

邢台市医疗保障局

关于征求《邢台市职工基本医疗保险和生育保险实施办法（征求意见稿）》的公告

为进一步健全我市职工基本医疗保险和生育保险制度，维护参保人员医疗保障权益，促进职工医保制度可持续发展，根据有关法律法规和政策规定，结合我市实际，邢台市医疗保障局起草了《邢台市职工基本医疗保险和生育保险实施办法（征求意见稿）》，现公开征求意见，征求意见时间为：2024年11月22日至2024年12月21日。

联系电话：3690155

邮 箱：xtybk@sina.com

邢台市职工基本医疗保险和生育保险 实施办法（征求意见稿）

第一条 为进一步健全我市职工基本医疗保险（含生育保险）（以下简称“职工医保”）制度，维护参保人员医疗保障权益，促进职工医保制度可持续发展，根据《中华人民共和国社会保险法》、《中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令 第735号）、《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）、《河北省人民政府办公厅印发关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施办法》（冀政办发〔2021〕6号）、《社会保险经办条例》（国务院令 第765号）等有关法律法规和政策规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本市职工医保遵循以下原则：

- （一）全覆盖、保基本、多层次、可持续；
- （二）职工医保基金以收定支、收支平衡、略有结余；
- （三）职工医保水平与全市经济社会发展水平相适应。

第三条 城镇职工基本医疗保险和生育保险（以下简称职工基本医保）实行市级统筹，在邢台市辖区范围内统一参保范围、基金征缴、医疗待遇、经办流程和服务网络，统一规范医疗服务管理、就医结算、基金的管理使用。

第四条 本办法适用于本市城镇范围内各类用人单位(含机关、事业单位、社会团体、企业、民办非企业)及其职工和退休人员(含临时雇佣人员,以及与用人单位形成稳定劳动关系的农民工);无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医保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)。

第五条 市医疗保障部门(以下简称医保部门)是职工基本医保的主管部门,其所属的医疗保障经办机构(以下简称经办机构)负责医疗保险的具体承办工作;县(市、区)医疗保障部门及其所属经办机构,具体负责本辖区内医疗保险和生育保险工作。

第六条 税务部门负责职工医疗保险费的征收工作。人社、财政、卫健、市场监管、审计、公安等部门,按照各自的职责范围,配合做好本办法的实施工作。

第七条 单位参加职工基本医疗保险同步参加生育保险,职工基本医疗保险基金和生育保险基金合并征缴。党政机关和财政性资金基本保证事业单位缴费比例为7.2%(职工基本医疗保险7%+生育保险0.2%),其他用人单位缴费比例为7.8%(职工基本医疗保险7%+生育保险0.8%);个人缴费比例为2%。

职工医疗保险(含生育保险)按照上年度全口径城镇单位就业人员平均工资(按统计部门统计口径计算)核定缴费

基数，低于全口径城镇单位就业人员平均工资的，以全口径城镇单位就业人员平均工资为缴费基数，高于全口径城镇单位就业人员平均工资的，以应发工资为缴费基数。职工医疗保险费由单位按月、按季度足额或按年预缴的方式向税务部门缴纳。

将生育保险基金并入职工医保基金专户管理，不再单列生育保险基金收入，在职工基本医保待遇支出中设置生育保险待遇支出项目。

第八条 灵活就业人员缴纳基本医疗保险，在一个缴费年度内可选择按上年度全口径城镇单位就业人员平均工资9%的费率缴费，不缴纳生育保险费，设基本医疗保险个人账户，享受门诊统筹、门诊特殊疾病和住院统筹基金支付范围的职工基本医保待遇。

灵活就业人员连续缴纳满3个月基本医疗保险费后，方可享受职工基本医保待遇。

第九条 失业人员在领取失业保险金期间，个人不缴纳职工医疗保险，由失业保险管理机构统一管理缴纳，按上年度全口径城镇单位就业人员平均工资9%的费率缴费。设基本医疗保险个人账户，享受门诊统筹、门诊特殊疾病和住院统筹基金支付范围的职工基本医保待遇。

