**巴中市职工医疗保险实施办法**

**第一章  总  则**

**第一条**  为了规范职工医疗保险关系，保障职工医疗保险待遇，根据《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》等法律法规和关于深化医疗保障制度改革的文件精神，结合我市实际，制定本实施办法（以下简称《办法》）。

**第二条**  职工医疗保险实行市级统筹，应当遵循以下原则。

（一）坚持以人民健康为中心，应保尽保、保障基本；

（二）坚持尽力而为、量力而行，筹资标准和保障能力与经济社会发展水平相适应；

（三）坚持以收定支、收支平衡、略有结余，确保基金安全可持续；

（四）坚持权利义务对等，构建多层次医疗保障体系。

**第三条**  职工医疗保险包括职工基本医疗保险（含生育保险）和职工补充医疗保险。

职工补充医疗保险含职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助。

**第四条**  医疗保障部门负责本行政区域内职工医疗保障行政管理工作。医疗保障经办机构负责本行政区域内医疗保险经办业务。市级医疗保障经办机构负责承办市本级职工医疗保险经办业务并指导县（区）医疗保险业务经办。

税务部门负责本行政区域职工医疗保险费的征收工作。

**第五条**  本市行政区域内的企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工应当依法参加职工基本医疗保险。

无雇工的个体工商户、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），可以参加职工基本医疗保险，基本医疗保险费由个人按照规定缴纳。

**第二章**  **基本医疗保险费的征缴**

**第六条**  职工基本医疗保险费由用人单位和职工个人共同缴纳，个人缴费部分由单位代扣代缴。灵活就业人员基本医疗保险费由个人全额缴纳，失业人员领取失业保险金期间的基本医疗保险费由失业保险经办机构代缴。

（一）缴费基数：职工个人月缴费基数按本人上年度月平均工资确定，用人单位月缴费基数按本单位参保职工个人月缴费基数之和确定。职工本人上年度月平均工资高于本市职工基本医疗保险最低缴费基数300%的，按300%确定；低于本市职工基本医疗保险最低缴费基数的，以最低缴费基数为标准。灵活就业人员和失业人员领取失业保险金期间月缴费基数按本市当年职工基本医疗保险最低缴费基数确定。

（二）缴费费率：用人单位7%、职工个人2%；灵活就业人员和领取失业保险金的人员9%。

**第七条** 用人单位、代缴机构和灵活就业人员应按月申报并足额缴纳基本医疗保险费。确属缴费困难的用人单位，按国家、省、市相关规定执行。

**第八条**  生育保险与职工基本医疗保险合并征缴，由用人单位按职工基本医疗保险缴费基数的0.6%缴纳。灵活就业人员和领取失业保险金的人员不参加生育保险。

**第九条**  职工基本医疗保险最低缴费基数以四川省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资为基准，结合本市社会经济水平合理确定，由市医疗保障局确定并公布。

**第十条**  依法办理了养老保险退休手续（灵活就业人员已达到法定退休年龄），且职工基本医疗保险缴费年限达到规定缴费年限的参保人员，不再缴纳基本医疗保险费，享受基本医疗保险退休待遇。

**第十一条**  建立职工基本医疗保险最低缴费年限制度。参保人员累计缴费年限不得低于20年。参保人员缴费达到规定的缴费年限，但未达到法定退休年龄的，应当继续缴纳至法定退休年龄。

参保人员缴费年限未达到本办法规定最低缴费年限的，用人单位或参保人员可以按以下方式之一办理：

（一）参保时一次性补缴不足年限的基本医疗保险费，达到法定退休年龄后享受基本医疗保险退休待遇；

（二）办理退休手续时（灵活就业人员已达到法定退休年龄），一次性补缴不足年限基本医疗保险费，享受基本医疗保险退休待遇；

（三）办理退休手续时（灵活就业人员已达到法定退休年龄），继续缴纳至最低缴费年限或申请终止其职工基本医疗保险关系。

一次性补缴不足年限按补缴当年最低缴费基数的7%缴纳，补缴部分不计个人账户。

**第三章**  **基本医疗保险关系转移接续**

**第十二条**  职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险因参保人就业等个人状态变化可以相互转接参保关系。参保人连续2年（含2年）以上参加基本医疗保险的，且中断缴费时间不超过3个月的，缴费后即可正常享受待遇；中断缴费时间超过3个月的，待遇享受等待期为6个月。职工、城乡居民医疗保险关系相互转接后，保留其原参保缴费记录。

