

HZCR—2022—0010002

菏政发〔2022〕19号

菏泽市人民政府
关于印发菏泽市职工基本医疗保险实施办法的
通 知

各县区人民政府（管委会），市政府各部门、各直属机构，市属各企业，各大中专院校：

《菏泽市职工基本医疗保险实施办法》已经2022年10月31日市政府第13次常务会议通过，现印发给你们，请认真贯彻

执行。

菏泽市人民政府

2022年10月31日

(此件公开发布)

菏泽市职工基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为了完善职工基本医疗保险制度，根据《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）、《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令 第735号）和《山东省人民政府关于印发〈山东省建立城镇职工基本医疗保险制度实施方案〉的通知》（鲁政发〔1999〕94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 本办法适用于我市行政区域内的所有用人单位（包括所有国家机关、企业事业单位、社会团体及其他组织）职工和退休人员（含按国发〔1978〕104号文件规定办理的退职人员，下同）、无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员（以下统称参保人员）。

第三条 职工基本医疗保险应坚持以下原则：

- （一）筹资标准、保障水平与经济社会发展水平相适应；
- （二）实行市级统筹，以收定支、收支平衡、略有结余；

(三) 个人缴费与单位缴费相结合，无用人单位的由个人全部负担；

(四) 统筹基金与个人账户相结合。

第四条 市医疗保障部门负责全市职工基本医疗保险管理工作，县区医疗保障部门负责本行政区域内职工基本医疗保险管理工作。

财政、人力资源社会保障、卫生健康、退役军人、审计、市场监管、税务等部门，按照各自职责做好职工基本医疗保险工作。

全市各级医疗保险经办机构负责职工基本医疗保险的经办管理和公共服务工作。

第五条 财政负担的职工基本医疗保险费列入同级财政预算，各级财政部门应当会同医疗保障部门、税务部门科学编制职工基本医疗保险基金年度预决算。

第二章 参保登记及职工基本医疗保险关系转移接续

第六条 用人单位应当自成立之日起三十日内凭营业执照、登记证书或者单位印章，向当地医疗保险经办机构申请办理参保登记；并自用工之日起三十日内为其职工到医疗保险经办机构申请办理医疗保险参保登记。

通过企业开办“一窗通”系统注册的企业，医疗保险经办机构直接通过数据共享获取企业的注册信息，为企业办理医疗保险

参保登记等业务。

第七条 中央、省属驻荷用人单位及其分支机构和市属驻县区用人单位，到属地医疗保险经办机构办理参保登记手续。

第八条 无雇工的个体工商户、未在用人单位参加基本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）可以参加职工基本医疗保险或居民基本医疗保险，不得重复参保缴费、重复享受待遇。灵活就业人员参加职工基本医疗保险，不受参保地户籍限制。

第九条 职工基本医疗保险关系转移接续，按下列规定办理：

（一）参保职工在市内流动就业的，无需办理职工基本医疗保险关系转移接续，由就业地医疗保险经办机构直接为其办理增、减员业务。

（二）参保人员跨统筹地区流动，按规定办理基本医疗保险关系转移接续，不得重复参保。用人单位的参保人员可由单位为其申请办理，灵活就业人员由个人申请办理。

（三）省内转移接续职工基本医疗保险关系的，不再执行转入地基本医疗保险实际缴费年限的限定；省外转移接续职工基本医疗保险关系的，继续执行转入地基本医疗保险实际缴费年限的规定。

第十条 用人单位的基本医疗保险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，到医

疗保险经办机构办理变更或者注销手续。

第三章 基本医疗保险基金筹集与建立

第十一条 医疗保险经办机构应当依据《社会保险费征缴暂行条例》核定用人单位及其参保人员的缴费基数。

(一) 实际月工资低于上年度全省全口径城镇单位就业人员月平均工资(下同)60%的,以60%为缴费基数;超过60%、低于300%的,以实际月工资为缴费基数;超过300%的,以300%为缴费基数。

(二) 失业人员或经同级人民政府认定的困难企业职工(军队转业干部、优抚对象除外)以不低于上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资的60%为缴费基数。