失业人员中断缴费的，由失业保险管理机构缴纳基本医疗保险费后，次月方可享受职工基本医保待遇。

第十条 参加职工基本医保的在职职工和退休人员应参加大额医疗保险。大额医疗保险筹资标准为每人每年 108 元，由单位或个人缴纳，也可由单位和个人共同缴纳。

在职人员大额医疗保险费统一由税务征收，退休人员需由个人账户扣缴的，由单位统一申请。

第十一条 破产改制企业退休人员大额医疗保险费可由个人缴纳或从其医疗保险个人账户中扣缴。

第十二条 大额医疗保险由各级医保部门委托商业保险公司进行管理。商业保险公司由市医保部门以政府采购的方式，通过公开招标确定。

第十三条 参保职工基本医疗保险缴费年限包括视同缴费年限和实际缴费年限。视同缴费年限是指 2000 年 10 月 1 日正式启动职工基本医保制度前，符合国家规定的工龄或基本养老保险缴费年限，视同职工基本医保缴费年限。实际缴费年限是指基本医疗保险制度实施后的参保缴费年限。

参保职工达到法定退休年龄并办理退休手续后，基本医疗保险累计最低缴费年限（包括视同缴费年限和实际缴费年限）男满 30 周年、女满 25 周年，且在本统筹区最低实际缴纳基本医疗保险满 10 年，申请办理医疗保险退休手续后方可享受退休人员的基本医疗保险待遇。中断缴费的，中断缴费前后的缴费年限可累加计算。

第十四条 参加职工基本医保人员在不同统筹区的参保

缴费年限可合并计算。

城镇流动就业人员医疗保险关系转入我市的，其调出地医保部门认定的缴费年限累计计算，作为视同缴费年限。达到国家法定退休年龄办理退休手续时，其实际缴费年限符合本市规定的，与本市退休人员享受同等的基本医疗保险待遇。

第十五条 由城乡居民基本医疗保险转为参加职工基本医保的参保人员，其在本市连续缴纳城乡居民基本医疗保险满四年（不包括原新农合），可折一年职工基本医保缴费年限。

第十六条 达到最低缴费年限，未达到法定退休年龄的人员，继续缴纳基本医疗保险费的，享受在职职工基本医疗保险待遇；达到最低缴费年限和法定退休年龄的人员，自办理退休手续次月起，不再缴纳基本医疗保险费，即可享受退休人员基本医疗保险待遇。

第十七条 参保人员办理退休时，缴费年限未达规定缴费年限的，由单位和个人（灵活就业人员由个人）到所属地的医保经办机构一次性补缴费用，也可按在职职工标准延续缴费，享受在职职工基本医疗保险待遇。补缴标准为：低于全口径城镇单位就业人员平均工资的，以全口径城镇单位就业人员平均工资的百分之七为补缴标准，高于全口径城镇单位就业人员平均工资的，以应发工资的百分之七为补缴标准。

第十八条 参保单位中达到法定退休年龄或已办理养老

保险退休手续的退休人员，经本人申请可按灵活就业人员参加职工医保。

第十九条 单位新参保职工或中断缴费的，由单位缴纳基本医疗保险费后，次月方可享受职工基本医保待遇。

城镇职工医保正常缴费中断、欠费，超过6个月补缴的，可补发基本医疗保险个人账户，但补缴期不享受基本医疗保险待遇（因工作调动补缴的除外）。

第二十条 军人退出现役后、由部队保障的随军未就业军人配偶实现就业后，按规定参加本市职工医保并办理关系转移接续的，军人服现役年限、军人配偶在随军未就业期间参加军队医疗保险的年限均视同职工医保缴费年限，与其参加职工医保的实际缴费年限合并计算。

第二十一条 参保人员服刑期间及刑满后的医疗保险处理：

参保人员（含参加职工医保和城乡居民医保，下同）在监狱服刑期间，停止享受基本医疗保险待遇，不缴纳基本医疗保险费，不计算缴费年限。停止职工医保个人账户划拨、使用和医疗费用医保结算，但个人账户予以保留，储存额照常计息。