**第十三条**  参保人员跨统筹地区转入本市就业的，其基本医疗保险关系随本人转移，只转移参保关系和个人账户，缴费年限累计计算。在转移接续前中断缴费3个月（含3个月）以内的，可按规定办理职工基本医疗保险费转移手续，缴费当月即可享受待遇。中断缴费3个月以上的，待遇享受等待期为6个月。

从市外转入本市的参保人员达到法定退休年龄时，累计缴费不低于20年且在本市的实际缴费年限不低于10年的，不再缴纳基本医疗保险费，按规定享受本市基本医疗保险退休待遇。年限不足的，按本办法第十一条规定办理。

**第十四条**  军人退出现役后转入本市参加职工基本医疗保险的，军人服现役年限视同职工基本医疗保险缴费年限，与入伍前和退役后参加职工基本医疗保险的缴费年限合并计算。

**第十五条**   达到国家规定法定退休年龄的参保人员，其医疗保险关系不再转接。

**第十六条**  用人单位（参保人员）未按月足额缴费的，从欠费的第4个月起暂停其基本医疗保险待遇。

连续欠费6个月以内（含6个月）的，可以申报恢复缴费，补缴其欠费期间的职工医疗保险费，缴费当月即可享受医疗保险待遇，中断期间的待遇追溯享受；连续欠费6月以上至12个月（含12个月）的，可申请恢复缴费，缴清欠费和滞纳金后，从缴清欠费和滞纳金之日起享受医疗保险待遇；连续欠费12个月以上的，可申请缴清欠费和滞纳金，只计缴费年限和个人账户，待遇享受等待期为6个月。

**第十七条**  因用人单位未在规定期限内办理参保缴费或缴清欠费和滞纳金的，基本医疗保险待遇由负有缴费义务的用人单位承担。

**第四章**  **统筹基金和个人账户**

**第十八条**  职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户构成。用人单位和个人缴纳的基本医疗保险费按规定比例计入个人账户和统筹基金。统筹基金和个人账户实施分别核算，不得相互挤占。

**第十九条**   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的2%。单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

退休人员（享受医疗保险退休待遇的参保人员）个人账户由统筹基金按定额划入，机关事业单位、企业（灵活就业人员）退休人员个人账户划入基数分别为本市2022年度机关事业单位、企业基本养老金平均水平，划入比例为2.8％。

**第二十条**  个人账户的本金和利息归参保人员个人所有，用于支付本人及其配偶、夫妻双方父母、子女的下列费用：

（一）在定点医药机构发生的政策范围内自付费用；

（二）在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用；

（三）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；

（四）参加城乡居民基本医疗保险、补充医疗保险、重特大疾病保险等与医疗保障相关的社会保险个人缴费。

**第二十一条**  符合下列情况之一的，个人账户资金可一次性支付给本人或法定继承人：

（一）参保人员自愿终止职工基本医疗保险关系的；

（二）参保人员死亡的。

**第五章**  **基本医疗保险待遇**

**第二十二条**  用人单位职工（灵活就业人员）初次参加基本医疗保险的，自在本市办理参保缴费之日起，6个月后享受基本医疗保险待遇。个人账户自缴费当月计入。

**第二十三条**  基本医疗保险基金支付范围按照《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》《四川省基本医疗保险医疗服务设施项目范围》和四川省医用耗材、民族药、中药饮片、医院制剂以及医疗服务价格等相关政策执行。

