

达州市人民政府
关于印发达州市职工基本医疗保险管理办法的
通 知

达市府规〔2022〕2号

各县（市、区）人民政府，达州高新区管委会，达州东部经开区管委会，市级各部门（单位）：

现将《达州市职工基本医疗保险管理办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

达州市人民政府

2022年3月8日

达州市职工基本医疗保险管理办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善职工基本医疗保险制度，规范和提升基本医疗保险管理服务水平，保障参保人员基本医疗需求，根据《中华人民共和国社会保险法》《中共四川省委 四川省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（川委发〔2021〕9号）和《四川省医疗保障局 四川省财政厅关于转发〈国家医保局财政部关于建立医疗保障待遇清单管理制度的意见〉的通知》（川医保发〔2021〕3号）精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 建立职工基本医疗保险（以下简称职工医保）制度应遵循以下原则：

- （一）筹资标准和保障水平与经济社会发展水平相适应；
- （二）用人单位和职工按照属地管理原则依法参加职工医保，医保费用由用人单位和职工共同负担；
- （三）医保基金实行社会统筹与个人账户相结合；
- （四）医保基金筹集和使用坚持“以收定支、收支平衡、略有节余”；
- （五）实行市级统筹，统一参保范围、统一缴费标准、统一基金管理、统一医保目录、统一待遇水平、统一定点医药机构管理、统一经办服务、统一信息系统。

第三条 市医疗保障行政部门负责全市职工医保的行政管

管理工作。各县（市、区）（含达州高新区、达州东部经开区，下同）医疗保障行政部门负责本行政区域内职工医保的行政管理工作。

市医疗保险经办机构负责市本级职工医保业务的经办管理。县（市、区）医疗保险经办机构负责本行政区域内职工医保业务的经办管理。

市、县（市、区）财政部门负责职工医保基金收支的管理和监督工作。

市、县（市、区）审计、卫生健康、税务、人力资源社会保障、民政等有关部门和单位，按照各自职责协同实施好本办法。

第二章 参保登记

第四条 参保登记范围和对象：

（一）本市行政区域内所有用人单位，包括国家机关、事业单位、社会团体、各类企业、民办非企业单位、个体经济组织、有雇工的个体工商户（以下简称用人单位）及其职工，应当参加职工医保；

（二）无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员（以下简称灵活就业人员），可以自愿参加职工医保；

（三）领取失业保险金的人员，应当参加职工医保。

（四）法律法规及政策规定的其他单位和人员。

第五条 参保登记、变更和注销，按照国家、省、市相关规定执行。

第三章 基本医疗保险费的征缴

第六条 职工医保费用由用人单位和职工共同缴纳，灵活就业人员的医保费由个人全额缴纳。

(一) 缴费基数和比例。

1. 用人单位按本单位上年度职工工资总额的 7% 缴纳，职工按本人上年度工资总额的 2% 缴纳。职工个人缴纳部分由用人单位代扣代缴。

我市职工医保的最低缴费基数为全省上年度城镇单位就业人员平均工资（以下简称省平工资）的 90%。用人单位职工个人上年度工资总额高于最低缴费基数但不超过最低缴费基数 300% 的，以职工个人上年度工资总额为缴费基数；高于最低缴费基数 300% 的，以 300% 为缴费基数；低于最低缴费基数以及无法核定缴费基数的，以最低缴费基数为缴费基数。

2. 领取失业保险金人员和灵活就业人员按最低缴费基数的 8.5% 缴费，不享受生育津贴。

3. 原按“单建统筹”缴费的单位可按最低缴费基数的 5% 缴费，只享受住院医疗待遇和生育津贴，不建立个人账户，不享受门诊特殊疾病医疗待遇。原按“单建统筹”缴费的灵活就业人员可按最低缴费基数的 4.5% 缴费，只享受住院医疗待遇，不建立个人账户，不享受门诊特殊疾病医疗待遇。

