附件

唐山市城镇职工基本医疗保险实施办法

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条 为建立全市统一的城镇职工基本医疗保险制度，保障参保人员合法权益，促进医疗保险事业健康可持续发展，根据《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》《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》及国家、省、市相关文件规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法中城镇职工基本医疗保险简称职工医保。参加职工医保的单位称为参保单位，随单位参加职工医保的参保人（含退休人员）称为参保职工，以灵活就业人员身份参加职工医保的参保人称为灵活就业参保人员，所有参加职工医保的人员统称参保人员。

第三条 职工医保坚持“广覆盖、保基本、多层次、可持续”的方针，遵循“保障基本、公平享有；稳健持续、责任均衡；责任分担、多元保障；依法依规、科学决策”的基本原则。

第四条 职工医保实行市级统筹，统一职工医保政策、统一基金预算管理、统一基金收支管理、统一责任分担机制、统一经办服务、统一信息系统。医保基金实行统筹基金和个人账户相结合的模式，坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”，实行财政专户管理。

第五条 参保人员参加职工医保须同时参加职工大额医疗费用补助、城镇职工生育保险和长期护理保险，但不得同时参加城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保），不得在其他统筹区同时参加职工医保或居民医保，不得重复享受职工医保和居民医保待遇。

第二章 实施范围及对象

第六条 本市行政区域内的国家机关、事业单位、社会团体、各类企业、个体经济组织、民办非企业单位等用人单位（以下统称用人单位）及其在职职工和退休（退职）人员，均应参加职工医保。

第七条 具有本市户籍（或居住证），年满18周岁，且男60周岁以下、女55周岁以下的无雇主的个体工商户、未在用人单位参加职工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），均可在我市以灵活就业人员身份参加职工医保。

第八条 失业人员在领取失业保险金期间，应按规定参加职工医保。

第九条 军队文职人员、退役军人参加职工医保，按照国家和省有关政策执行。

第三章 参保登记与管理

第十条 用人单位应当自成立之日起30日内向属地医疗保险经办机构申请办理单位和职工的参保登记。

第十一条 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，到参保地医疗保险经办机构办理单位参保信息变更或者注销登记手续。

第十二条 市场监管部门、行政审批部门、民政部门、和机构编制管理机关应当及时向医疗保险经办机构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险经办机构通报个人的死亡以及户口登记、迁移、注销等情况。

第十三条 用人单位发生人员增减（新招入、调入、调出、辞退、辞职、解除劳动合同、死亡、退休）变动的，应在增减变动之日起30日内，向参保地医疗保险经办机构申请办理职工参保和变更登记手续。

第四章 基金征缴与待遇享受

第十四条 职工基本医疗保险费由用人单位和职工按照规定共同缴纳；生育保险费由用人单位缴纳，个人不缴纳生育保险费。

用人单位以本单位职工缴费基数之和作为缴费基数，机关和财政资金基本保证事业单位缴费比例为7.25%（含生育保险费比例0.25%），其他用人单位缴费比例为7.8%（含生育保险费比例0.8%）。

在职职工以本人上年度工资总额（新参加工作的职工以起薪当月工资总额）作为缴费基数，按2%的缴费比例缴纳，由用人单位代为扣缴。工资总额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，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。

用人单位中已办理医保在职转退休手续，尚未达到最低缴费年限的退休人员，以上年度12月份人力资源和社会保障部门核发的本人统筹内养老金作为缴费基数，按7%的缴费比例缴纳。

第十五条 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，按9%的缴费比例缴纳。

灵活就业参保人员中已办理医保在职转退休，尚未达到最低缴费年限的退休人员，以全市上年度企业退休人员月平均养老金作为缴费基数，按7%的缴费比例缴纳。

第十六条 失业人员在领取失业保险金期间，按照规定参加职工医保，应缴纳的职工基本医疗保险、职工大额医疗费用补助由失业保险基金支付，失业人员个人不缴费。缴费基数为全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资，缴费比例为9.25%（含生育保险费比例0.25%和个人缴费比例2%），缴费期限与领取失业保险金期限一致。

第十七条 经政府审批的困难企业在职职工，可按全市上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的60%作为缴费基数，单位按7.8%（含生育保险费比例0.8%）的缴费比例缴纳，在职职工按2%的缴费比例缴纳。

第十八条 职工工资总额按国家统计局列入工资总额统计的项目执行，依据《劳动和社会保障部社会保险事业管理中心关于规范社会保险缴费基数有关问题的通知》（劳社险中心函〔2006〕60号）的规定确定。

第十九条 每年7月以全市上一年度全口径城镇单位就业人员平均工资作为核定职工医保缴费基数的依据，缴费年度自当年7月起至下一年度6月止。

第二十条 职工医保按月参保缴费。用人单位及灵活就业人员可按月缴费，也可按年一次性或每半年（季度）缴费。按月缴费的应于每月25日前通过税务部门提供的缴费渠道足额缴纳，选择按年一次性或每半年（季度）缴费的，应在年度（半年或季度）首月25日前足额缴纳。

