

漳州市人民政府文件

漳政综〔2021〕107号

漳州市人民政府关于印发 漳州市职工基本医疗保险实施办法的通知

各县（区）人民政府，漳州、常山、古雷开发区管委会，漳州台商投资区、漳州高新区管委会，市直各单位：

现将《漳州市职工基本医疗保险实施办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

漳州市人民政府

2021年12月31日

（此件主动公开）

漳州市职工基本医疗保险实施办法

第一章 总则

第一条 为完善我市职工基本医疗保险制度，提高保障能力和服务水平，规范职工医疗保险关系，维护参保人员合法权益，确保医保基金安全稳健运行，根据《中华人民共和国社会保险法》（主席令第三十五号）、《财政部关于印发〈社会保险基金财务制度〉的通知》（财社〔2017〕144号）、《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）、《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号）、《中共福建省委 福建省人民政府关于进一步深化医药卫生体制改革的意见》（闽委发〔2021〕5号）、《福建省医疗保障局 福建省财政厅 国家税务总局福建省税务局关于印发〈福建省全面推进生育保险与职工基本医疗保险合并实施工作方案〉的通知》（闽医保〔2019〕101号）、《福建省医疗保障局 福建省财政厅关于贯彻执行福建省女职工劳动保护条例进一步做好生育保险有关工作的通知》（闽医保〔2020〕41号）、《福建省医疗保障局 福建省财政厅关于建立医疗保障待遇清单制度的实施意见》（闽医保〔2021〕101号）和《福建省医疗保障局关于贯彻落实医疗保障待遇清单制度三年行动实施方案（2021-2023年）

的通知》（闽医保〔2021〕109号）等文件精神，结合我市实际，制定本实施办法。

第二条 本办法所称职工基本医疗保险涵盖生育保险和职工大额医疗费用补助。按照国家规定，生育保险与职工基本医疗保险合并实施。

第三条 职工基本医疗保险按照“以收定支，收支平衡，略有节余”的原则，坚持保障水平与经济社会发展水平相适应，实现全覆盖、保基本、多层次、可持续的目标。

第四条 职工基本医疗保险实行市级统筹制度，全市统一参保登记、统一基金征缴和管理、统一医疗服务管理、统一经办和信息服务，确保制度可持续。

第二章 实施范围及对象

第五条 本市行政辖区内的国家机关、企事业单位、社会团体、个体经济组织、民办非企业单位等用人单位，均列入职工基本医疗保险实施范围。

第六条 本办法适用于下列保障对象：

（一）本市行政辖区内与用人单位存在劳动关系的在职职工和退休人员；

（二）个体经济组织从业人员；

（三）灵活就业人员；

（四）在我市就业的港、澳、台人员及外国人；

(五) 其他按照规定应当参加职工基本医疗保险的人员。

第七条 在法定劳动年龄内的以下四类人员，可以按灵活就业人员身份参加本市职工基本医疗保险：

(一) 已参加本市职工基本医疗保险与用人单位解除劳动合同关系的人员；

(二) 本市行政辖区内无雇工的个体工商户；

(三) 本市城乡户籍人员；

(四) 本市居住证（有效期）持有人员。

第三章 参保登记及注销

第八条 新设立用人单位应当于取得营业执照或获准成立30日内，凭相关材料到辖区基本医疗保险经办机构（以下简称经办机构）办理单位和职工的医保参保登记。

用人单位的基本医疗保险登记事项发生变更或用人单位依法终止的，应当自变更或终止之日起30日内，到经办机构办理变更或注销基本医疗保险登记。

第九条 灵活就业人员可就近向辖区经办机构申请办理基本医疗保险登记。

第十条 用人单位新增在职职工，职工退休、死亡、调入或调出本市时，应当及时向经办机构申报办理参保人员增减和终止基本医疗保险关系手续；未及时申报办理终止基本医疗保险关系，造成个人账户多划入的部分，经办机构在办理个人账户清户

