

绥化市人民政府文件

绥政规〔2021〕1号

绥化市人民政府 关于印发绥化市城镇职工基本医疗保险管理 暂行办法的通知

各县（市、区）人民政府，绥化经济技术开发区管委会，市政府各直属单位：

现将《绥化市城镇职工基本医疗保险管理暂行办法》印发给你们，请认真贯彻落实。



绥化市城镇职工基本医疗保险 管理暂行办法

第一章 总 则

第一条 为统一我市城镇职工基本医疗保险政策，解决市域内医疗保障发展不平衡不充分问题，进一步提高医疗保障能力，提升医疗保障水平，依据《中华人民共和国社会保险法》《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）、《中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中办发〔2020〕5号）、《黑龙江省医疗保障局、财政厅、卫健委、税务局关于进一步巩固完善基本医疗保险市级统筹工作的指导意见》（黑医保发〔2019〕56号）、《黑龙江省医疗保障局、财政厅、税务局关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》（黑医保发〔2019〕38号）和相关法律法规，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于绥化市行政区域内符合参加城镇职工医疗保险的所有单位和人员。

第三条 绥化市行政区域内下列用人单位及人员应当依据《社会保险法》参加城镇职工基本医疗保险：

（一）机关、事业单位、社会团体、民办非企业及职工；

- (二) 城镇各类所有制企业及职工；
- (三) 中、省直及外地驻绥各机关、企事业单位及职工；
- (四) 个体工商户及雇工。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加城镇职工基本医疗保险的非全日制从业人员及其他灵活就业人员可以参加城镇职工基本医疗保险。

第四条 绥化市行政区域内所有用人单位和职工都应当按照属地管理原则参加单位所在地城镇职工基本医疗保险。

第五条 我市建立城镇职工基本医疗保险制度的原则是：筹资标准统一、保障范围统一、待遇水平统一、经办流程统一、网络信息系统统一的城镇职工医疗保险制度。

我市城镇职工基本医疗保险运行基本原则是：实行社会统筹和个人账户相结合；用人单位与个人缴费相结合；筹资标准和保障水平与经济发展程度相适应；立足基本、保障公平、统筹兼顾；以收定支、收支平衡、略有结余。

第六条 市本级和各县（市、区）人民政府负责辖区内职工基本医疗保险的组织实施工作。

市级医疗保障部门负责职工基本医疗保险政策、规定的制定及贯彻落实；市县两级医疗保障部门负责职工基本医疗保险政策执行情况的监督、检查和考核。

各级税务部门会同有关部门制定基本医疗保险征收管理制度；做好基本医疗保险申报受理、费款征收、基本医疗保

险费会统核算、税库银对账等工作。

各级医保经办机构负责职工基本医疗保险参保登记、基金的核对、支付和管理等经办工作；负责属地定点医药机构的监督检查和管理。市级经办机构同时负责对各县（市、区）经办工作的指导、评估以及异地就医结算资金的清算。

各级财政部门负责职工基本医疗保险费中财政性资金的筹集和落实；负责职工基本医疗保险基金财政专户的运行；负责职工基本医疗保险基金的监督和管理。

各级审计部门按审计项目计划对职工基本医疗保险基金实施审计。

各级卫生健康部门负责加强各级医疗机构建设，规范医疗机构诊疗行为，合理制定分级诊疗规范、流程等工作。

各级市场监管、民政和编制部门负责及时向医疗保障部门通报用人单位成立、终止情况。

公安机关负责及时向医疗保障部门通报个人出生、死亡，以及户口登记、迁移、注销等情况。

第二章 参保登记与管理

第七条 用人单位应当自成立之日起 30 日内，凭相关资料到属地医疗保险经办机构申请办理职工基本医疗保险登记。

用人单位名称、地址、单位类型、法定代表人或负责人、开户银行帐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，到参保地医疗保险经办机构办理变更或者注销职工基本医疗保险登记。

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，应自人员发生变动之日起 30 日内，凭有关证件和资料，到参保地医疗保险经办机构办理职工基本医疗保险变更登记手续。

