

邯郸市医疗保障局 邯郸市财政局文件 国家税务总局邯郸市税务局

邯医保规〔2020〕1号

邯郸市医疗保障局 邯郸市财政局 国家税务总局邯郸市税务局 关于印发《邯郸市城镇职工基本医疗保险 实施办法》的通知

各县（市、区）医疗保障局、财政局、税务局，冀南新区、经济技术开发区组织人事局、财政局、税务局：

现将《邯郸市城镇职工基本医疗保险实施办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

(此页无正文)



邯郸市城镇职工基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为完善我市城镇职工基本医疗保险制度，提高保障能力和服务水平，方便参保人员就医，推进医疗保障基金市级统筹工作，根据《中华人民共和国社会保险法》和《邯郸市人民政府办公室关于印发〈邯郸市医疗保障基金市级统筹管理办法（试行）〉的通知》（邯政办规〔2020〕14号）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）制度遵循以下原则：

- （一）全覆盖、保基本、多层次、可持续；
- （二）基金以收定支、收支平衡、略有结余；
- （三）职工个人缴费与单位缴费相结合；
- （四）医疗保障水平与经济社会发展水平相适应。

第三条 职工医保实行市级统筹，全市统一保障范围、统一筹资政策、统一基金管理、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理。

第二章 参保登记与管理

第四条 我市辖区内国家机关、事业单位、社会团体、城镇各类企业、民办非企业单位作为用人单位，均列入职工医保实施范围。

用人单位的在职职工、退休人员及灵活就业人员，均为职工医保的实施对象。

灵活就业人员是指具有本辖区城镇常住户籍（居住证）的无雇工的个体工商户、未在用人单位参加社会保险的非全日制从业人员以及其他灵活形式就业的人员。

第五条 用人单位应当自成立之日起 30 日内向属地医疗保障部门申请办理医疗保险登记。办理登记时，须提供组织机构代码证书或单位批准成立证件，并填写《邯郸市城镇职工基本医疗保险参保单位登记表》和《邯郸市职工基本医疗保险参保登记表》及相关资料。

第六条 用人单位名称、地址、单位类型、法定代表人或负责人、开户银行账号等登记事项发生变更或者用人单位依法终止的，应当自变更或者终止之日起 30 日内，到参保地医疗保障部门办理变更或者注销医疗保险登记。

第七条 按照相关法律规定，市场监督管理部门、行政审批部门、民政部门和机构编制管理机关应当及时向当地医疗保障部门通报用人单位的成立、终止情况，公安机关应当及时向医疗保障部门通报个人的死亡以及户口登记、迁移、注销等情况。

第八条 用人单位发生人员增加、减少、职工调动、职工退休等变动的，应使用网报服务平台、自助一体机、手机 APP、服务窗口等渠道及时办理参保和变更登记手续。

第九条 异地长期居住人员办理职工医保登记时，应同时办

理异地就医备案。

第三章 基金征缴与管理

第十条 职工医保基金由下列项目构成：

- （一）用人单位缴纳的基本医疗保险费；
- （二）职工缴纳的基本医疗保险费；
- （三）基本医疗保险费的滞纳金；
- （四）基本医疗保险基金的利息；
- （五）财政补贴；
- （六）依法纳入职工医保基金的其他资金。

职工医保基金分为统筹基金和个人账户。

第十一条 用人单位以全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资为缴费基数，党政机关和全额拨款事业单位（含全部由财政负担缴费单位）缴费比例为 7.9%，其他用人单位缴费比例为 8%。在职职工工资收入高于全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的，以实际工资总额作为缴费基数，低于全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的，以全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资作为缴费基数，按 2% 缴纳，由用人单位代为扣缴。

失业人员、灵活就业人员以全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资作为缴费基数。

已达到规定缴费年限的退休人员不缴纳职工基本医疗保险费。

第十二条 全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资以统计部门公布的数据为准，上半年仍按原公布的全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资计算，下半年调整为按新公布的全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资计算。