特殊群体、特定疾病医药费的豁免按国家和省相关规定执行。

**第二十四条**  参保人员符合基本医疗保险基金支付范围的住院医疗费用，扣减住院报销起付标准后按定点医疗机构等级确定报销比例。定点医疗机构等级变化后，收费标准未调整的，执行原起付标准和报销比例。

（一）起付标准：市内未定级和一级医疗机构300元、二级医疗机构400元、三级医疗机构700元；市外医疗机构1000元；市内乡镇卫生院（含地名卫生院，下同）和社区卫生服务中心100元。

（二）报销比例：市内未定级和一级医疗机构85%、二级医疗机构82%、三级医疗机构80%；市内乡镇卫生院和社区卫生服务中心90%。市外就医报销比例按照异地就医相关政策执行。

**第二十五条**  参加生育保险的职工享受生育保险待遇。生育保险待遇包括产前检查费用、生育医疗费用和生育津贴，纳入职工基本医疗保险基金支付范围。产前检查费用实行定额补助、生育医疗费用实行限额结算，生育津贴按照国家规定执行。生育保险待遇标准由市医疗保障局会同市财政局公布。

生育津贴由医疗保障经办机构支付给用人单位。对财政供养人员，不予支付生育津贴；对非财政供养人员，生育津贴与产假期间的工资不重复享受。

职工未就业配偶报销生育医疗费用时，应当在基金支付总额中扣减已在城乡居民基本医疗保险中报销的生育费用。

**第二十六条**  参保人员因病需长期依靠门诊药物治疗的，纳入门诊慢性病、特殊病管理（以下简称门诊慢特病），门诊慢特病认定由医疗保障经办机构委托医疗机构办理。门诊慢特病分为一类门诊慢特病和二类门诊慢特病。

一类门诊慢特病共25种。参保职工门诊治疗一类门诊慢特病发生的医疗费用，符合基本医疗保险基金支付范围的，不计起付线、全额纳入报销，分病种实行年度限额支付。限额支付标准1000元的病种：糖尿病、原发性高血压（Ⅱ、Ⅲ级）、癫痫、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、乙型慢性肝炎、丙型慢性肝炎、丁型慢性肝炎；限额支付标准1500元的病种：帕金森氏病、慢性肺源性心脏病、冠心病（含心脏瓣膜手术后抗凝治疗）、风湿性心脏瓣膜病、矽肺病II期及以上、脑血管意外后遗症、因疾病引起的瘫痪、阿尔茨海默症、慢性阻塞性肺气肿；限额支付标准2000元的病种：再生障碍性贫血、精神病稳定期、肝硬化、慢性肾脏病（慢性肾功能衰竭药物治疗期、慢性肾炎综合征、原发性肾病综合征、IGA肾病）、干燥综合征、慢性骨髓增殖性疾病（含原发性血小板增多症、原发性红细胞增多症及原发性骨髓纤维化）、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎。

患有两种及以上一类门诊慢特病的，其治疗费用均可纳入职工基本医疗保险基金报销，按一种且以最高限额支付标准支付。

二类门诊慢特病共12种：恶性肿瘤、肾功能衰竭（透析治疗）、器官或骨髓移植（术后抗免疫排斥药物治疗）、系统性红斑狼疮、白血病、血友病、耐多药肺结核、肝豆状核变性、湿性年龄相关性黄斑变性、胃肠间质瘤GIST、普拉德—威利综合征、原发性生长激素缺乏症。参保职工门诊治疗二类门诊慢特病发生的医疗费用，符合职工基本医疗保险基金支付范围的，一个自然年度内只扣减一次二级定点医疗机构住院起付标准，由职工基本医疗保险基金报销70%。

**第二十七条**  参保人员因急诊、抢救、日间手术发生的符合职工基本医疗保险基金支付范围内的门（急）诊医疗费用纳入住院医疗费用报销。

**第二十八条**  参保人员住院（含二类门诊慢特病）治疗发生的乙类药品和乙类诊疗项目，由个人先行自付10%后，纳入职工基本医疗保险基金支付范围。

**第二十九条**  中医非药物疗法、中药饮片、国家谈判药品、高值药品和高值耗材按国家和省相关规定执行。

**第三十条**    参保人员一个自然年度内累计发生的住院医疗费用（含二类门诊慢特病、生育医疗费用），基本医疗保险统筹基金最高支付限额14万元。

**第三十一条** 下列医疗费用不纳入基本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；

（五）体育健身、养身保健消费、健康体检；

（六）国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

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，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，医疗保障部门有权向第三人追偿。

