

新乡市人民政府办公室文件

新政办〔2021〕31号

新乡市人民政府办公室 关于印发《新乡市职工基本医疗保险办法 (试行)》的通知

各县(市)、区人民政府,市人民政府各部门:

《新乡市职工基本医疗保险办法(试行)》已经2021年6月23日市政府第67次常务会议研究通过,现印发给你们,请认真贯彻执行。

新乡市人民政府办公室

2021年7月1日

新乡市职工基本医疗保险办法（试行）

第一章 总则

第一条 为完善医疗保障体系，保障职工的基本医疗权益，根据《中华人民共和国社会保险法》等法律法规规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本市行政区域内的国家机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织和有雇工的个体工商户（以下统称用人单位）及其职工、退休（职）人员和按规定领取失业保险金人员，应当参加职工基本医疗保险（以下简称职工医疗保险）。本市行政区域内无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医疗保险的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），可以参加职工医疗保险。

第三条 职工医疗保险制度坚持以下原则：

- （一）筹资和保障水平与经济和社会发展水平相适应；
- （二）职工医疗保险费由用人单位和职工共同负担；
- （三）职工医疗保险基金实行社会统筹和个人账户相结合；
- （四）职工医疗保险基金以收定支、收支平衡、略有节余。

第四条 用人单位参加职工医疗保险的，应当同时参加职工

生育保险。

第五条 职工医疗保险实行统收统支的市级统筹制度，全市实行统一基本政策、统一待遇标准、统一基金管理、统一经办流程、统一定点管理、统一信息系统。

第六条 医疗保障行政部门是职工医疗保险的行政主管部门，负责职工医疗保险管理工作。医疗保障经办机构提供职工医疗保险服务，负责职工医疗保险登记、征缴计划编制、个人权益记录、医保费用结算、医保待遇支付等经办工作。

税务部门负责职工医疗保险费征收工作。发展改革、财政、卫生健康、审计、民政、公安、市场监管、统计等部门在各自职责范围内，做好职工医疗保险工作。

第七条 对在职工医疗保险工作中取得显著成绩的单位和个人，市人民政府给予表扬。

第二章 参保缴费

第八条 职工医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳。用人单位以上年度单位职工工资总额为缴费基数，企业单位缴费比例为 7.6%（含生育保险），行政事业单位缴费比例为 6.28%（含生育保险）；职工以本人上年度月平均工资收入为月缴费基数，缴费比例为 2%。新入职职工以其参保当月工资收入作为其本人月缴纳职工医疗保险费的缴费基数。

职工医疗保险年度为当年的 7 月 1 日至次年的 6 月 30 日。

职工工资收入高于本市上年度在岗职工月平均工资 300% 的，其缴费基数按本市上年度在岗职工月平均工资 300% 核定；低于本市上年度在岗职工月平均工资 60% 的，其缴费基数按本市上年度在岗职工月平均工资 60% 核定。

灵活就业人员按照全市上年度城镇就业人员月平均工资核定缴费基数，缴费费率为 8%（不含生育保险）。上年度城镇就业人员月平均工资的计算口径按统计部门的有关规定执行。

随着经济发展和医疗消费水平的变化，市医疗保障部门可根据基本医疗保险基金的收支情况，会同市财政部门提出调整基本医保缴费比例的方案，报请市政府批准后实施。

第九条 参保人员达到法定退休年龄时累计缴费达到规定年限的，退休后不再缴纳职工医疗保险费，按照规定享受职工医疗保险待遇；未达到规定年限的，可以缴费至规定年限。

领取失业保险金的失业人员，参加职工医疗保险的办法按国家、省、市有关规定执行。

第十条 用人单位合并、分立、转让、租赁、承包的，接收或继续经营者应当承担原用人单位的医疗保险责任。

第十一条 职工医疗保险费中应当由用人单位负担的部分，国家机关、财政全额拨款的事业单位，在预算内资金中列支；其他用人单位的列支渠道按国家规定执行。

第十二条 医疗保险经办机构按月编制职工医疗保险费征缴计划，税务部门负责征收。职工个人应当缴纳的职工医疗保险

费用由用人单位从职工个人工资收入中代扣代缴。

第十三条 用人单位及其职工当月足额缴费，参保人员次月享受职工医疗保险待遇。初次参加职工医疗保险的个人，连续缴费满3个月后按规定享受职工医疗保险待遇。与用人单位解除劳动关系的参保职工或领取失业保险金期满的参保人员，可以灵活就业人员身份参加职工医疗保险，自缴费次月起享受职工医疗保险待遇。

第十四条 用人单位及其职工、灵活就业人员应当按时足额缴纳职工医疗保险费。用人单位未按时足额缴纳职工医疗保险费的，其第3个月后在职职工暂停享受职工医疗保险待遇。用人单位欠缴职工医疗保险费的，按规定足额补缴所欠的职工医疗保险费（含滞纳金）后，恢复其参保职工的职工医疗保险待遇。