第十三条 领取失业保险金期间的失业人员的职工基本医疗保险费，包括单位缴费和个人缴费，均由失业保险经办机构缴纳，个人不缴纳基本医疗保险费。失业期满后，重新就业并建立稳定劳动关系的由单位为其缴纳职工医保费，其他人员可按灵活就业人员缴纳。

第十四条 市、县两级财政应将所负担的党政机关、社会团体及相关事业单位职工医保费列入财政预算，并按期足额拨付。

第十五条 职工医保费按月、季度或半年缴费，用人单位应于缴费月 20 日前向税务部门缴纳。

第十六条 新参保单位及新参保人员从缴纳职工医保费的次月起享受基本医疗保险待遇。参保人员或其单位停止缴纳职工医保费的，参保人员自停止缴费的次月起停止享受待遇。

已连续 2 年（含 2 年）以上参加本地城乡居民基本医疗保险人员，因就业由所在单位参加职工医保的，不设待遇等待期。

第十七条 用人单位因不可抗力因素按时足额缴纳职工医保费确有困难的，可向参保地医疗保障部门申请办理缓缴手续，经参保地医疗保障部门批准后方可缓缴，但缓缴期最长不得超过 3 个月。

第十八条 用人单位合并或者分立，变更名称、法定代表人、主要负责人或者投资人，实行租赁、承包经营等事项的，承继其权利和义务的用人单位，必须承担原用人单位及其职工的医疗保险责任，继续缴纳职工医保费，补缴欠缴的基本医保费，负责管理医保事务。

第十九条 用人单位因宣告破产、撤销、解散及其他原因终止的，必须依照法定程序清偿欠缴的职工医保费，并按当年的缴费基数和缴费比例为在职职工缴足1年的职工医保费；按当年的缴费基数和缴费比例为达不到规定缴费年限的退休人员一次性缴纳所差年限职工医保费。

第二十条 按照市政府《关于进一步推进企业参加医疗保险完善医疗保险制度的通知》（〔2007〕31号）第三条规定，以及规定出台前，破产企业退休人员一次性计提职工医保费的，不再补缴职工医保费，享受退休人员基本医疗保险待遇。

第四章 基本医疗保险缴费年限

第二十一条 参保人员缴纳职工基本医疗保险费的年限（以下简称缴费年限）包括视同缴费年限和实际缴费年限。邯郸市区视同缴费年限指2001年4月1日前符合国家规定的工龄，各县（市、区）视同缴费年限指当地基本医保制度实施前符合国家规定的工龄；实际缴费年限指2001年4月1日后在我市实际参保缴费年限，邯郸市域内实际缴费年限互认。市域外的职工医保缴费年限认定视同缴费年限。

军队退役人员的服役年限参照以上时间节点认定，邯郸市区2001年4月1日前的服役年限认定视同缴费年限，2001年4月1日后的服役年限认定实际缴费年限。各县（市、区）按照当地基本医保制度实施时间认定。

参保人员最低缴纳职工基本医疗保险费的年限（以下简称最低缴费年限）为女满25年，男满30年，其中最低实际缴费年限为15年。

自医保制度实行起连续缴费的参保人员，退休时实际缴费年限不足15年的，以当地医保运行年限为最低实际缴费年限。

达到法定退休年龄时，因故不能办理退休的人员，可继续按照在职职工身份缴纳职工医保费。

参加职工医保的个人，达到法定退休年龄时，最低缴费年限和在我市的实际缴费年限均达到上述规定的，其参保身份变更为退休，不再缴纳职工基本医疗保险费，按照规定享受退休人员医保待遇；未达到最低缴费年限和最低实际缴费年限的，应一次性补缴所差年限的职工医保费，参保单位可按在职转退休时的缴费基数和单位缴费比例一次性补缴后，参保身份变更为退休，补缴的职工医保费不补划个人账户，全部划入统筹基金。不能一次性补缴的，继续按在职人员身份缴费并享受相应待遇。