第十二条 用人单位按在职职工缴费基数总额的7.5%的比例缴纳基本医疗保险费;参保人员以本人缴费工资为基数,按2%的比例缴纳基本医疗保险费,由单位代扣代缴。

第十三条 用人单位应当按月足额缴纳职工基本医疗保险费,不得拖欠、拒付。

首次参加职工基本医疗保险的参保人员,自参保缴费的次月起,享受职工基本医疗保险待遇。

第十四条 用人单位因故中断缴纳基本医疗保险费的,自中断缴费次月起暂停支付其职工基本医疗保险待遇;用人单位自补齐欠费和滞纳金次月起,恢复其职工的基本医疗保险待遇。补缴

中断缴费期间费用的，只计算缴费年限，欠费期间发生的医疗费用不纳入医疗保险统筹基金支付。

灵活就业人员中断缴费的参照此规定执行，中断缴费超过3个月的，设置3个月的待遇享受等待期（含缴费当月）。

第十五条 宣告破产的企业，依法偿付欠缴的基本医疗保险费，并按当地退休人员人均医疗费一次性向医疗保险经办机构缴纳10年基本医疗保险费，由医疗保险经办机构负责支付其退休人员的基本医疗保险费用。

第十六条 建立退休人员最低缴费年限制度。

（一）参保人员达到法定退休年龄办理退休手续时，基本医疗保险累计缴费年限（含视同缴费年限）男不少于30年、女不少于25年，同时其实际缴费年限应当不少于10年，退休后个人不再缴纳基本医疗保险费，自办理退休手续之日的次月起，按规定享受退休人员基本医疗保险待遇。

达到法定退休年龄、未达到上述规定缴费年限的，可按规定一次性缴费后，享受退休人员基本医疗保险待遇；也可继续按月缴费至最低缴费年限，期间按在职人员享受基本医疗保险待遇。

（二）2002年3月1日，全面启动城镇职工基本医疗保险制度前，参保人员的工龄或养老保险缴费年限，计算为基本医疗保险视同缴费年限，实际缴费时间计算为实际缴费年限。

第十七条 参保居民就业后，应参加职工基本医疗保险，其参加居民基本医疗保险的连续缴费年限3年折算1年职工基本医

疗保险实际缴费年限。

第四章 基本医疗保险基金管理使用

第十八条 职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户组成。统筹基金和个人账户分别管理、分别核算，不得互相挤占。

(一) 统筹基金用于支付住院医疗待遇和门诊医疗待遇。

(二) 个人账户资金主要用于支付参保人员在定点医药机构发生的政策范围内自付费用。可用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用，配偶、父母、子女参加居民基本医疗保险、长期护理保险、政府指导的普惠型商业医疗保险等的个人缴费。个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障支付范围的支出。

第十九条 职工基本医疗保险基金纳入财政专户，实行收支两条线管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占和挪用，也不得违规投资运营和用于平衡一般公共预算。

职工基本医疗保险基金按照国家规定计息，不计征税、费。

第二十条 医疗保险经办机构负责为参保人员建立基本医疗保险个人账户，并如实结算和记载个人账户的收支运行情况。

第二十一条 个人账户中的本金和利息归参保人员所有。除因跨统筹地区关系转移、异地安置、出国定居、死亡等情况外，

不得随意提现或变相提现。医疗保险关系转移的，个人账户由医疗保险经办机构负责办理转移或注销手续；参保人员解除或终止劳动关系的，个人账户可以保留；参保人员死亡的，其个人账户余额由合法继承人依法继承。

第二十二条 用人单位应定期向参保人员公布基本医疗保险缴费情况。参保人员有权查询其个人账户资金划入、使用等情况，医疗保险经办机构及用人单位要保障参保人员的知情权。

第五章 基本医疗保险待遇

第二十三条 职工基本医疗保险待遇包括门诊医疗待遇和住院医疗待遇。门诊医疗待遇包括普通门诊医疗待遇和门诊慢特病医疗待遇等。

第二十四条 统筹基金支付政策范围内医疗费用设置起付标准、报销比例和最高支付限额，并根据医疗消费水平变化和统筹基金收支情况，适时予以调整。

（一）起付标准。按照定点医疗机构的不同级别制定不同的统筹基金起付标准。一个医疗年度内，参保人员首次在一、二、三级医疗机构住院的，起付标准分别为 300 元、500 元、700 元；第 2 次住院的，起付标准分别降低 100 元，第 3 次住院起不再设起付标准。