(二) 职工工资总额按国家统计局劳动工资统计口径计算。全省上年度省平工资以省统计部门对外公布的数据为准。

(三) 用人单位和个人按月申报并缴纳基本医疗保险费。

第七条 建立职工医保最低缴费年限制度。用人单位职工缴费年限不低于15年。灵活就业人员连续缴费年限不低于15年。

参保人员达到国家法定退休年龄且不低于最低缴费年限的，从办理退休的次月起不再缴纳基本医疗保险费，按照规定享受退休人员基本医疗保险待遇。

参保人员达到最低缴费年限未达到国家法定退休年龄的，应连续缴费至法定退休年龄；达到国家法定退休年龄未达到最低缴费年限的，自愿继续参加职工医保的，由本人逐年或一次性补足其所差年限的基本医疗保险费后，按照规定享受退休人员基本医疗保险待遇；自愿参加居民医保的，适用居民医保相关规定。

一次性补足所差年限基本医疗保险费的计算公式为：应缴费=最低缴费基数×缴费比例×缴费年限。

本办法实施前，参保人员连续不间断缴费至法定退休年龄并达到原最低缴费年限，且已经有关部门按规定办理退休的，不再缴纳基本医疗保险费，继续享受退休人员基本医疗保险待遇。

第八条 职工医保费由医疗保险费征收机构按照相关法律法规的规定征收。

第四章 基本医疗保险统筹基金和个人账户

第九条 职工医保实行社会统筹和个人账户相结合，基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户构成。统筹基金和个人账户分别核算，不得相互挤占。

(一) 个人账户。用人单位和个人按时足额缴纳基本医疗保

险费后，医疗保险经办机构按照规定比例计入参保人员个人账户。具体比例为：46周岁（不含）以下未退休人员按个人缴费基数3%计入，46周岁（含）以上未退休人员按个人缴费基数的3.5%计入；76周岁（不含）以下退休人员按本人上年基本养老金的4%计入，76周岁（含）以上退休人员按本人上年基本养老金的4.5%计入。

（二）统筹基金。用人单位和个人缴纳的基本医疗保险费按规定的比例计入个人账户后，其余部分计入统筹基金。

第十条 个人账户归参保人员个人使用，年终结余部分，转入下一年度继续使用，并按规定计息。

参保人员死亡的，其职工医保关系终止，个人账户结余由法定继承人依法继承。

第五章 基本医疗保险待遇

第十一条 职工医保基金支付范围必须符合《四川省基本医疗保险、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》以及省级医疗保障、发展改革、卫生健康、市场监督管理部门的规定。

第十二条 参保人员门诊医疗费用、定点零售药店购药费用以及住院医疗费用中按规定应由个人自付的费用，可由参保人员个人账户支付，个人账户不足的由本人支付。参保人员个人账户可用于支付职工本人及其配偶、夫妻双方父母、子女的相关医药

费用。

第十三条 参保人员在定点医疗机构发生的住院医疗费用，符合基本医疗保险基金支付范围的部分，扣除起付标准金额后，由统筹基金按比例支付：

（一）起付标准：在职职工和灵活就业人员，市内一级以下医疗机构 300 元，二级医疗机构 400 元，三级医疗机构 800 元；市外医疗机构 1000 元。退休人员按对应医疗机构级别分别降低 100 元。在一个参保年度内多次住院的，逐次降低 50 元，但不得低于 100 元。

一个参保年度内，在同一家定点医疗机构多次住院治疗恶性肿瘤、白血病、红斑狼疮、慢性肾功能衰竭、器官移植术后抗排斥、结核病、重性精神病的，只计算一次起付标准。

（二）支付比例：按参保人员年龄段和医疗费用高低，实行分段累进支付。

1. 46 周岁（不含）以下未退休人员，起付标准以上至 5000 元，统筹基金支付 81%、个人自付 19%；超过 5000 元部分至 15000 元，统筹基金支付 83%、个人自付 17%；超过 15000 元部分，统筹基金支付 85%、个人自付 15%；