2014年12月31日前已参保且退休的人员，未达到职工医保最低缴费年限的，应一次性缴纳所差年限的职工医保费。有单位的，由单位按本人上年度基本养老金的6.5%一次性补缴；灵活就

业人员由个人按全省上年度社会平均工资的 5% 一次性补缴。养老金低于市社会平均工资 60% 的按市社会平均工资 60% 计算。补缴的职工医保费不补划个人账户，全部划入统筹基金。不能一次性补足的，按以上缴费基数和缴费比例继续缴费并享受相应待遇，直至达到最低缴费年限后，方可享受退休人员基本医疗保险待遇。

第五章 灵活就业人员缴费

第二十二条 灵活就业人员（含失业人员）职工医保费由个人按全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的 9.5% 缴纳，建立统筹基金和个人账户；按全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的 5% 缴纳，只建立统筹基金，不建立个人账户。

原按省社会平均工资 5% 缴费的实际缴费年限，视同建立统筹基金和个人账户年限。

灵活就业人员缴纳的职工医保费以按月、季度或半年的方式向税务部门缴纳。

第二十三条 灵活就业人员按规定参加职工医保并按时足额缴纳医保费的，从参保登记之日起满 6 个月后享受职工医保待遇。

第二十四条 灵活就业人员在达到法定退休年龄并办理退休手续后，符合规定最低缴费年限的，不再缴纳职工医保费，享受退休人员基本医疗保险待遇；未达到规定最低缴费年限的，应一次性补足所差年限的职工医保费。按用人单位缴费比例补缴职工医保费的，建立个人账户；按 5% 补缴职工医保费的，不建个人账户。补缴的职工医保费不补划个人账户，全部划入统筹基金。不

能一次性补足的，可继续按灵活就业人员身份缴费并享受相应待遇。

第六章 个人账户建立与使用

第二十五条 同级医疗保障部门为参加职工医保的人员建立个人账户，在职人员 45 周岁以下（含 45 周岁）按本人缴费基数 3%（含个人缴纳的 2% 医保费）划入个人账户，45 周岁以上的按本人缴费基数 4% 划入（含个人缴纳的 2% 医保费）；退休人员按本人上年度基本养老金（养老保险统筹口径）的 4% 划入个人账户。

第二十六条 个人账户用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的自付费用。可以用于支付参保人员在门诊和住院发生的生育医疗费个人负担部分。可以用于支付参保人员的大额医疗保险费和国家、省规定的其他费用。

第二十七条 个人账户由参保地医疗保障部门根据用人单位和个人缴费情况按照规定标准划入。用人单位欠缴职工医保费时，个人账户停止划入，补缴后再按规定补划。

第二十八条 个人账户使用社会保障卡、医保电子凭证等有效证明进行管理，通过医疗保障信息系统与定点医药机构结算。

第二十九条 个人账户的本金和利息归个人所有，可以跨年度结转使用和依法继承。

第三十条 异地长期居住人员按规定办理异地就医备案的，其个人账户资金按年度一次性拨付至用人单位，由用人单位负责支付给本人，有条件的直接支付给本人。

第三十一条 职工医保关系迁移到其他统筹地区，个人账户可随其医疗保险关系转移划转，也可将个人账户余额一次性支付给本人。

第三十二条 参保人员死亡的，凭死亡证明、社会保障卡等相关证明到参保地医疗保障部门办理医疗保险注销手续，个人账户的结余资金一次性支付给其法定继承人。

因所在单位未及时办理终止职工医保关系，造成个人账户多划入的部分，各级医疗保障部门在个人账户清算时予以扣回，无法扣回的由所在单位负责追回。

第七章 统筹基金建立与支付

第三十三条 职工医保基金扣除划入个人账户后的部分作为职工医保统筹基金，由市医疗保障部门统一管理使用。

第三十四条 符合我省规定的基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围标准的医疗费用，按照规定从职工医保统筹基金中支付。