第九条 常驻外地职工及异地长期居住退休人员办理职工基本医疗保险登记时，可同时办理常驻外地或异地就医登记备案手续。

第三章 基本医疗（含生育）保险基金征缴与管理

第十条 职工基本医疗保险基金收入由下列项目构成：

（一）基本医疗保险费收入，指用人单位和个人按照本办法规定缴费基数和费率缴纳的职工基本医疗保险费；

（二）利息收入；

（三）滞纳金等其他依相关法律或由市级财政部门核准纳入职工基本医疗保险基金收入的资金。

职工基本医疗保险基金收入按规定分别计入职工基本医疗保险统筹基金收入和职工基本医疗保险个人账户收入。

第十一条 基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳。用人单位缴费以参保职工上年度工资总额为缴费基数，缴费率 6.5%（含生育保险费 0.5%）；职工个人缴费为本人上年度工

资收入的 2% (含病退和退职人员)。达到法定退休年龄的退休人员参加缴费满 10 年的不缴费,单位缴费按退休费总额 6% 缴纳。随着经济的发展,用人单位和职工缴费费率可作相应调整。

第十二条 职工本人月缴费基数应按上年度本人月平均工资收入(或退休费)确定,月平均工资收入(或退休费)高于上年度全市从业人员月平均工资 300% 的,以上年度从业人员月平均工资的 300% 确定个人缴费基数;低于全市从业人员月平均工资 60% 的,以上年度从业人员月平均工资的 60% 确定个人缴费基数。单位月缴费基数应按所有职工月缴费基数之和确定。单位月缴费基数随参保人员增减变化而调整。

第十三条 失业人员领取失业保险金期间,参加职工基本医疗保险的缴费基数为上一年度全市从业人员月平均工资的 60%,所需缴纳的职工基本医疗保险费,按照职工基本医疗保险费与生育保险费率之和核定,从失业保险金中列支,失业人员个人不缴费。

第十四条 各级财政部门应按财政供款方式和负担比例,将应由同级财政负担的机关事业单位职工基本医疗保险费列入年度一般公共预算,并按时足额拨付至用人单位。用人单位应按月向税务部门缴纳职工基本医疗保险费。

第十五条 新成立的用人单位按当月发放的工资总额申报缴费基数。本年度新参加工作或调入的职工,以起薪作为申报缴费基数。因特殊情况工资总额无法确定的,按上年度

全市职工月平均工资核定其缴费基数。

第十六条 职工工资总额按照国家统计局公布的工资总额组成口径核算。

第十七条 新参保单位及新参保职工从缴纳职工基本医疗保险费缴费起3个月后,方能开始享受城镇职工基本医疗保险待遇(按上级文件规定不受待遇享受等待期限制的除外)。

第十八条 用人单位及职工应按规定参保缴费。参保缴费中断的用人单位和职工在恢复参保时,应按欠缴时的缴费基数和费率补缴所欠职工基本医疗保险费和滞纳金,补足欠费后经办单位按本办法规定为职工补记个人账户,补计不计息。其中:中断时间在3个月及以内的,职工欠费期间的医疗费可按本办法核销;中断时间超过3个月足额补缴的,从缴清参保费的次月1日起享受医保待遇,欠费期间的医疗费不予核销,对职工造成的损失,由用人单位承担。

第十九条 企业依法宣告破产,应按有关规定清偿欠缴的职工基本医疗保险费。用人单位因撤销、解散而终止的,参照本条规定执行。

第二十条 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,应当承担原用人单位及其职工的医疗保险责任,继续缴纳职工基本医疗保险费,有欠缴情形的,按欠缴时的缴费标准补缴所欠职工基本医疗保

险费。

第二十一条 参保职工个人基本医疗保险缴费年限。自参保之日起，在1995年1月至1999年12月期间享受公费医疗待遇的，可视同其缴费年限。参保人员达到法定退休年龄办理退休手续时，应由经办机构核定其缴纳职工基本医疗保险的年限（以下简称缴费年限），缴费年限不满10年（包括视同缴费年限）的，缴费标准和医保待遇均按在职职工对待。

第二十二条 市医疗保障行政部门、市财政部门应根据职工基本医疗保险基金的收支情况和累计结余状态，及时调整职工基本医疗保险费率，联合报请市政府批准后实施。

第四章 灵活就业人员参保登记与管理

第二十三条 灵活就业人员是指具有我市户籍（或居住证）的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形式就业人员。