（二）报销比例。起付标准以上至最高支付限额以下部分，实行“分段计算，累加支付”的办法予以支付：起付标准以上至

100000 元，在职职工报销比例为 87%；100001—130000 元，在职职工报销比例为 90%；退休人员比以上规定的在职职工的报销比例分别相应提高 4 个百分点。

(三) 最高支付限额。一个医疗年度内，职工基本医疗保险统筹基金支付住院和门诊医疗费用最高支付限额为 130000 元。

第二十五条 临时外出就医人员首先自负比例统一调整为 10%，不分省内与省外。异地长期居住人员办理备案后在长期居住地就医的，一次备案长期有效，享受与参保地就医相同的医保报销比例；在备案的长期居住地以外就医，按临时外出就医政策执行。

第二十六条 下列医疗费用不纳入职工基本医疗保险基金支付范围：

(一) 因违法犯罪、酗酒、斗殴、吸毒、自残自杀（精神疾病除外）等发生的医疗费用；

(二) 因交通事故、医疗事故以及其他应由赔付责任者支付的医疗费用；

(三) 应当从工伤（含旧伤复发）保险基金中支付的医疗费用；

(四) 应当由公共卫生负担的医疗费用；

(五) 在境外就医发生的医疗费用；

(六) 体育健身、养生保健消费、健康体检等发生的医疗费用；

(七) 国家和省规定的基本医疗保障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，可作临时调整。

第六章 建立多层次医疗保障制度

第二十七条 建立大额医疗社会救助制度。

(一) 参加职工基本医疗保险的用人单位和参保人员（含退休人员）应当参加大额医疗社会救助。

(二) 大额医疗社会救助金由用人单位和参保人员共同负担；无用人单位的，由参保人员全部负担。用人单位为在职职工和退休人员按每人每年 72 元标准一次性缴纳，参保人员按每人每年 72 元标准一次性缴纳。

(三) 职工基本医疗保险最高支付限额以上部分，自动进入大额医疗社会救助金报销，报销比例为 87%；一个医疗年度内，大额医疗社会救助金最高支付限额为 420000 元。

(四) 大额医疗社会救助金筹资标准、报销比例和最高支付限额可根据收支情况适时调整。

第二十八条 建立大病保险制度。职工大病保险资金从职工基本医疗保险统筹基金中列支，筹资和待遇保障标准根据收支情况适时调整。

第二十九条 妥善解决其他人员医疗保险待遇。离休人员、老红军的医疗待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决，支付确有

困难的，由同级人民政府帮助解决。

第七章 医疗服务管理

第三十条 参保人员医疗保险服务实行定点就医管理。参保人员应到定点医疗机构和定点零售药店（以下简称两个定点）就医、购药。

参保人员因急诊、抢救等紧急情况可到就近的非定点医疗机构就医治疗，但应当在5个工作日内告知所属医疗保险经办机构，并待病情稳定后转往定点医疗机构继续治疗。

第三十一条 实行市内无异地就医制度。参保职工在市内联网定点医疗机构就医，所发生的职工基本医疗保险、大额医疗社会救助、大病保险、医疗救助等医疗费用实行“一站式”结算。

第三十二条 医疗保险经办机构对两个定点实行协议管理，通过签订定点服务协议，明确双方责任、权利和义务；医疗保险经办机构对定点服务协议实行动态管理，完善两个定点准入退出机制。

第三十三条 定点医疗机构应当设置医疗保险办公室，做好职工基本医疗保险管理和服务工作。

第三十四条 职工基本医疗保险应当按规定执行统一的药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施目录等基本医疗保险目录。

第三十五条 符合职工基本医疗保险基金支付范围的医疗费用，应当按规定纳入结算范围。

第三十六条 各级医疗保险经办机构应当强化稽查稽核工作，依法开展医疗保险稽查稽核。

第八章 法律责任

第三十七条 违反本办法规定的行为，依据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规追究法律责任。

第九章 附 则

第三十八条 本办法自2023年1月1日起施行，有效期至2027年12月31日。

抄送：市委各部门，市人大办公室，市政协办公室，市监委，市法院，市检察院，菏泽军分区，各民主党派市委。

菏泽市人民政府办公室

2022年11月22日印发