第三十五条 统筹基金用于支付参保人员发生的起付标准以上和最高支付限额以下个人负担以外的住院医疗费用、慢性病、特殊病个人负担以外的门诊医疗费用以及门诊诊查费和70周岁以上参保职工健康体检费。住院、慢性病以及特殊病门诊医疗费用等以上费用合并计算，超过统筹基金最高支付限额部分由大额医疗保险按规定支付。

第三十六条 统筹基金最高支付限额：一个自然年度内统筹

基金累计最高支付限额为 10 万元。

第八章 医疗保障待遇

第三十七条 住院待遇：

（一）统筹基金起付标准。首次住院的起付标准为：一级及以下定点医疗机构 300 元、二级定点医疗机构 600 元、三级定点医疗机构 900 元，临时外出就医起付标准比本地同级医疗机构增加 300 元。本地中医（中西医结合）医院的起付标准比同级综合医院下降一级。

参保人员在一个年度内多次住院的，第二次住院的起付标准减半计算；第三次及以上住院的起付标准为三级定点医疗机构 300 元，二级定点医疗机构 200 元，一级及以下定点医疗机构 100 元。临时外出就医起付标准不实行减半。

参保人员一次住院是指办理一次入院、出院手续的过程。急诊抢救与住院不间断的，视为一次住院。符合政策规定的住院医疗费未超过统筹基金起付标准的，不视为一次住院。参保人员转诊转院到不同医院住院治疗的，视为多次住院。

（二）政策范围内医疗费用支付比例：一级及以下定点医疗机构 94%、二级定点医疗机构 91%、三级定点医疗机构 86%，临时外出就医按照医疗机构级别在以上基础上分别降低 20 个百分点、15 个百分点、5 个百分点。退休人员相应提高三个百分点，支付比例最高不超过 95%。

住院医疗中使用的甲类药品、甲类诊疗项目全额纳入职工医

保按规定比例支付；使用乙类药品、乙类诊疗项目，个人先自付5%，再按照规定比例支付。国家谈判药品、医院制剂等支付比例按照国家、省有关规定执行。

（三）住院床位费支付标准：一级及以下医院22元，二级医院30元，三级医院40元，重症监护病房100元。低于每日最高限价的据实支付。新建病房、改造病房中监护病房、层流洁净病房按监护病房、层流洁净病房收费标准限价100元支付，低于每日最高限价的据实支付。

（四）异地长期居住人员（包括异地安置人员、常驻异地工作人员）按规定办理异地就医备案后，在异地就医住院发生的符合政策规定的医疗费用实行即时结算，执行就医地医保目录，需回参保地手工报销的，执行参保地目录，统筹基金起付标准和支付比例按我市同等级定点医疗机构标准执行。

（五）临时外出就医人员，通过网上备案或到参保地医疗保障部门办理备案，实行异地就医直接结算。特殊情况（如病情紧急）可先行住院，10日内补办备案手续。未经备案在异地医保定点医疗机构住院的，各级别定点医疗机构支付比例在正常临时外出就医待遇基础上分别降低15个百分点。

（六）参保人员因急诊抢救在我市非定点医疗机构就诊住院的，统筹基金起付标准和支付比例按照临时外出就医执行。

（七）下列医疗费用不纳入职工医保基金支付范围：

1. 应当从工伤保险基金中支付的；

2. 应当由第三方负担的;
3. 应当由公共卫生负担的;
4. 在境外就医的;
5. 因斗殴、酗酒、吸(戒)毒、自残、自杀、违法犯罪、宠物致伤所致的;
6. 按有关政策规定不予支付的其他情形。

第三十八条 慢性病、特殊病门诊待遇。参保人员符合我市门诊慢性病、特殊病鉴定标准的,均可申报慢性病、特殊病门诊待遇,在慢特病服务站享受医保待遇。

第三十九条 大额医疗保险待遇。

(一)凡参加我市职工医保的用人单位及个人须同时参加大额医疗保险。职工大额医疗保险费全年一次性缴纳,缴费标准为每人每年120元,用人单位和职工个人(含退休人员)各负担50%,以个人身份参保人员由个人全额缴纳,职工个人缴费采取个人账户统一划缴或自行缴费的方式。新参加职工医保的职工,从参保当月开始缴纳大额医疗保险费,次月起享受大额医疗保险待遇。