参保人员受刑事处罚未在监狱服刑的，包括公安监所已决被监管人员，以及管制、缓刑、假释、暂予监外执行等社

区矫正对象，可继续参加职工医保或者城乡居民医保，并按规定享受相应医保待遇。

刑满释放人员可参加城乡居民医保，也可按规定参加职工医保，并享受相应待遇。未达法定退休年龄重新参加职工医保的，入狱服刑前后实际缴费年限合并计算。

原职工医保参保人，刑满释放后达法定退休年龄的，根据以下情况分类办理：

（一）原已享受职工退休人员基本医保待遇的，刑满释放后经向原参保地申请，可以继续享受退休人员基本医保待遇。

（二）已达法定退休年龄且已达到职工医保规定缴费年限，在原参保地申请办理退休手续后，享受退休人员基本医保待遇。

（三）已达法定退休年龄但未达到职工医保规定缴费年限，选择保留职工医保关系的，按规定一次性补缴基本医保费至规定的缴费年限后，享受退休人员基本医保待遇。

第二十二条 参加职工基本医保人员，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²的2%；退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，党政机关和财政性资金基本保证事业单位划入78元，其他用人单位划入51元。在职转退休，从次月起为其变更个人账户计入标准。

第二十三条 职工基本医保统筹基金住院起付标准按以下规定执行：

一级医院（社区卫生服务中心）二百元，二级医院三百元，三级医院六百元；

参保人员一个自然年度内多次住院的，前两次住院执行起付标准，三次以上住院不再执行起付标准；但多次在社区卫生服务中心住院的，均执行起付标准。

第二十四条 一个自然年度内城镇职工基本医疗保险住院起付标准以上至最高支付限额 12 万元，在职职工在一、二、三级定点医疗机构住院，政策范围内报销比例分别为 96%、93%、88%。医保退休人员报销比例再提高 1 个百分点。

对部分适合在门诊开展比住院费用更经济便捷的特殊治疗，可参照住院待遇进行管理。

第二十五条 参保人员在京津冀定点医疗机构就医的享受本统筹区同比例同级别报销待遇，在就医地直接报销的执行就医地医保目录。

参保人员需跨省临时外出就医的，可直接到参保地经办机构或者通过线上渠道办理备案手续。

办理备案手续的，跨省异地定点医疗机构就医发生的符合规定的医疗费用，个人自付比例增加 5%；未按规定办理备案手续的，跨省异地定点医疗机构所发生的符合规定的医疗费用，个人自付比例增加 10%。

第二十六条 参保人员因突发性疾病发生的急诊抢救留观费用或突发性疾病门诊抢救死亡所发生的费用，视同一次住院医疗费用，未直接结算的参保人员或家属持规定的材料到参保地医疗保障经办机构申请办理零星报销。

参保人员办理入院前因同一病种在同一家定点医疗机构发生的与住院连续的门诊急诊费用与当次住院费用合并（连续急诊急救转院治疗的，不限同一家医院），由定点医疗机构按一次住院费用结算。

定点医疗机构未将其纳入住院费用的，参保人员可凭缴费发票和相关证明材料到参保地医疗保障经办机构按住院政策规定报销。

第二十七条 参保人员非急诊急救在非定点医药机构发生的费用统筹基金不予支付。

第二十八条 职工基本医保门诊特殊疾病的病种、支付范围、限额另行规定。

第二十九条 职工医疗保险基金对下列医疗费用不予支付：

- （一）应从工伤保险基金中支付的；
- （二）应由第三人负担的；
- （三）应由公共卫生负担的；
- （四）在境外就医的；
- （五）体育健身、养生保健消费、健康体检、美容以及

非功能性整形、矫形手术等；

（六）国家和我省规定不予支付的其他情形。

第三十条 职工基本医保自然年度最高支付定额为 12 万元。

第三十一条 大额医疗保险自然年度最高支付定额为 38 万元。城镇职工在自然年度内发生的符合规定的医疗费用，对超过 12 万元至 50 万元部分，由大额医疗保险支付 95%。

第三十二条 生育保险享受生育津贴和生育医疗费待遇。

（一）生育津贴。用人单位按时足额缴费、女职工生育的，党政机关和财政性资金基本保证事业单位女职工产假、节育假期间工资由用人单位按产假前工资照发，不享受生育津贴；其他用人单位参保女职工生育后连续缴费满 12 个月及以上的享受生育津贴待遇；生育时缴纳不满 12 个月的，缴费满 12 个月(含)以上的，发放(补发)生育津贴待遇。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；灵活就业人员、领取失业保险金人员不享受生育津贴待遇。

