日前一次性缴纳下一年度离休人员医疗统筹费。

市级医保经办机构负责具体经办工作。

第五条 属于市级财政全额补助和部分补助的单位离休人员医疗统筹费，由市财政局纳入预算并拨付市级医保经办机构。其

他单位离休人员医疗统筹费由所在单位按标准缴纳。

第六条 单位在进行租赁、承包、合资、兼并、联合、股份制、股份合作制或者个人及集团收购等形式改制时，离休人员的医疗统筹费应当纳入合同条款，明确责任，承担离休人员的医疗统筹费，并按标准及时足额缴纳。

第七条 经批准国有企业改革改制的单位离休人员医疗统筹费，从企业资产变现所得中支付，以上年度离休人员实际发生的人均医疗费为基数，一次性缴足离休人员 10 年的医疗统筹费。如资产变现不足或者无法变现的，由产权持有机构负担。

第八条 离休人员医疗统筹费结余部分转次年使用，超支部分由市财政局协调解决。

第九条 按规定缴纳的离休人员医疗统筹费不予退还。

第十条 单位缴纳医疗统筹费确有困难的，由单位提出申请，经主管部门、市委老干部局、市财政局、市医保局审核后，由市级财政解决。

第三章 资金的使用

第十一条 离休人员医疗统筹费划分为个人账户资金和统筹医疗资金两部分。

个人账户资金全年配额为：享受副省（部）长级待遇离休人员划入 6000 元；享受厅局级（含副厅长级）待遇离休人员划入 5000 元；享受厅局级以下待遇离休人员划入 4500 元；享受镇南

关解放之日以前参加革命工作担任过正处级实职性职务并已享受普通离休医疗待遇的人员划入 4000 元。异地居住的离休人员个人账户资金按上述相应类别标准划入。

统筹医疗资金：个人账户配置后，资金余额划入离休人员统筹医疗资金，统一管理和使用。

第十二条 年内个人账户如有结余，结余资金全部发放给本人，同时按结余资金数额的 10%予以奖励。

离休人员死亡后，如无继承人，个人账户结余资金全部纳入统筹医疗资金。

第十三条 不予支付范围：

- （一）应当由第三人负担的医疗费用；
- （二）应当由公共卫生支付的费用；
- （三）在境外就医的医疗费用；
- （四）非基本医疗保险协议医疗服务机构就诊的医疗费用（急诊、抢救除外）；
- （五）不予支付的其他情形。

第四章 就医管理及医疗待遇

第十四条 离休人员到定点医药机构就诊或者购药，应当主动出示本人医保电子凭证、社会保障卡等有效凭证（以下简称“医疗保障凭证”）及《桂林市离休干部等特殊人员医疗证历本》（以下简称《证历本》），并配合核验。

医疗保障凭证及《证历本》只限本人使用，不得转借他人。社会保障卡及《证历本》如有丢失，应当及时补办。离休人员死亡，结清医疗费用后，其家属应当主动将《证历本》交回。

第十五条 在桂林市定点医药机构就医的离休人员，凭本人医疗保障凭证直接结算，属离休人员医疗统筹费支付的，由市级医保经办机构与定点医药机构结算；属个人支付的，由个人直接与定点医药机构结算。

第十六条 需异地居住或者外出探亲、旅游的离休人员，应当凭个人身份证办理异地就医备案，异地就医备案地为就医地地州市或者直辖市，实行基本医疗保险省级统筹的地区可备案到就医省。

按规定办理异地就医备案手续后，离休人员在桂林市外定点医疗机构发生的医疗费用，原则上凭本人医疗保障凭证进行异地就医直接结算。因故无法实现异地就医直接结算的，先由离休人员垫付，凭当地医疗机构出具的疾病证明书、出院小结或者门诊病历记录、费用清单、发票等有关材料到市级医保经办机构申请结算。基本医疗保险支付范围（包括药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准）参照就医地标准。

第十七条 因急诊、抢救到非定点医疗机构就诊的，医疗费用先由离休人员垫付，持相关材料到市级医保经办机构结算。

第十八条 离休人员就诊时应当服从医生诊治，不得指名检查、要药，慢性病不得一日数诊。门诊取药按照卫生健康行政部

门有关处方管理规定执行。

第十九条 离休人员使用符合“双通道”药品管理的谈判药品，按基本医疗保险“双通道”药品管理办法执行。

第二十条 离休人员在定点医药机构发生的凡是符合基本医疗保险范围和标准的医疗费用，先由个人账户资金予以全额支付；个人账户资金用完后由统筹医疗资金支付。

第二十一条 离休人员个人账户支付金额累计超出个人账户年度定额时，停止在定点零售药店购药（谈判药品除外）。

第二十二条 离休人员参照职工基本医疗保险家庭病床管理办法规定执行，医疗待遇按离休人员住院费用标准支付。

第二十三条 离休人员住院床位费报销标准：以职工基本医疗保险统筹基金床位费支付标准，享受副省（部）长级医疗待遇离休人员床位费标准提高 100%；享受厅局级（含副厅长级）医疗待遇、厅局级以下医疗待遇和镇南关解放之日以前参加革命工作担任过正处级实职性职务并已享受普通离休医疗待遇人员床位费标准提高 60%；异地居住或者转外地治疗的离休人员床位费标准提高 80%；低于上述标准的按实际费用结算。

第二十四条 住院期间凡是超出基本医疗保险支付范围属自费的医疗费（不包括：1.非治疗性的项目；2.除肾脏、心脏瓣膜、角膜、皮肤、血管、骨、骨髓移植之外的其他器官或者组织移植手术；3.各类器官或者组织移植的组织源或者器官源），根据不同情况，按以下办法报销：

享受副省（部）长级医疗待遇离休人员 100%报销；享受厅局级（含副厅长级）医疗待遇离休人员报销 80%；享受厅局级以下医疗待遇离休人员报销 60%；享受镇南关解放之日以前参加革命工作担任过正处级实职性职务并已享受普通离休医疗待遇人员报销 40%。

第五章 附 则

第二十五条 在桂林市的中央、自治区直属单位和五城区（不含临桂区）按照自愿原则，统一为管理的离休人员按照本办法的规定整体参加离休人员医疗费统筹。离休人员医疗费超支的，按离休人员实际发生的平均医疗费用结算。

其余各县（市、区）根据工作实际，可参照执行，单独管理。

第二十六条 本办法由市医保局负责解释。

第二十七条 本办法自印发之日起施行，有效期五年。此前离休人员医疗待遇与本办法不一致的，以本办法为准。