(二)职工大额医疗保险由市医疗保障部门通过招标与商业保险公司合作,接受财政、审计部门和参保人员的监督。被保险人医疗费超过职工医保统筹基金年度支付限额以上的部分,由商业保险公司负责赔付,合规费用报销比例90%,一个结算年度内赔付最高限额30万元。

(三)大额医疗保险的就医管理、赔付范围、结算年度按职

工医保的有关规定执行。

第四十条 生育待遇。

用人单位职工按规定参加职工医保并按时足额缴纳医保费的，从首次缴费日起满3个月（不含补缴时间）后享受生育医疗费用、计划生育医疗费用待遇。灵活就业人员按规定参加职工医保并按时足额缴纳医保费的，从首次缴费日起满6个月（不含补缴时间）后享受本方案规定的生育医疗费用、计划生育医疗费用待遇。

生育保险对医疗机构实行定点管理。非因急诊在我市非职工医保定点医疗机构发生的生育医疗费用，统筹基金不予支付。

（一）生育医疗费用定额补贴标准为：怀孕6个月以上分娩或终止妊娠的，自然分娩、人工干预分娩、剖宫产均为4000元；剖宫产伴子宫肌瘤切除术、卵巢囊肿切除术、子宫切除术、输卵管结扎术等手术的增加500元；多胞胎生育的每多生育一个婴儿增加300元。妊娠及分娩期间因并发症、合并症病理性产科所发生的医疗费用按照住院待遇保障（不含职工未就业配偶）。

（二）计划生育医疗费用定额补贴标准为：怀孕满4个月不满6个月终止妊娠的600元；怀孕满2个月不满4个月终止妊娠的300元；怀孕不满2个月终止妊娠的150元；孕情、环情检查（采取避孕节育措施后怀孕的）70元；放置宫内节育环及技术常规规定的各项医院检查150元；取出宫内节育环50元；实施输卵管结扎手术200元。

男职工未就业配偶且未参加城乡居民医疗保险、灵活就业人员（女）符合政策规定的生育医疗费用实行定额补助，补助金额为上述标准的 50%。

（三）用人单位（不含党政机关和全额拨款事业单位以及全部由财政负担缴费单位）职工参加职工医保且分娩或实施计划生育手术前连续足额缴费 12 个月以上（不含补缴时间）的，可享受生育津贴。不符合上述规定的，职工医保基金不予支付生育津贴，按原渠道自行解决。

生育津贴标准按照女职工生育时本人上年度实际月平均缴费基数作为基数，除以 30 再乘以产假天数；未生成上年度缴费基数的职工，按照上年度城镇单位在岗职工平均工资作为缴费基数。

（四）用人单位女职工计划内生育或者终止妊娠，在下列休假时间内享受生育津贴：生育产假 98 天，符合法律法规生育子女的夫妻，另外延长产假 60 天；难产的，增加产假 15 天；生育多胞胎的，每多生育 1 个婴儿，增加产假 15 天；女职工怀孕未满 4 个月流产的，享受 15 天产假；怀孕满 4 个月流产的，享受 42 天产假。女职工生育同时符合难产、多胞胎生育的，增加的产假天数累加计算。

（五）施行节育措施的参保人员享受节育假，在下列休假时间内享受生育津贴：放置、取出宫内节育器的，自手术之日起休息 2 天；放置、取出皮下埋植剂的，休息 3 天；施行输精管结扎的，休息 7 天；施行输卵管结扎的，休息 21 天。施行终止妊娠手