第三章 缴费年限和退休（职）

第十五条 设置职工医疗保险最低缴费年限。参保人员缴费年限由视同缴费年限和实际缴费年限构成。

实施职工医疗保险制度的基准日为2000年1月1日。视同缴费年限是指我市2000年1月1日实施职工基本医疗保险制度前，符合国家、省政策规定的养老保险缴费年限或连续工龄；实际缴费年限是指我市2000年1月1日实施职工医疗保险制度后，用人单位和职工共同按时足额缴纳职工基本医疗保险的年限；未缴纳职工基本医疗保险费的时间，不计入缴费年限。跨统筹地区

转入的参保人员，在异地缴纳职工医疗保险费的年限计入实际缴费年限。

职工医疗保险制度实施前参加工作、制度实施后退休（职）的职工，医疗保险视同缴费年限和实际缴费年限累计应达到男满30年、女满25年；职工医疗保险制度实施后参加工作和退休（职）的职工，医疗保险实际缴费年限累计应达到男满30年、女满25年。

第十六条 参保人员达到法定退休年龄时，具备下列条件的，退休后享受退休人员职工医疗保险待遇：

（一）不欠缴职工医疗保险费；

（二）缴费年限达到规定的最低缴费年限男满30年、女满25年。

第十七条 曾在国有、集体企（事）业单位工作，并在本市已经领取基本养老金但未参加职工医疗保险的退休人员，可以以灵活就业人员身份参加职工医疗保险，需一次性补齐职工医疗保险缴费年限，并自补缴次月起享受职工医疗保险待遇。缴费标准按相关规定执行。

第十八条 职工办理退休手续时缴费年限未达到规定最低年限或用人单位欠缴职工医疗保险费的，应当按规定为职工本人一次性补齐欠缴的职工医疗保险费，或由灵活就业人员本人一次性补齐所差年限的职工医疗保险费，并缴纳滞纳金。缴费标准以职工本人上月缴费基数为准。

第四章 统筹基金和个人账户

第十九条 职工医疗保险基金由统筹基金和个人账户构成。用人单位和职工个人缴纳的基本医疗保险费构成职工医疗保险基金。

第二十条 在职职工的个人缴费基数作为个人账户划账基数，划账比例为 3%。退休（职）人员按本人退休（职）费的 3.3% 划入个人账户。

第二十一条 灵活就业人员参加职工基本医疗保险，按照本办法第二十条规定建立个人账户。

第二十二条 统筹基金主要用于支付住院医疗费用、门诊规定病种医疗费用和重特大疾病门诊病种医疗费用。个人账户主要用于门诊医疗费和住院需要由个人支付的医疗费等，个人账户余额不足支付时，超出部分由个人承担。统筹基金和个人账户分别核算，不得相互挤占挪用。

第二十三条 个人账户的本金和利息为个人所有，可以结转和继承，但不得提取现金和挪作他用。

第二十四条 参保人员工作单位变动时，个人账户余额可以随同转移；不具备转移条件的，可以一次性发给本人；参保人员死亡的，基本医疗保险关系终止，其个人账户余额一次性转给合法继承人；没有合法继承人的，个人账户资金转入统筹基金。

第五章 职工医疗保险待遇

第二十五条 参保人员在定点医疗机构发生的符合规定的住院医疗费，起付线标准以下的费用由个人承担。

第二十六条 起付线标准按照不同类别定点医疗机构确定：一级医疗机构 300 元，二级医疗机构 450 元，三级医疗机构 1200 元。统筹区域外省内三级医疗机构、省外非基层医疗机构和省外县级三级医疗机构为 2000 元。同一医疗保险年度内出院后第二次及以上住院的，起付线标准减半。

超过起付线标准、不超过最高支付限额的符合规定的住院医疗费用，统筹基金按照下列比例支付：一级医疗机构 90%，二级医疗机构 87%，三级医疗机构 85%；退休人员同等级别提高 2 个百分点。

统筹基金最高支付限额年度累计为 8 万元。统筹基金保险年度内累计支付达到最高支付限额后，超出部分的医疗费用由职工大额医疗费补充保险等予以支付，具体办法按相关规定执行。

第二十七条 起付线标准、统筹基金支付比例和统筹基金最高支付限额由市医疗保障行政部门公布，并根据职工医疗保险基金收支情况、我市经济发展水平和医疗消费水平适时调整。

第二十八条 将部分需长期在门诊治疗且医疗费用较高的疾病(或治疗项目)纳入门诊慢性病病种管理。门诊慢性病病种门诊治疗不设起付标准，实行定点治疗、限额管理、按比例报销；

将临床路径明确、疗效确切且费用比较昂贵的病种(或治疗项目)列入重特大疾病医疗待遇保障范围。具体办法由市医疗保障部门制定。

第二十九条 职工医疗保险统筹基金的支付范围按照有关规定执行，支付范围以外的其他费用，统筹基金不予支付。

第三十条 下列医疗费用不纳入职工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。

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，由职工医疗保险基金先行支付。职工医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第六章 医疗服务管理