结算时予以扣回，无法扣回的由所在单位负责追回。

用人单位因宣告破产、撤销、解散、关闭或者其它原因终止的单位退休人员和灵活就业人员死亡时，其家属应当及时向经办机构申报办理减员和终止基本医疗保险关系手续。退休人员的遗产继承人有义务退还多划拨给个人账户的资金。

第四章 基金筹集

第十一条 基本医疗保险基金（以下简称基本医保基金）由下列项目构成：

- （一）用人单位缴纳的基本医疗保险费（以下简称基本医保费）；
- （二）职工缴纳的基本医保费；
- （三）基本医保费的滞纳金；
- （四）基本医保基金的利息；
- （五）财政补贴；
- （六）依法纳入基本医保基金的其它资金。

第十二条 用人单位及职工、灵活就业人员按照下列规定缴纳职工基本医保费（其中用人单位缴纳部分含生育保险费）。

（一）职工基本医疗保险单位缴费费率：国家机关及财政核拨或核补的事业单位按职工工资总额的 7.35%，企业及其他单位按职工工资总额的 7.5%，经困难企业认定小组认定的困难企业，在企业主管部门同意后按职工工资总额的 7%；个人缴费费率：

按职工本人工资收入的 2%。

(二) 灵活就业人员以上一年度福建全省全口径城镇单位就业人员年平均工资的 60% 作为当年度缴费基数, 按照 9% 费率, 由个人全额缴纳。

(三) 职工缴纳基本医保费的月平均工资基数, 不得低于上一年度福建全省全口径城镇单位就业人员月平均工资的 60%, 最高不超过上一年度福建全省全口径城镇单位就业人员月平均工资的 300%。

(四) 灵活就业人员参加职工基本医疗保险实行按年缴费, 委托商业银行代扣代缴。灵活就业人员须在每年 3 月 31 日前到经办机构指定的开户银行存足本年度 (1 月 1 日至 12 月 31 日) 个人应缴的基本医保费。因个人原因, 造成无法及时支付当期应缴基本医保费的, 后果由个人承担。未及时缴交保费的参保人员从 4 月 1 日起, 停止享受基本医疗保险待遇。

灵活就业人员参保缴费后因重新就业或者异地就业, 已缴纳的当年保费可向经办机构申请退费, 退费时应当提供相关劳动合同或者异地参保凭证。

第十三条 参保职工缴纳基本医保费的年限 (以下简称缴费年限) 包括视同缴费年限和实际缴费年限。视同缴费年限是指实施职工基本医疗保险制度前, 原在国家机关、事业单位、国有企业及国有控股企业、县以上集体企业、城镇集体企业等符合国家视同缴费规定的累计工龄。参保人员视同职工基本医保费年限由

经办机构审核确认。实际缴费年限是指漳州市基本医疗保险制度实施后在我市实际参保缴费年限。

第十四条 参保人员达到国家法定退休年龄时(含参保时已退休人员)，其本人累计缴费年限(含视同缴费年限)不足25年的(其中机关事业单位及社会团体中的非在编人员、灵活就业人员、民办非企业、非公有制企业及城镇个体经济组织参保人员实际缴费年限不足10年的)应当以本人到经办机构办理在职转退休时规定的补缴基数，按7%的费率一次性补足后，方可享受退休人员基本医疗保险待遇。补缴的医保费并入统筹基金，只计算缴费年限，不划拨个人账户。

第十五条 参保人员从办理在职转退休变更手续次月起，享受退休人员基本医疗保险待遇。参保单位因各种原因欠缴或停缴基本医保费，不影响该单位退休人员享受基本医疗保险待遇。

第十六条 参保人员因故未能及时办理在职转退休手续继续缴费的，其缴费年限记入参保人员的实际缴费年限，多缴纳的基本医保费不予退回，从申报办理在职转退休手续次月起享受退休人员基本医疗保险待遇。参保人员未及时办理在职转退休手续，缴费年限不够且未继续缴费的，当月暂停其基本医疗保险待遇，补缴后按本办法相关规定执行。