术同时采取下列节育措施的参保女职工，再增加以下假期：放置宫内节育器的休息 2 天；施行输卵管结扎的休息 10 天。

（六）生育产假、延长增加产假和计划生育手术休假期间，党政机关和全额拨款事业单位以及全部由财政负担缴费单位女职工工资由原渠道解决。

（七）职工医保不予支付下列费用：

1. 早孕反应及保胎发生的医疗费用；
2. 不孕症治疗、实施人类辅助生殖术（如试管婴儿）发生的医疗费用；
3. 因犯罪、酗酒、自伤、他伤造成终止妊娠的医疗费用；
4. 婴儿发生的各项费用；
5. 女职工生育或职工实施计划生育手术及职工配偶生育或实施计划生育手术，因医疗事故发生的医疗费用；
6. 违反国家和省计划生育规定生育的医疗费用；
7. 女职工及职工配偶出国或者在港、澳、台地区生育发生的医疗费用；
8. 其他应当由个人负担的医疗费用；
9. 按有关政策规定不予支付的其他情形。

第四十一条 企业补充医疗保险。

有条件的用人单位可以为职工建立企业补充医疗保险，用人单位按上年度在职职工工资总额与退休人员基本养老金之和的 3.5%提取补充医疗保险费。其中 2%划入个人账户，用于支付门诊

医疗费和其他应由本人负担的医疗费；1.5%由单位集中管理，用于本单位职工个人负担过重的医疗补助。

第九章 医疗服务与就医管理

第四十二条 职工医保实行医疗保障定点医药机构协议管理，市医疗保障部门建立健全考核评价机制和动态准入退出机制。我市行政区域内所有经卫生行政部门批准并取得《医疗机构执业许可证》的综合医院、中医医院、专科医院、门诊部、社区卫生服务机构等医疗机构和所有持有《药品经营许可证》、《营业执照》的零售药店，营业一年（正常运营三个月）以上、愿意承担职工医保服务的，均可申请医疗保障定点医药机构协议管理（三年内未被医保部门解除过协议管理的）。

第四十三条 参保人员持医保电子凭证或社会保障卡可自主选择到全市任何一家定点医疗机构和定点零售药店就医、购药。参保人员在我市范围内定点医疗机构就医，经诊断需要住院治疗的，应在入院72小时内持医保电子凭证或社会保障卡等有效证件办理住院手续。不能办理的，须在3个工作日内向参保地医疗保障部门办理备案。参保人员未按规定办理医保住院手续或备案所发生的医疗费用，统筹基金不予支付。

第四十四条 定点医疗机构在收治参保人员住院时，应认真核验住院患者的参保身份，切实做到人、卡相符，防止冒名住院，核实无误后，再办理入院登记手续；严格执行职工医保政策及有关规定，规范医疗服务行为，严格掌握入、出院标准，不得无故

拒绝、推诿或滞留参保患者；依法为参保人员提供合理、必要的医疗服务，避免过度医疗；严格控制职工医保范围外费用，在使用自费药品、医用耗材、诊疗项目时，应事先征得患者或患者亲属的同意并签字，如患者病情危急需立即实施救治的，应在救治后履行书面告知义务；要严格遵守药品处方限量管理规定，主动为参保患者提供每日医疗费用明细清单；要严格执行出院带药限量规定，一般性疾病不得超过7日量，慢性病不得超过15日量，中草药不得超过7剂量，且不得带注射剂（针剂）。出院超量带药以及出院时开出的治疗、检查项目费用，统筹基金不予支付。

第四十五条 建立定点医疗机构医保医师管理制度。市医疗保障部门建立全市统一的医疗保险服务医师（药师）名录数据库，对医疗保险服务医师（药师）实行统一的编码管理。各级医疗保障部门定期跟踪分析医疗保险服务医师（药师）发生的医疗费用情况，并对其履行医疗保险诚信服务协议情况进行年度评估。对评估不合格的医师（药师），停止其医疗保险服务资格。

第四十六条 异地长期居住人员返回参保地居住的，应及时向参保地医疗保障部门提出申请，办理注销异地就医的有关手续。未办理注销异地就医手续的，在参保地就医参照临时外出就医标准执行。