第二十四条 灵活就业人员的缴费基数为全市上年度从业人员平均工资，缴费比例为8.5%，按照参保职工建立个人账户。在统筹区域内连续缴费满10年，且达到法定退休年龄的，缴费比例为6%；连续缴费不满10年，但达到法定退休年龄的，缴费比例为8%。

第二十五条 首次参保缴费的灵活就业人员年度内可随时参保缴费，但设立3个月等待期，等待期内医疗费用统筹基

金不予支付；连续缴费的灵活就业人员，在每年12月31日前预缴下年度全年职工基本医疗保险费及职工大额补充医疗保险费。未能在正常缴费期内缴费的，在参保年度需一次性缴纳全年职工基本医疗保险费，可连续计算缴费年限，之前发生的医疗费用统筹基金不予支付。其中：于参保年度1月1日至6月30日期间（如遇节假日需提前缴纳，最后日期为节假日的，期限不顺延）缴纳的，自缴费之日次月起开始享受职工基本医疗保险待遇，7月1日之后缴纳的，缴费之日起3个月后方可享受职工基本医疗保险待遇。

第五章 医疗保险待遇

第二十六条 医疗保险经办机构为参加职工基本医疗保险的人员建立个人账户，个人账户由下列项目构成：

- （一）按本办法第二十七条划入个人账户的基本医疗保险费；
- （二）个人账户的利息。

第二十七条 参保人员的个人账户，按职工基本医疗保险缴费基数下列比例计入：

- （一）在职职工按本人缴费基数的2.5%计入；
- （二）退休人员个人账户由统筹基金按本人退休金的3%计入。
- （三）关停破产企业个人账户划入金额为240元/年/人，扣

除大额医疗保险费 60 元，实际划入个人账户金额为 180 元/年/人。

第二十八条 个人账户使用范围包括：

- （一）在定点医疗机构门诊发生的政策范围内费用；
- （二）在定点药店购药的政策范围内费用；
- （三）在定点医疗机构住院治疗应当由个人负担的政策范围内费用；
- （四）支付本办法规定的职工大额补充医疗保险费用；
- （五）支付国家、省规定的其他费用。

第二十九条 用人单位欠缴职工基本医疗保险费时，停止计入个人账户，补缴后按本办法第十八条补计。

第三十条 个人账户依托社会保障卡（含医保电子凭证）管理，通过医疗保险计算机网络系统与定点医疗机构、定点零售药店结算。

第三十一条 个人账户资金的所有权归个人，可以结转和依法继承。

第三十二条 职工基本医疗保险费收入扣除计入个人账户部分后，形成职工基本医疗保险统筹基金，由统筹区医疗保险经办机构统一管理使用。

第三十三条 符合我省规定的基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和标准的医疗费用，按照规定从职工基本医疗保险统筹基金中支付。

第三十四条 统筹基金的支付实行起付标准和最高支付限额。对起付标准以下（含起付标准）和最高支付限额（不含最高支付限额）以上的医疗费用，统筹基金不予支付。

第三十五条 门诊慢性病及特殊疾病种类及医保待遇：

（一）慢性病种类：1. 高血压（Ⅲ期以上）；2. 风湿性心脏病（心功能不全Ⅲ级以上）；3. 肺源性心脏病（慢性心力衰竭）；4. 冠心病（心功能不全Ⅲ级以上）；5. 脑血管病后遗症（合并肢体功能障碍）；6. 肝硬化失代偿期；7. 慢性肾功能不全（Ⅲ期以上）；8. 糖尿病合并症；9. 再生障碍性贫血；10. 类风湿性关节炎（有严重肢体功能障碍）；11. 系统性红斑狼疮；12. 严重精神障碍疾病；13. 活动性结核病；14. 房颤；15. 慢性阻塞性肺病；16. 强直性脊柱炎；17. 股骨头坏死；18. 慢性肝炎；19. 脑瘫；20. 胃溃疡。