**第六章**  **公务员医疗补助**

**第三十二条** 参加职工基本医疗保险并由各级财政预算公务员医疗补助资金的参保人员，享受公务员医疗补助待遇。

**第三十三条** 下列单位的参保人员（含退休人员），由单位在缴纳基本医疗保险费时一并申报并缴纳公务员医疗补助资金。

（一）《中华人民共和国公务员法》规定的机关单位工作人员和在编工勤人员；

（二）参照《中华人民共和国公务员法》管理事业单位工作人员和在编工勤人员。

**第三十四条**  公务员医疗保险补助缴费标准按职工基本医疗保险缴费基数的2%执行。

中央、省派驻单位的公务员，由单位缴纳公务员医疗补助资金，其筹资标准、待遇水平参照本办法规定执行。

**第三十五条**  公务员医疗补助待遇按下列标准执行。

（一）住院（含二类门诊慢特病）治疗发生的符合职工基本医疗保险基金支付范围的医疗费用，由职工基本医疗保险基金支付后，由公务员医疗补助基金报销60%。一个自然年度内最高支付限额2万元。

（二）因患一类门诊慢特病发生的符合职工基本医疗保险基金支付范围的医疗费用，由职工基本医疗保险基金支付后，剩余部分纳入公务员医疗补助基金报销，一个自然年度内最高支付限额1500元。

**第七章**  **职工大额医疗费用补助**

**第三十六条**  建立职工大额医疗费用补助制度。参加本市职工基本医疗保险的用人单位和参保人员可以同步参加职工大额医疗费用补助（以下简称职工大额补助）。

**第三十七条**  用人单位按本市职工基本医疗保险最低缴费基数的2%为本单位职工（含退休职工）缴纳职工大额医疗费用补助费，在申报缴纳职工基本医疗保险费时一并申报缴纳。

灵活就业人员和领取失业保险金的人员由个人自行缴纳，按本市职工基本医疗保险最低缴费基数的2%缴纳。

**第三十八条**  职工大额补助的参保人员因住院（含二类门诊慢特病）治疗发生的符合职工基本医疗保险基金支付范围的医疗费用，经职工基本医疗保险、公务员医疗补助报销后，剩余部分扣减二级定点医疗机构住院起付标准，实行累计分段按比例报销。即10万元（含10万元）以内部分报销85% ，10万元以上部分报销90%。一个自然年度内职工大额医疗费用补助基金最高支付限额为50万元。退休人员（享受医疗保险退休待遇的参保人员）和患精神病、艾滋病、恶性肿瘤、肾功能衰竭、器官或骨髓移植术后抗免疫排斥治疗的参保人员不计起付标准。80周岁（含80岁）以上的参保人员报销比例在上述比例上增加5%。

**第三十九条**  职工大额补助保险期限、中断缴费、待遇等待期参照职工基本医疗保险规定执行。

**第四十条**  职工大额补助与职工基本医疗保险费用结算同步进行，实行“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。

职工大额补助经办可以通过政府采购方式依法确定商业保险机构承办。

**第八章**  **经办服务和费用结算**

**第四十一条**  各级医疗保障经办机构应当为定点医药机构和参保人员提供优质高效的经办服务。

**第四十二条**   各级医疗保障经办机构与定点医药机构建立集体谈判协商机制，合理确定定点医药机构的医疗保障基金预算金额和拨付时限，与定点医药机构协商签订服务协议，规范医药服务行为，明确违反服务协议的行为及其责任。

医疗保障经办机构应当向社会公开医保信息系统数据集、接口标准和定点医药机构名单。

**第四十三条**  定点医疗机构应当执行分级诊疗制度，建立健全基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的就医秩序。急诊、抢救等特殊情形除外。

参保人员在一个治疗过程中因病情需要双向转诊的，由低级别定点医疗机构转往高级别定点医疗机构，只补计起付标准差额；由高级别定点医疗机构转往同级别或低级别定点医疗机构，不再另计起付标准。转诊转院由医疗机构按照政策规定办理。