第三十一条 职工医疗保险定点医药机构实行协议管理，具体办法按照国家、省、市有关规定执行。

第三十二条 用人单位、定点医药机构应当设立职工医疗保险管理机构或者配备专(兼)职工作人员，办理职工医疗保险医疗服务业务，建立内部管理制度，认真执行职工医疗保险政策和规定。

第三十三条 定点医药机构应当配备医疗保险信息管理系统，按规定向参保人员提供服务。

第七章 医疗费用结算

第三十四条 推行总额预算下的按病种付费为主的多元复合型医保支付方式改革，逐步形成与基本医疗保险制度发展相适应的医疗保险支付制度。

第三十五条 参保职工在定点医药机构使用个人账户支付的医疗费用医疗保险经办机构按照个人账户实际发生的医疗费用与定点医药机构结算。

参保职工在定点医疗机构住院发生的医疗费用，应当由个人负担的部分，由本人与定点医疗机构结算；应由统筹基金支付的部分，记账结算。

医疗保险经办机构定期与定点医药机构结算医疗费用，预留一定比例的医疗服务质量保证金。质量保证金根据年度服务质量考核结果按照规定返还。

第三十六条 完善参保职工转诊、异地就医等报销制度。具体办法由市医疗保障行政部门制定。

第三十七条 跨年度住院的参保职工，应当在当年结清医疗费用或作中途结算。结清医疗费用后次年仍继续住院的，其上年符合规定的住院费用超过起付线标准的，不再负担起付线标准费用；未超过起付线标准的，上年负担的起付线标准费用计入次年

累计计算。

第八章 基金管理监督

第三十八条 各级医疗保障行政部门负责本行政区域职工医疗保险基金使用监督管理工作。医疗保障、卫生健康、市场监督管理、财政、审计、公安、税务等部门应当分工协作，相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，共同做好职工医疗保险基金使用监督管理工作。

第三十九条 职工医疗保险基金财务制度按国家、省有关规定执行。职工医疗保险基金实行收支两条线，纳入财政专户管理，专款专用，任何组织和个人不得侵占或挪用。职工医疗保险基金按国家、省规定的社保基金优惠利率计息。

第四十条 医疗保障行政部门应当加强对纳入医疗保险基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用的监督，依法查处违法使用医疗保险基金的行为；进行监督检查时，被检查对象应当予以配合，如实提供相关资料和信息，不得拒绝、阻碍检查或者谎报、瞒报。

第四十一条 各级医疗保险经办机构应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，做好服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等工作；要按规定向医疗保障、财政部门报告医疗保险基金的筹集、管理和运行情况。

第四十二条 医疗保障部门、财政部门、审计部门依法对基

本医疗保险基金收支、管理、运营和基金账户开设、管理情况实施监督。

第四十三条 任何组织和个人有权对侵害医疗保险基金的违法违规行为进行举报、投诉。

医疗保障行政部门、卫生健康行政部门、医疗保险经办机构、社会保险费征收机构和财政部门、审计机关对属于本部门、本机构职责范围的举报、投诉，应当依法处理；对不属于本部门、本机构职责范围的，应当书面通知并移交有权处理的部门、机构处理。有权处理的部门、机构应当及时处理，不得推诿。

第九章 责任追究

第四十四条 用人单位不办理医疗保险登记的，由医疗保障行政部门责令限期改正；逾期不改正的，对用人单位处应缴社会保险费数额一倍以上三倍以下的罚款，对其直接负责的主管人员和其他直接责任人员处五百元以上三千元以下的罚款。

第四十五条 用人单位未按时足额缴纳职工医疗保险费的，由医疗保险费征收机构责令限期缴纳或者补足，并自欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金；逾期仍不缴纳的，由有关行政部门处欠缴数额一倍以上三倍以下的罚款。

第四十六条 定点医药机构违反基本医疗保险服务协议约定的，由医疗保险经办机构按照服务协议约定追究定点医药机构的违约责任。

第四十七条 定点医药机构应按照医疗保障法律法规规定为参保职工提供医药服务，存在违法违规行为造成基金损失的，按《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规处理。违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第四十八条 国家工作人员在职工医疗保险管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第十章 附 则

第四十九条 用人单位可以在参加职工医疗保险的基础上，允许有条件的企业依据国家相关规定自行建立补充医疗保险。

第五十条 因突发性、流行性疾病和自然灾害等不可抗拒因素造成的急、危、重病患者的救治所发生的医疗费用，按国家相关规定处理。

第五十一条 本办法自 2021 年 7 月 1 日起施行。原有规定与本办法规定不一致的，按照本办法规定执行。

主办：市医保局

督办：市政府办三科

抄送：市委各部门，新乡军分区。

市人大办公室，市政协办公室，市法院，市检察院。

新乡市人民政府办公室

2021年7月5日印发