（二）门诊特殊疾病种类：1. 恶性肿瘤放化疗；2. 尿毒症血液透析（腹膜透析）；3. 器官移植抗排异治疗；4. 冠状动脉支架后治疗；5. 人工瓣膜置换术后治疗；6. 体外循环的心脏手术后治疗；7. 冠状动脉粥样硬化性心脏病介入后治疗；8. 植入式心脏复律除颤后治疗；9. 脑出血；10. 艾滋病机会性感染治疗；11. 符合 70 种特殊用药指征的病种。其中：4-8 病种首次鉴定享受门诊特殊疾病待遇满 3 年后自然转为门诊慢性病管理，支付限额为 5000 元。脑出血患者三个自然年度后，取消门诊特殊疾病待遇，患者可自愿申请脑血管病后遗症（合

并肢体功能障碍)门诊慢性病鉴定,符合鉴定标准的,享受相应的门诊慢性病待遇。

(三) 医保待遇: 慢性病门诊统筹不设起付线,政策范围内医疗费用报销比例为 70%, 统筹基金最高支付限额 3000 元; 特殊疾病门诊统筹一个自然年度内只设一次起付线 300 元,政策范围内医疗费用报销比例为 85%, 退休人员报销比例 90%, 转往市域外门诊医疗费按参保地政策报销; 慢性病和特殊疾病门诊治疗限额在其年度统筹基金支付限额内。

第三十六条 参保人员住院报销统筹基金起付标准: 一级及其以下医疗机构 300 元; 二级医疗机构 600 元; 三级医疗机构 900 元。

第三十七条 参保人员市域内住院报销统筹基金支付比例: 在职职工在一级及以下医疗机构就医的支付比例为政策范围内医疗费用的 90%, 二级医疗机构就医的支付比例为 85%, 三级医疗机构为 80%。退休人员相应提高 5 个百分点。

使用属于黑龙江省基本医疗保险药品目录中“乙类目录药品”的, 个人先自付 10%, 其余 90%再由个人和统筹基金按比例支付(特殊规定药品按照有关规定执行)。

第三十八条 经备案转诊统筹区域外定点医疗机构住院治疗的, 执行就医地目录, 参保地政策, 统筹基金支付比例在本市三级定点医疗机构支付比例基础上降低 10%, 未经备案转诊的降低 20%。

第三十九条 按规定办理了异地居住就医登记备案手续的参保人员，在定点医疗机构住院发生的符合政策规定的医疗费用，统筹基金起付标准和支付比例按参保地标准执行。

第四十条 参保人员因急诊抢救在非定点医疗机构就诊住院的，不分是否协议机构，统筹基金都应予以支付。

第四十一条 在一个自然年度内，统筹基金累计最高支付限额为 12 万元，肝肾、骨髓等器官移植类（手术期当年）住院统筹基金最高支付限额为 30 万元。

第四十二条 按照《中华人民共和国社会保险法》规定，明确不予支付范围：

- （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）在港、澳、台和境外就医的；

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，由基本医疗保险基金先行垫付。基本医疗保险基金先行垫付后，有权向第三人追偿。

第四十三条 生育保险待遇：

（一）生育医疗费用。女职工生育期间的医疗费由基本医疗保险统筹基金实行限额补贴，发生的生育医疗费用在最高支付限额内的，按照实际费用支付，超出最高支付限额的部分由个人负担，生育医疗费用最高支付限额为：

正常生产：二级及以下医院 1000 元，三级医院 1500 元；难产：二级及以下医院 1500 元，三级医院 2000 元；剖腹产：二级及以下医院 2500 元，三级医院 3500 元；终止妊娠：怀孕 6 个月以上终止妊娠的，按照正常生产给付生育保险待遇；怀孕 6 个月以下（含 6 个月）终止妊娠的，二级及以下医院 800 元，三级医院 900 元。

（二）计划生育医疗费用。计划生育费用除国家承担的专项经费外，由基本医疗保险统筹基金实行限额补贴，最高支付限额为：放置宫内节育器：500 元；宫腔镜取环：500 元；输卵（精）管疏通术：1500 元；输卵（精）管结扎术：1500 元。

（三）生育津贴。生育津贴支付期限按照《女职工劳动保护特别规定》等有关法律法规规定的产假期限执行，标准以职工所在用人单位上年度职工月平均工资为基数计发，由用人单位统一领取，支付职工本人。计算公式为：生育津贴实际计发数=月平均工资÷30（天）×假期天数。具体待遇是：女职工生育享受 98 天产假，其中：产前可以休假 15 天；难产的，应增加产假 15 天；生育多胞胎的，每多生育 1 个婴儿，可增加产假 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。