**第四十四条**  参保人员因病在异地定点医疗机构就医的，应向参保地医疗保障经办机构申报备案。

**第四十五条**   定点医药机构应当优化医保结算流程，为参保人员提供便捷的医疗服务，按规定进行医保费用直接结算，提供费用结算单据和相关资料。为符合规定的参保人员提供转诊转院服务。

参保人员在异地定点医疗机构就医的，通过异地就医结算平台实行即时结算；不能实现异地就医即时结算的，由个人全额垫付，原则上于次年6月底前凭结算票据、费用清单、出院证明等原始资料到参保地医疗保障经办机构申请结算。

**第四十六条**  定点医药机构应当配备医保管理人员，与医疗保障经办机构共同做好医保服务工作。对参保人员的医疗保险费用实行单独建账，并按要求真实、及时、准确地向医疗保障经办机构提供参保人员医疗保险费用等有关信息。

**第四十七条**  定点医药机构应按规定将医药费用信息及时上传至医保信息系统，并按月向医疗保障经办机构申报结算医药费用。

医疗保障经办机构应当按照服务协议的约定，及时结算和拨付医疗保障基金。

**第四十八条**  医疗保险基金支付实行医保付费总额管理，推行按疾病诊断分组（DRG）付费、病种付费、项目付费、床日付费等多种付费方式结算。

**第九章**  **基金管理和监督**

**第四十九条**  职工医疗保险基金实行年度预算管理，预决算编制、调整、执行应当严格依照《中华人民共和国预算法》《社会保险基金财务制度》有关规定执行。

职工医疗保险基金根据当年参保人数、基金收入、财政补助、基金支出、总额控制等因素进行预算调整；调整后仍然超支的，由同级财政予以补齐；当期有结余的，可结转下年度继续使用。

**第五十条**    职工医疗保险基金按属地管理原则，由同级税务部门负责征收并及时上解国库，再按规定划拨到市财政社保基金专户。

**第五十一条**  职工医疗保险基金纳入财政专户统一管理，实行单独建账、分别核算、专款专用、“收支两条线”的管理模式，任何部门、单位和个人不得截留、挤占和挪用。

**第五十二条**  医疗保障经办机构建立健全内控制度、完善岗位责任及风险防控机制。加强内部审计稽核工作，确保基金安全，按照职责分工和相关财务制度规定进行会计核算和编制基金预、决算报表及分析。

**第五十三条**  医疗保障经办机构应对定点医药机构组织开展绩效考核，建立动态管理机制。考核结果作为年终清算、协议续签的依据。

**第五十四条**  医疗保障部门和财政部门应对职工基本医疗保险基金收入、支出、结余和存储等情况进行监督检查，审计机关按照相关职责，对社会保险基金的收支、管理和投资运营情况实施监督。

**第五十五条**  医疗保障部门对医疗保障经办机构、参保单位和个人、定点医药机构遵守医疗保障法律法规和政策情况进行监督检查，对涉嫌违法违规行为依法予以查处。

公安、卫生健康、市场监管等部门按照各自职责，依法协同做好基本医疗保障监管有关工作。

**第五十六条**  职工医疗保障基金依法接受监督，经办机构、参保单位、个人或医药机构有骗取或协助骗取医疗保障基金行为的，依法依规处理。

**第十章  附  则**

**第五十七条**  老红军、离休干部及其遗孀，一至六级残疾军人等特殊人群医疗保障按相关政策规定执行。

**第五十八条**  本办法实施期间，国家、省有新规定的，从其规定。

**第五十九条**  本办法有效期至2027年1月15日。