参保人员退休补缴款项未及时到款的，需重新办理在职转退休手续，并按当月的缴费基数计算补缴金额。

第十七条 用人单位因宣告破产、撤销、解散、关闭或者其

它原因终止的,对于累计缴费年限(含视同缴费年限)满 25 年的已退休人员直接享受基本医疗保险待遇。对于累计缴费年限(含视同缴费年限)不足 25 年的上述单位已退休人员,应当以用人单位向经办机构申报办理医疗保险关系终止手续时规定的补缴基数,按 7%的费率一次性补足(不划拨个人账户)后,方可享受退休人员基本医疗保险待遇。

第十八条 个人跨统筹地区就业,基本医疗保险关系转入我市的,其调出地医疗保障部门认定的缴费年限累计计算,作为视同缴费年限;到法定退休年龄时,累计缴费年限和最低实际缴费年限达到我市规定的,可享受退休人员基本医疗保险待遇。达到法定退休年龄,实际缴费年限未满 10 年的,以本人到经办机构办理在职转退休时规定的补缴基数,按 7%的费率一次性补缴在我市实际缴费年限不足 10 年的差额部分,方可享受退休人员基本医疗保险待遇。补缴的医保费并入统筹基金,只计算缴费年限,不划拨个人账户。

第十九条 职工基本医疗保险关系应当保持连续,不得随意中断。

参保人员因各种原因中断缴费的,中断前后实际缴费年限合并计算,其基本医疗保险待遇(不含生育津贴待遇)按下列办法执行:

(一)中断时间不超过(含)3 个月的,以本人当期缴费工资为基数补缴后,中断缴费期间发生的医疗费用由医保统筹基金按规定予以支付。

(二) 中断时间超过 3 个月，重新续保之日起，连续缴费 12 个月内，政策范围内医疗费用统筹基金支付比例为 50%，其中中断缴费期间发生的医疗费用医保统筹基金不予支付，连续缴费 12 个月以上的，按正常缴费人员享受医保待遇。

第二十条 用人单位连续 3 个月以上未按时缴纳基本医保费，且未申报办理医保关系注销手续的，造成参保职工无法正常参保缴费和正常享受医保待遇的，经参保职工本人提出申请，经经办机构审核确认后，以当月的补缴标准清欠医疗保险费后终止与原用人单位医保关系，并以灵活就业人员身份接续医保关系。

第五章 基本医疗保险待遇

第二十一条 职工基本医保基金由统筹基金和个人账户构成。职工基本医保基金支出包括基本医保基金统筹支出和个人账户支出。

统筹基金支出包括基本医疗保险待遇支出、其他支出、转移支出、上解上级支出。职工基本医疗保险待遇支出包括住院支出、门诊支出、生育医疗费用支出、生育津贴支出。

符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及危重病抢救的医疗费用，按照国家、省、市有关规定由基本医保基金支付。

第二十二条 职工个人缴纳的基本医保费，全部计入其个人账户。用人单位缴纳的基本医保费部分划入参保人员个人账户的

标准按规定进行调整。

2022 年度划入参保人员个人账户标准为：

（一）40 周岁及以下的按本人月缴费工资的 0.4%；

（二）40 周岁以上至法定退休年龄按本人月缴费工资的 0.75%；

（三）2022 年前已退休人员按 2021 年年底社会保险经办机构或国库发放的退休金的 3.5%，2022 年退休人员按办理时社会保险经办机构或国库发放的退休金的 3.5%，个人账户划拨基数低于漳州市 2021 年度灵活就业人员缴费标准的，以漳州市 2021 年度灵活就业人员缴费标准作为划拨基数。

2023 年起划入参保人员个人账户标准为：

（一）单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金，不再计入在职人员个人账户；

（二）退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度为漳州市 2023 年度基本养老金平均水平的 2.5%。