2. 46 周岁（含）以上未退休人员，起付标准以上至 5000 元，统筹基金支付 83%、个人自付 17%；超过 5000 元部分至 15000 元，统筹基金支付 85%、个人自付 15%；超过 15000 元部分，统筹基金支付 87%、个人自付 13%；

3. 76 周岁（不含）以下退休人员，起付标准以上至 5000

元，统筹基金支付 85%、个人自付 15%；超过 5000 元部分至 15000 元，统筹基金支付 87%、个人自付 13%；超过 15000 元部分，统筹基金支付 90%、个人自付 10%；

4. 76 周岁（含）以上退休人员，起付标准以上至 5000 元，统筹基金支付 87%、个人自付 13%；超过 5000 元部分至 15000 元，统筹基金支付 89%、个人自付 11%；超过 15000 元部分，统筹基金支付 92%、个人自付 8%。

（三）异地就医：参保人员到达州市行政区域外就医的，应当在参保地医疗保险经办机构办理异地就医登记备案手续。下列情形需先办理异地就医登记备案手续并执行相应支付比例。

1. 转诊转院登记备案。参保人员经登记备案转诊转院到省内（含重庆市）就医的执行本地支付比例；参保人员经登记备案转诊转院到省外（不含重庆市）就医的，统筹基金降低 10 个百分点支付。

2. 急诊抢救登记备案。参保人员因出差、探亲、旅游等临时离开参保地或备案地在异地突发疾病确需就地急诊、抢救，在出院前经登记备案的，执行达州市本地就医起付标准和支付比例政策。

3. 长期异地登记备案。参保人员退休异地安置或长期异地居住的，办理异地就医备案后在备案地就医的，执行达州市本地就医起付标准和支付比例政策。在备案地以外地区就医的，视其情形按相应规定处理。

不具备上述情形之一，参保人员自行到市外定点医疗机构就

医的，统筹基金降低 20 个百分点支付。

异地就医登记备案具体办法由市医保局另行制定。

（四）最高支付限额：一个自然年度内累计发生的住院医疗费用（含门诊特殊疾病费用），统筹基金最高支付限额为 20 万元。

第十四条 参保人员住院医疗费用以出院时所在年度为结算年度。

第十五条 参保人员住院医疗费用中，下列项目费用按以下规定计入统筹基金支付范围：

（一）床位费按国家、省、市相关规定执行；

（二）血液及成份血首先自费 65%；

（三）乙类药品首先自付 15%；

（四）单次（件）发生的特殊材料、特殊检查、特殊治疗费用不足 500 元的首先自付 10%；500 元至 2000 元的首先自付 20%；超过 2000 元的首先自付 30%；

（五）在达州市行政区域外发生的医疗费用，按达州市异地就医相关规定结算支付。

第十六条 门诊特殊疾病待遇由统筹基金支付。门诊特殊疾病的病种范围、支付比例、最高限额、结算办法等另行规定。

第十七条 下列情况发生的医疗费用不属于医保基金支付范围：

（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、养生保健消费、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。

遇对经济社会发展有重大影响的, 经法定程序, 可做临时调整。

第十八条 非财政供养人员享受生育津贴, 生育津贴按照职工所在用人单位上年度职工月平均工资计发。生育津贴计算公式为: 女职工所在单位上年度职工月平均工资 \times 12月 \div 365天 \times 生育津贴支付天数。

(一) 生育津贴支付天数: 正常生育的, 生育津贴按 98 天支付; 难产的, 生育津贴增加 15 天支付。生育多胞胎的, 每多生育 1 胎, 生育津贴增加 15 天支付。女职工怀孕未满 4 个月流产的, 生育津贴按 15 天支付; 怀孕 4 个月及以上流产的, 生育津贴按 42 天支付。