女职工生育津贴支付期限按照《女职工劳动保护特别规定》《河北省人口与计划生育条例》等法律法规规定的生育产假、延长产假、终止妊娠节育假、施行节育措施假期限执行。符合条件的参保职工生育津贴支付期限具体如下：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，增加的产假天数累计计算。

（二）生育医疗费待遇。生育前连续缴费满 3 个月及以上（不含中断 6 个月以上补缴时间），可以享受生育医疗费待遇。参保的男职工未就业配偶和灵活就业人员的生育医疗费按定额 50% 享受（不含生育并发症），男职工未就业配偶不得重复享受城乡居民医保规定的生育定额补贴。

生育医疗费待遇限额补贴标准：顺产限额补贴 3000 元，难产限额补贴 3500 元，剖宫产限额补贴 4000 元，剖宫产伴其他手术限额补贴 4500 元，多胞胎生育的每增加一胎增加相应补贴的百分之五十。

第三十三条 参保人员在联网定点医疗机构所发生的医疗费，除个人支付外，其余部分由经办机构与定点医疗机构结算。

第三十四条 各县（市、区）要严格根据《社会保险基金财务制度》的有关规定，加强职工基本医疗保险和生育保险基金预算管理，按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则编制收支预算，原则上不能编制当年赤字预算、不得编制基金历年累计结余赤字预算。当年基金预算经同级人大批准后，批复税务机关和经办机构执行。

第三十五条 职工基本医保基金实行市级统筹、分级管理，纳入社会保障基金财政专户管理，单独设立账户，实行收支两条线，专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。

市、县(区)两级医保经办机构分别设立职工基本医保基金收入户和支出户。县(区)级收入户用于接收统筹区外转移收入，支出户主要用于接收上级部门拨付的基金和支付医保待遇、退费等。

第三十六条 职工基本医保基金执行统一的社会保险基金预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。

第三十七条 职工基本医保基金预算实行市级统一管理，各县(区)财政局、医疗保障局编制职工基本医保基金收支预算草案，报市财政局、市医疗保障局审核汇总后，编制全市基金收支预算草案，提交市政府审定，经市人民代表大会批准后执行。

第三十八条 职工基本医保费由税务部门根据属地管理原则负责征收，属地入库。由同级医疗保障经办机构和税务部门对入库收入进行核对后按有关规定向同级财政部门提出基金收入划转申请，财政部门将基金收入从国库划入市级财政专户。

职工基本医保基金实行总额预算管理，实行“按月拨付、按年结算”。市、县(区)医疗保障经办机构按规定每月与定点医药机构进行费用结算。市、县(区)医疗保障经办机构根

据上年基金支出月均数额，申请预拨周转金，资金从市级财政专户直接拨至相关支出户。

市医疗保障局、市财政局对职工基本医保基金收支情况进行监控和预测分析，在当期基金结余低于 5% 时及时提出平衡收支的对策和措施。

第三十九条 市医保部门建立统一规范的经办业务流程、内部考核办法和费用结算办法，强化基础管理和经办机构内控制度，提高经办服务水平。

第四十条 落实定点医药机构的资格准入、退出和服务协议管理标准，完善定点医药机构的管理和考核办法，规范医疗服务行为。

第四十一条 健全完善全市统一的职工基本医保、生育保险信息数据库、业务经办应用系统，建设覆盖全市各级经办机构、定点医药机构的信息网络平台。

第四十二条 各县（市、区）经办机构和定点医药机构业务终端，应接入市信息平台，实行统一的业务政策、业务流程和结算应用系统，并在全市范围内实现就医购药的实时传输和即时结算。

第四十三条 医疗保险定点医药机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取基金支出的，由经办机构终止或解除服务协议，医保部门责令退回骗取的医疗、生育保险金，依法处以罚款，情节严重的，直接解除定点服务协议。

第四十四条 参保人员违反职工基本医保、生育保险政策规定，以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗、生育保险待遇的，由医保部门责令退回骗取的医疗、生育保险金，依法进行处罚。

第四十五条 经办机构及其工作人员滥用职权、玩忽职守的，由医保部门责令改正，对直接负责的主管人员和其他责任人员依法给予行政处分；对医疗基金、用人单位或者个人造成损失的，依法承担赔偿责任。

第四十六条 违反本办法规定，情节严重，构成犯罪的，移交公安部门，依法追究其刑事责任。

第四十七条 本办法自公布之日起施行，有效期五年。