2024 年至 2026 年期间，划入参保人员个人账户标准如需调整，以国家、省最新规定为准。

第二十三条 个人账户的本金和利息归个人所有，可以结转使用和继承，并可随参保关系转移。参保人员死亡后，医疗保险关系终止，其个人账户金额由其继承人依法继承。

第二十四条 参保人员个人账户用于下列项目的支付，不得提取现金和挪作他用：

(一) 在定点医疗机构门诊、住院就医需个人承担部分的医疗费用;

(二) 在定点零售药店支付购买药品、医疗器械和消毒用品;

(三) 其配偶、子女、父母等直系亲属可通过个人账户家庭共济支付基本医疗保险医疗费用个人承担部分的医疗费用, 缴纳参加城乡居民基本医疗保险的保费;

(四) 用于购买参保人员本人和其配偶、子女、父母等直系亲属与基本医疗保险相衔接的、不具有理财投资性质的商业补充健康保险;

(五) 由经办机构统一购买与职工医保相衔接的商业补充保险;

(六) 其他符合个人账户支付范围的费用。

第二十五条 基本医疗保险统筹基金支付设立起付标准、最高支付限额、基金支付比例; 个人负担的部分, 由个人账户或现金支付。

(一) 住院

1. 起付标准: 三级医院 800 元、二级医院 400 元、一级医院 50 元。年度内多次住院依次递减 200 元直至 0 元。漳州地区以外住院按医疗机构级别, 起付标准相应增加 300 元。

2. 支付比例: 漳州市内二级及以下医院就医, 按医保政策范围内费用扣除起付标准后, 统筹基金支付比例按在职人员支付 93%, 退休人员支付 96%; 漳州市内三级医院就医, 按医保政策

范围内费用扣除起付标准后，统筹基金支付比例按在职人员支付 90%，退休人员支付 93%；漳州市市外就医，按医保政策范围内费用扣除起付标准后，统筹基金支付比例按在职人员支付 87%，退休人员支付 90%。

3. 支付限额：基本医疗保险统筹基金最高支付限额 10 万元，超基金最高支付限额部分进入职工大额医疗费用补助支付范围，由职工大额医疗费用补助承办机构按约定比例支付。

4. 器官移植的住院医疗费用支付范围：仅限于肾脏、心脏瓣膜、角膜、皮肤、血管、骨、骨髓移植，后续进行的器官移植抗排斥反应的治疗费用可纳入医疗保险支付范围。

（二）门诊特殊病种

1. 起付标准：三级医院 800 元，二级医院 400 元，一级医院 50 元。在医保定点基层公立医疗机构使用已纳入国家医保药品目录的国家基本药物，不设起付标准；重性精神病（含精神分裂症）不设起付标准；结核病在指定定点医院诊疗不设起付标准。

2. 支付比例：同住院支付比例标准。

3. 支付限额：高血压、糖尿病病种单列，额度均分别设为 6000 元，其余病种与住院合并计算最高支付限额，超基金最高支付限额部分进入职工大额医疗费用补助支付范围，由职工大额医疗费用补助承办机构按约定比例支付。

4. 门诊特殊病种范围共 29 种，具体是：恶性肿瘤门诊化疗和放疗、重症尿毒症门诊透析治疗、器官移植抗排斥反应治疗、

精神分裂症、结核病规范治疗、门诊危重病抢救、慢性心功能衰竭、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病（含慢性支气管炎）、肝硬化（失代偿期）、重症肌无力、白内障门诊手术治疗、强直性脊柱炎、帕金森病、重性精神病、癫痫病、支气管哮喘、苯丙酮尿症、脑卒中及后遗症、类风湿关节炎、血友病、慢性肾炎、甲状腺功能亢进、慢性病毒性肝炎（乙型、丙型活动期）、冠状动脉粥样硬化性心脏病、新冠肺炎出院患者门诊康复治疗。