(二) 待遇拨付: 医疗保险经办机构审核参保职工相关资料后, 将生育津贴拨付给用人单位, 由用人单位支付给职工本人。医疗保险经办机构拨付的生育津贴不足以支付女职工产假期间应享受的工资及福利待遇的, 其差额部分由用人单位补足; 医疗保险经办机构拨付的生育津贴有结余的, 其结余部分归入用人单位的职工福利费。

第十九条 参保人员自愿将符合职工医保基金支付范围的医疗费用, 在获得商业保险等赔付后, 将余额纳入职工医保结算的, 合规医疗费用不计起付标准, 直接按比例支付。

第二十条 初次参加职工医保并按规定缴纳基本医疗保险

费的参保人员,从参保缴费之日起 30 日后享受住院医疗待遇(居民医保转职工医保除外),个人账户从参保缴费之日起计入;从参保缴费之日起 12 个月后发生生育医疗费用的享受生育津贴待遇。

第二十一条 用人单位和个人未按照本办法规定按时足额缴纳基本医疗保险费的,按下列规定处理:

(一)用人单位欠费,从欠费之日起,其在职职工暂停享受基本医疗保险待遇;欠费在 12 个月内补足的,连续享受基本医疗保险待遇;欠费超过 12 个月补足的,可补记参保人员个人账户,但欠费期间发生的住院医疗费,统筹基金不予支付。

(二)灵活就业人员从欠费之日起,暂停享受基本医疗保险待遇;欠费在 12 个月内补足的,连续享受基本医疗保险待遇;欠费超过 12 个月的,视为中断参保,再参保时按初次参保人员对待。

第六章 基本医疗保险关系转移接续

第二十二条 参保人员基本医疗保险关系可转移接续。参保人已连续 2 年(含 2 年)以上参加基本医疗保险的,因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系的,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,确保参保人待遇无缝衔接。中断缴费时间超过 3 个月的,从缴费之日起 30 日后享受医保待遇,待遇享受等待期满后暂停原参保关系。

第二十三条 参保人员基本医疗保险关系转移,其缴费年限的计算按以下规定执行:

(一)由职工医保转为居民医保的,原职工医保的缴费年限,

计入居民医保缴费年限。

(二)跨统筹地区转移到达州市的参保人员,其在转出地的职工医保的缴费年限,与转入达州市后的职工医保缴费年限一并累计计算。达到法定退休年龄时,在达州市的实际缴费年限不低于10年,且符合达州市最低缴费年限的,不再缴纳基本医疗保险费,按规定享受退休人员基本医疗保险待遇。

第二十四条 军队转业干部和退役人员参加职工基本医疗保险并在12个月内接续的,从参保缴费之日起享受基本医疗保险待遇;超过12个月接续的,从参保缴费之日起30日后享受基本医疗保险待遇。

第二十五条 原参加职工医保的人员,在服刑期间(有期徒刑缓期执行者除外)不参加医疗保险,服刑期满后可以继续参加职工医保。在服刑结束后12个月内办理参保缴费的,服刑前实际缴费年限与现实缴费年限合并计算,超过12个月的,按初次参保人员对待,服刑前实际缴费年限不再连续计算。

第七章 定点就医管理

第二十六条 职工医保实行定点医药机构就医购药管理。定点医药机构实行协议管理,并执行分级动态管理、年度考核等制度,引入淘汰退出机制。

市、县(市、区)医疗保障部门组织本级医保经办机构与定点医药机构按年度签订医疗保险服务协议,明确双方的权利和义务。

第二十七条 定点医药机构须配备专职或兼职管理人员,与

医保经办机构共同做好医疗服务保障管理工作。对参保人员的医疗费用由专职财务人员实行单独建账，并按要求真实、及时、准确地向医保经办机构提供参保人员就医购药等信息。

第二十八条 建立统一的职工医保信息管理系统，实行全市范围联网结算。

（一）参保人员在达州市行政辖区内的定点医药机构发生的医药费用，可凭社会保障卡或医保电子凭证在个人账户余额内刷卡支付，由定点医药机构与医保经办机构结算；个人账户余额不足的，由定点医药机构与个人直接结算。