第四十七条 参保人员非本人原因造成未办理医保住院手续或因急诊抢救在非定点医疗机构发生的住院医疗费用，应及时办理备案，医疗费用先由个人垫付，出院后由本人或家属持相关证

明材料到参保地医疗保障部门申请审核报销。超过一年不办理申请支付医疗费用的，医疗保障部门不再受理支付。

第四十八条 参保人员住院治疗跨年度的，按出院结算日期确定本次住院所在年度。

第四十九条 女职工因公出差、探亲、休假，或派驻异地工作等期间需在我市外生育分娩或终止妊娠的，住院医疗费用由个人垫付，出院后 150 日内由用人单位持相关证明材料到参保地医疗保障部门申领相关待遇。

第五十条 女职工在生育和实施计划生育或终止妊娠后的 150 日内，由用人单位持相关证明材料到参保地医疗保障部门申领生育津贴待遇。生育津贴由职工医疗保障部门拨付至用人单位，由用人单位发放至参保女职工。

第十章 医疗费用结算

第五十一条 建立全市统一的职工医保基金结算平台，结算管理实行“统一标准、属地原则、两级结算、分别记账”。市直管医保定点医药机构全部由市医疗保障部门进行结算，各县（市、区）医保定点医药机构分别由所属县级医疗保障部门结算。各县（市、区）之间定期互相清算。

第五十二条 参保人员在定点医药机构发生的医疗费用，个人应负担的部分，由个人与定点医药机构结算；统筹基金应支付的部分，由医疗保障部门统一与定点医药机构进行结算。

第五十三条 定点医药机构应于每月 10 日前将上月参保人员

发生的医疗费用及有关资料报属地医疗保障部门审核。医疗保障部门在收到费用资料后，按结算办法的规定审核无误后，及时将应由统筹基金和个人账户支付的合理医疗费用予以拨付。

第五十四条 深化医保支付方式改革。有序推进以按疾病诊断相关分组为主，按病种、按床日、按人头付费等多元复合化医保支付方式，严格控制医药费用不合理增长，维护医保基金安全。

第五十五条 用人单位及其职工和灵活就业参保人员欠缴基本医疗保险费时，定点医疗机构应按本办法规定履行医保有关手续。欠费期间发生的住院医疗费用全由个人垫付，用人单位及参保人员在规定的时限内补缴欠费后，定点医疗机构为其办理医保结算手续。

第五十六条 急诊留观、抢救后立即住院治疗（急诊抢救与住院时间未间断）的参保人员，其住院前急诊留观、抢救的符合规定的5日内门诊医疗费用与住院医疗费用合并计算。住院前的普通门诊医疗费用不能与住院医疗费用合并计算。

参保人员在急诊抢救留观期间未办理住院，符合急诊抢救病种的医疗费用由统筹基金按住院有关规定支付。

第五十七条 参保人员发生无责任方的意外伤害住院费用由当事人提出申请，经参保地医疗保障部门调查核实确认后，由其住院医疗机构按规定审核结算。

第五十八条 对于以伪造病历、诊断证明或冒名顶替等违规手段骗取套取医保基金行为的，一经查实，医疗保障部门将依法

依规追回基金，并予以查处；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第十一章 附 则

第五十九条 根据我市经济社会发展及职工医保基金收支情况，市医疗保障部门会同市财政部门可对职工医保缴费标准、待遇支付标准等进行适时调整。

第六十条 职工医保门诊慢性病、特殊病、公务员医疗补助等政策由市医疗保障部门另行制定。

第六十一条 因突发性、流行性疾病和自然灾害等不可抗力因素造成的大范围急、危、重病患者的救治医疗费，由同级政府协调解决。

第六十二条 本办法未尽事宜，按相关文件执行。我市原职工医保政策与本办法不一致的，以本办法为准。

第六十三条 本办法自 2021 年 1 月 1 日起施行，有效期五年。