5. 门诊特殊病种诊断原则上应由二级及以上或一级公立定点医疗机构副主任及以上医师诊断。参保职工需凭医院专科副主任及以上医师（高血压、糖尿病可由5年及以上主治医师诊断）出具的《门诊特殊病种申请表》报送经办机构审核确定，经审核确定后的门诊特殊病种医疗费用方可由统筹基金按规定支付。

参保人员可根据本人实际，自行选择2家就诊定点医疗机构。若就诊定点机构涉及精神病类专科，且患两种及以上特殊病种的，可放宽至3家。

年度内按所选的最高级别医院计算起付标准。

（三）普通门诊统筹

1. 起付标准：700元，在医保定点基层公立医疗机构使用已纳入国家医保药品目录的国家基本药物，不设起付标准。

2. 支付比例：起付标准以上、年度最高支付限额以下的政策范围内医疗费用，由统筹基金按比例支付，其中三级医院就诊在

职人员支付比例 65%，退休人员支付比例 70%；二级医院就诊在职人员支付比例 75%，退休人员支付比例 80%；基层医疗机构就诊在职人员支付比例 85%，退休人员支付比例 90%。

3. 支付限额：基本医疗保险统筹基金最高支付限额 1.8 万元，其使用额度纳入住院和门诊特殊病种最高支付限额累计范围。

4. 执行范围：本市行政辖区内公立医疗机构先行试点开展。单列门诊统筹支付的医保药品费用不纳入普通门诊统筹基金支付范围。

第二十六条 易肇事肇祸重性精神障碍患者及参保人员因患恶性肿瘤、尿毒症治疗、器官移植手术（肾脏、心脏瓣膜、角膜、皮肤、血管、骨、骨髓移植手术）、各种器官移植术后抗排斥的治疗费用（限住院及门诊特殊病种）按政策范围内 96% 比例支付。

第二十七条 参保职工从缴纳基本医保费的当月起享受医保待遇。

首次参加职工基本医疗保险的参保人员（含灵活就业人员），连续参保缴费时间（含视同缴费年限）未满 12 个月的，政策范围内医疗费用统筹基金支付比例为 50%；连续参保缴费时间（含视同缴费年限）满 12 个月及以上的，按正常参保人员享受医保待遇；按病种收付费根据相关文件支付比例执行。

当年度参加我市城乡居民医保人员转入参加职工医保的，连续缴费未满 12 个月的，政策范围内医疗费用统筹基金支付比例

为 65%；满 12 个月及以上的，按正常缴费人员享受医保待遇；按病种收付费根据相关文件支付比例执行。

第二十八条 职工医保、城乡居民医保不能重复参保，不重复享受待遇。参加城乡居民医保的年限不计入职工医保累计缴费年限。参保居民因就业等原因参加职工医保的，享受职工医保待遇，已缴费的当年度城乡居民医保费不予退还，如再退出职工医保的，可继续享受当年度城乡居民医保待遇。

基本医疗保险险种发生变化的，自变化后的参保险种保费划拨到账当月起，重新计算住院次数和医保待遇。原参保险种已发生的住院次数和医保待遇不累计进入变化后的参保险种。

第二十九条 下列情形的医疗费用不纳入职工基本医疗保险统筹基金支付范围：

- （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、省规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。遇到对经济社会发展有重大影响的，经法定程序，可做临时调整。

第三十条 除急救和抢救外，参保人员在就诊地的非定点医疗服务机构就医、购药发生的医疗费用，基本医疗保险统筹基金不予支付。

第六章 生育待遇

第三十一条 生育保险待遇包括《中华人民共和国社会保险法》规定的生育医疗费用和生育津贴，所需资金从职工基本医疗保险基金中支付。生育医疗费用执行福建省基本医疗保险、工伤保险、生育保险的药品目录以及基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围，女性职工产前检查费用纳入普通门诊统筹列支范围。