生育医疗费不纳入基本医疗保险统筹基金费用累计。对女职工生育期间因其他疾病住院发生的医疗费用按照基本医疗保险规定执行。参加生育保险男职工的未就业配偶（指未

参加职工基本医疗保险)按男职工参加的生育保险规定报销,不得同时享受城乡居民生育医疗费用待遇。达到法定退休年龄的职工不享受生育保险待遇。女职工产假期间,按规定领取生育津贴,生育津贴与工资不能重复领取,用人单位按程序调减工资指标。

第六章 职工大额补充医疗保险

第四十四条 凡参加本市职工基本医疗保险的用人单位及个人须同时参加职工大额补充医疗保险。职工(含退休人员)大额补充医疗保险缴费标准每人每年缴纳120元,由单位和职工各承担50%,灵活就业人员由个人承担。大额补充医疗保险于每年首月一次性缴纳,首月以后新参保人员在参加基本医疗保险时,同步缴纳大额医疗保险。

第四十五条 职工大额补充医疗保险费由各地税务局在征收首月基本医疗保险费时一并征收,由用人单位统一向基本医疗保险征收机构缴纳。

第四十六条 参保职工政策范围内报销的医疗费超过职工基本医疗保险统筹基金年度支付限额以上的部分,由职工大额补充医疗保险支付,政策范围内支付比例为70%,限额为每结算年度20万元。职工大额补充医疗保险的医疗费结算年度与职工基本医疗保险的结算年度一致。

第七章 医疗保险服务

第四十七条 基本医疗保险实行定点医疗机构和定点零售药店管理制度。

第四十八条 参保人员可在医保部门定点的医疗机构和定点零售药店自主选择医疗机构就诊和零售药店购药，但购买处方药须持有定点医疗机构执业医师处方。

第四十九条 医疗保障行政部门依据《社会保险法》对定点医疗机构和定点零售药店医保行为进行监督管理。

第五十条 参保人员在定点医疗机构、定点零售药店发生的费用，符合基本医疗保险基金支付规定的纳入基本医疗保险基金结算范围；不符合基本医疗保险基金支付规定的费用，不予支付。

第五十一条 定点医疗机构、定点零售药店要严格执行医保部门制定的基本医疗保险政策和规定，建立与基本医疗保险管理要求相适应的内部管理制度。

第五十二条 参保人员住院治疗过程跨年度的按出院所属年度的医保待遇标准结算，住院医疗费用超过统筹基金年度累计最高支付限额的，可按实际发生费用所属年度的医保待遇标准分别结算。

第八章 基金管理与监督

第五十三条 职工医疗保险基金执行国家统一的基金财务制度、会计制度、基金预决算制度和内控制度，纳入财政专户，实行“收支两条线”管理。职工基本医疗保险基金实行独立核算，任何单位或个人均不得截留、挤占、挪用，也不得用于平衡财政预算。

第五十四条 医疗保险经办机构、定点医药机构、参保个人、用人单位违反国家法律、法规和省、市有关政策及本办法规定的，依照有关规定予以处理。

第五十五条 任何个人和组织有权对违反职工基本医疗保险规定的行为进行举报。对于检举和揭发定点医药机构、参保人员、用人单位、医疗保障部门及工作人员违反城镇职工基本医保政策、规定的行为，使医保基金免受损失，成绩突出的，可依据《黑龙江省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则（试行）》予以奖励。

第九章 附 则

第五十六条 因突发性、流行性疾病和自然灾害等不可抗力因素造成大范围急、危、重病患者的救治医疗费，按照上级文件或当地政府有关规定执行。

第五十七条 离休人员、老红军、二等乙级以上革命伤残军人的医疗待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决。

第五十八条 本办法由市医疗保障局负责解释。

第五十九条 本办法自 2021 年 7 月 1 日起实施。原绥化市各县（市、区）城镇职工医疗保险（生育）相关政策废止。

抄送：市委各有关单位。中省直驻绥各有关单位。

市人大办，市政协办。市中级人民法院，市检察院。

绥化市人民政府办公室

2021年2月22日印发