（二）参保人员在达州市行政辖区内的定点医疗机构住院发生的医疗费用，属于统筹基金支付的部分，由定点医疗机构与当地医疗保险经办机构结算，应由个人负担的部分由定点医疗机构与个人直接结算。

（三）办理异地就医登记备案后的参保人员，在纳入全省异地就医平台的定点医疗机构住院发生的医疗费用实行直接结算；在未纳入全省异地就医平台的医疗机构发生的住院医疗费用，先由本人全额垫支，出院后持医疗费用原始发票、费用清单、出院证明、住院病历复印件（需医院盖鲜章）等资料，到参保地医疗保险经办机构按规定审核报销。

第八章 监督管理

第二十九条 医疗保障部门应当加强对医疗保险基金征缴、支付和管理的行政监督，建立健全内控机制，加强内部审计工作，

确保基金安全完整。

财政部门应加强对医疗保险基金征收、支付和管理情况的财务监督,严格实行基金收支两条线规定,严格执行基金预算制度,并会同医疗保障部门建立基金征缴和管理的奖惩机制。

医疗保险经办机构根据《中华人民共和国社会保险法》和《社会保险稽核办法》规定,实施对参保单位及参保人员的缴费和就医行为的稽核和监督;实施对定点医药机构的监管和稽核,保障基金安全运行。

第三十条 相关单位及个人有下列行为的,按照《中华人民共和国社会保险法》和《医疗保障基金使用监管条例》有关规定处理;构成犯罪的,移交司法机关依法追究刑事责任。

(一)医疗保障行政部门、医疗保险经办机构工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守,导致医疗保险基金遭受损失的行为;

(二)参保单位违反财务、会计、统计的有关规定,伪造、变造、故意销毁有关账册、材料,或者不设账册,致使基本医疗保险费缴费基数无法确定的行为;

(三)参保人员采用弄虚作假、冒名顶替等手段骗取医疗保险基金的行为;

(四)定点医药机构为参保人员提供或伙同弄虚作假、伪造病案、冒名顶替骗取医疗保险基金的行为。

第九章 附 则

第三十一条 职工基本医疗保险基金预算、收支管理按照达

州市基本医疗保险市级统筹管理相关规定执行。

第三十二条 离休人员、老红军、红军遗属、一至六级伤残军人、伤残人民警察等特殊群体的医疗保障按现行相关规定执行。

第三十三条 市级医疗保障部门、财政部门根据国家和省有关规定，结合本地经济社会发展水平、基金运行情况和医疗费用增长等因素，可对参保范围和对象、缴费基数与比例、待遇标准、结算方式等提出调整建议，报市政府同意后执行。

第三十四条 本办法中下列用语的含义：

（一）本办法所称“法定退休年龄”是指依据《中华人民共和国公务员法》《国务院关于安置老弱病残干部的暂行办法》《国务院关于工人退休、退职的暂行办法》《伤病残军人退役安置规定》《关于制止和纠正违反国家规定办理企业职工提前退休有关问题的通知》等有关法律政策规定的“正常退休年龄”（含特殊工种退休和病退），以及符合公务员、现役军官管理规定并经有权机关批准的“提前退休”、符合伤病残军人退休安置的“特别退休”时年龄。

（二）本办法所称“起付标准”，是指统筹基金支付住院医疗费用的起始标准，标准以下的部分由个人自付。

（三）本办法所称“自付”，是指在实际发生的医疗费用中，属基本医疗保险支付范围，并按照规定应由个人支付的费用。“自费”是指在实际发生的医疗费用中，按照有关规定不符合基本医疗保险支付范围而全部由个人支付的费用。

（四）本办法所称“年度”“自然年度”均指每年的1月1日至

12月31日。

（五）本办法所称“急诊、抢救”是指对突然遭受意外伤害者或病情严重危急者所进行的紧急救治。

第三十五条 本办法由市医保局负责解释。

第三十六条 本办法自2022年5月1日起施行，有效期5年。