第三十二条 按企业费率参保缴费的用人单位（不含困难企业）在职职工连续缴纳基本医保费满 12 个月且符合国家和我省生育政策的，可享受全额生育津贴待遇。其中，在职男职工未就业配偶未参加基本医疗保险（包括职工、城乡居民）的，可申请按照男职工未就业配偶享受生育及妊娠终止住院医疗费用总额包干报销，不享受生育津贴待遇。具体包干标准为：顺产 2000 元，剖宫产 3600 元；怀孕三个月（孕期妊娠月以 28 天为 1 个月计算）以内流产（含异位妊娠）的 800 元；怀孕三个月及以上流产的 1300 元；怀孕七个月及以上流产的 1500 元。

机关、财政核拨或核补的事业单位参保人员按原渠道领取工资，不享受生育津贴待遇；灵活就业人员不享受生育津贴待遇。

在职职工生育、妊娠终止及实施计划生育手术前连续缴纳基本医保费未满 12 个月的，需在连续缴费满 12 个月后，其生育津贴方可按 50% 发放；在职男职工未就业配偶生育、妊娠终止及实施计划生育手术前，在职男职工连续缴纳基本医保费未满 12 个

月的，需在连续缴费满 12 个月后，其未就业配偶生育及妊娠终止住院医疗费用按总额包干 50% 发放。

第三十三条 用人单位未按规定及时为职工办理参保并足额缴费，或中断缴费致职工生育待遇无法享受的，其职工产假、流产或计划生育手术期间的生育津贴和生育医疗费用，由用人单位按照相关规定的项目和标准支付。

第三十四条 职工生育、妊娠终止及实施计划生育手术的，按规定领取生育津贴。生育津贴按职工所在用人单位上年度月平均工资，以每月 30 天进行折算，按日计发，时间标准如下：

（一）顺产 128 天；难产（含剖宫产）的增加 15 天；生育多胞胎的，每多生育一个婴儿，增加 15 天。

（二）怀孕三个月（孕期妊娠月以 28 天为 1 个月计算）以内流产（含异位妊娠）的 15 天；怀孕三个月及以上流产的 42 天；怀孕七个月及以上流产的 98 天。

（三）实施计划生育手术：放置宫内节育器的 7 天；摘取宫内节育器的 3 天；输卵管结扎的 30 天；输精管结扎的 15 天；输卵管复通术的 30 天；输精管复通术的 15 天。

生育或流产时合并计划生育手术的，生育津贴天数按就高原原则领取、不叠加享受。参保职工生育当年度所在单位上年度没有参保记录的，其生育津贴按生育时上年度漳州市最低缴费基数计发。

第七章 职工大额医疗费用补助待遇

第三十五条 职工大额医疗费用补助是以经办机构作为投保人，为参加全市职工基本医疗保险的参保人员集体向商业保险公司投保，以参保职工作为被保险人，超基本医保基金最高支付限额的政策范围内医疗费用，由商业保险公司赔付 90%，参保职工自付 10%，不设封顶线，其中参保人员因患恶性肿瘤、尿毒症治疗、器官移植手术（肾脏、心脏瓣膜、角膜、皮肤、血管、骨、骨髓移植手术）、各种器官移植术后抗排斥的治疗费用（限住院及门诊特殊病种），由商业保险公司按政策范围内 95%比例赔付，参保职工自付 5%。

第三十六条 职工大额医疗费用补助保费以向社会公开招投标的方式确定，参保职工个人出资不超过人均年保费的 50%，由经办机构直接从参保职工个人账户逐月扣减，不足部分由统筹基金支付。年度大额医疗费用补助保费按照协议规定，由商业保险承办方根据上年度的实际理赔数，经报经办机构核实确认后由市医保局会同市财政局批准确定。

第三十七条 职工大额医疗费用补助赔付范围与职工医保统筹基金支付范围（普通门诊除外）的有关规定一致。

第八章 医疗服务与就医管理

第三十八条 职工基本医疗保险实行医药机构协议管理，建立健全考核评价机制和动态的准入退出机制。经办机构与医药机

构按照属地管理原则实行协议管理。

第三十九条 医药机构应当向所在地经办机构提出承办职工基本医疗保险服务申请，经办机构应当将符合条件的医药机构纳入医保协议管理，签订协议后报同级医保行政部门备案。

经办机构与医药机构之间应当签订医药服务协议，明确双方的权利、义务和责任，违反服务协议规定的，由违约方承担相应责任。

第四十条 定点医药机构应当成立相应的管理机构，建立健全内部医保服务管理制度，配备专（兼）职管理人员，做好医保服务管理工作。

第四十一条 定点医药机构提供医药服务，应当认真核对患者参保身份信息，完善系统终端服务功能，提高服务效能；严格执行职工医保政策，合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费；严格执行分级诊疗规定，做好上下转诊工作。

第四十二条 经办机构应当建立定点医药机构及其人员信息、医疗服务监管系统，实行智能化、精细化管理，对定点医药机构及其人员提供的医药服务进行审核、监管。

第四十三条 参保职工凭医保电子凭证、社会保障卡及相关证件到定点医药机构就医购药，定点医药机构应当认真核验。

第四十四条 职工使用基本医疗保险统筹基金就医，严格按照国家、省发布的医保药品目录、诊疗项目（医用耗材）目录、医疗服务设施范围等执行，项目乙类自付比例按省定标准执行，

其中医疗服务项目(医用耗材)乙类自付比例 10%以上(不含 10%)的部分提高 5 个百分点。

第四十五条 完善医保付费总额预算管理机制，推行按病种收付费，加快推进 DRG/DIP 支付方式改革，有效控制医疗费用增长。

第九章 基金管理

第四十六条 职工基本医保基金执行国家统一的基金财务制度、会计制度、基金预决算管理制度和内控制度。

第四十七条 职工基本医保基金严格实行收支两条线管理，纳入财政专户，专款专用。任何单位、组织和个人不得挤占、挪用，不得违规投资运营，不得用于平衡一般公共预算。

第四十八条 职工基本医保基金按照国家社会保险基金银行存款计息办法规定计算利息收入。

第四十九条 经办机构应当建立健全内部管理制度，加强基金收支管理，主动接受医保、财政、审计等部门的监督检查。各级医保、财政、审计部门按照各自职责，对职工基本医保基金的收支、管理等情况依法进行监督检查。

第十章 部门职责

第五十条 医保部门负责职工医保政策、规定的制订及贯彻落实；负责职工医保政策和规定执行情况的监督、检查和考核。

第五十一条 经办机构负责职工医保参保登记，基金的筹集、支付和管理等经办工作，负责对各县（区）经办工作的指导、培训、评估和稽核。

第五十二条 财政部门负责职工基本医保基金的管理和监督。

卫健部门负责医疗机构的行业监管，规范医疗机构诊疗行为，加快推进分级诊疗工作。

税务部门负责医疗保险费的征收。

市场监管部门负责医药机构的药品和医疗器械质量监管。

审计部门根据《中华人民共和国审计法》等有关规定对职工基本医保基金实行审计监督。

公安部门负责对移送的涉嫌欺诈骗保犯罪案件线索开展调查，依法查处涉嫌欺诈骗取基本医保基金等违法犯罪行为。

司法行政部门对依法行政及出台行政规范性文件提供指导意见。

第十一章 附则

第五十三条 职工基本医疗保险筹资标准、待遇保障水平，由医保部门会同财政、卫健、税务等相关部门根据国家、省有关政策规定和本市经济社会发展、居民收入、医疗服务水平、基金收支运行等情况作相应调整。

第五十四条 本办法由市医保行政部门负责解释。此前规定

与本办法不一致的，以本办法为准，如遇国家、省有关政策调整，以国家、省最新规定为准。

第五十五条 本办法自 2022 年 1 月 1 日起施行，有效期五年。