第二十一条 首次在我市参保缴纳职工医保的人员（含灵活就业人员），自缴费当月起享受职工医保待遇。

第二十二条 用人单位应当自行申报、按时足额缴纳职工医保费，非因不可抗力等法定事由不得缓缴、减免。

第二十三条 用人单位未按时足额缴纳职工医保费的，从欠缴次月起暂停该单位参保人员享受医保待遇。中断缴费时间在3个月（含3个月）以内的，按规定补足欠缴期间职工医保费和滞纳金后，可恢复享受医保待遇，中断缴费期间发生的医疗费用可按规定予以支付。中断缴费超过3个月（不含）的，按规定补足欠缴期间的职工医保费和滞纳金后，从补缴当月起按规定享受医保待遇，中断期间发生的医疗费用统筹基金不予支付。

第二十四条 灵活就业参保人员未按时足额缴纳职工医保费的，从欠缴次月起暂停享受医保待遇。中断缴费3个月（含3个月）以内的，按规定补足欠缴期间职工医保费后即可恢复享受医保待遇，中断缴费期间发生的医疗费用可按规定予以支付；中断缴费超过3个月（不含）的，续保缴费时可自行选择是否补缴中断期间的职工医保费，从续保缴费之月起连续缴费满3个月后享受医保待遇，中断缴费及待遇等待期间发生的医疗费用统筹基金不予支付。

自本办法实施之日起，灵活就业人员中断缴费超过3个月（不含）且已达到或超过法定退休年龄的，续保时应按续保缴费当月灵活就业参保人员缴费标准，从欠费之月起（欠缴日期早于2023年1月的，可自2023年1月起）补缴至当前月份的职工医保费，从续保缴费之月起连续缴费满3个月后可按规定享受医保待遇。中断缴费及待遇等待期间发生的医疗费用统筹基金不予支付。

第二十五条 用人单位及职工、灵活就业人员未按规定及时参保缴费的，补缴时按照办理补缴手续时的缴费基数和缴费比例补缴职工医保费，并按补缴时的个人账户划入比例补划个人账户。未按规定参保缴费期间发生的医疗费用统筹基金不予支付。

第二十六条 用人单位破产时，应按照《中华人民共和国企业破产法》及有关规定，优先偿付欠缴的职工医疗保险费，同时为在职职工缴足1年的医疗保险费；为达不到规定缴费年限的退休人员一次性补足所差年限的医疗保险费。破产或关闭单位退休人员的医保事务，由原单位主管部门负责办理。

第二十七条 用人单位撤销或合并、转让、租赁、承包等经营机制变化时，承继其权利和义务的单位，必须承担原用人单位及其职工的医保责任，继续缴纳医疗保险费，补缴欠缴的医疗保险费，负责管理医保事务。

第二十八条 参保人员职工医保缴费年限包括视同缴费年限和实际缴费年限。视同缴费年限是指参保地实施职工医保制度前，符合国家规定的工龄或工作年限。实际缴费年限是指参保地职工医保制度实施后的实际参保缴费年限。

我市原实行医疗保险封闭运行企业职工实际参保缴费年限，视为我市实际缴费年限。

未参加职工养老保险的参保人员，办理医保在职转退休时，不认定视同缴费年限。

由统筹地区外转入我市的参保职工，其在原统筹地区参加职工医保的实际缴费年限与转入后的实际缴费年限累计计算，视同缴费年限按照我市职工医保相关规定执行。

第二十九条 参保人员达到法定退休年龄并办理退休手续后，用人单位或灵活就业人员应凭参保人员退休审批手续、有效身份证件等资料，及时到参保地医疗保险经办机构办理缴费年限核定和医保在职转退休等手续。

第三十条 参保人员达到法定退休年龄并办理养老保险退休手续后，职工医保累计缴费年限男满30年、女满25年，且在我市最低实际缴纳职工医保满10年的，申请办理医保在职转退休手续后方可按规定享受退休人员医保待遇，不再缴纳职工医保费。

未参加职工养老保险的灵活就业参保人员，男满60周岁，女满55周岁后，职工医保累计缴费年限和在我市最低实际缴费年限达到规定年限的，申请办理医保在职转退休手续后方可按规定享受退休人员医保待遇，不再缴纳职工医保费。

第三十一条 参保人员办理医保在职转退休手续时，职工医保累计缴费年限和在我市最低实际缴费年限未达到规定年限的，可按规定一次性补足所差年限的职工医保费后，办理医保在职转退休手续。未能一次性补足的，可继续按在职人员身份缴纳职工医保费并享受在职职工医保待遇，缴费至规定年限后，可申请办理医保在职转退休手续。

用人单位参保人员一次性补缴的，按办理补缴时的缴费基数和单位缴费比例一次性补足所差年限的职工医保费。因用人单位未依法依规为职工参保缴费导致参保人员缴费年限不足需要补缴的，由用人单位负责缴纳，其余不足年限由参保人员个人补缴。

灵活就业参保人员一次性补缴的，按办理补缴时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，按7%的缴费比例一次性补足所差年限的职工医保费。

一次性补缴的职工医保费全部计入统筹基金，不计入个人账户。

第三十二条 已达到（或超过）法定退休年龄和已办理养老保险退休手续的退休人员，未参加职工医保的，可按灵活就业人员身份参加职工医保，按办理参保手续时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，按7%的缴费比例一次性补足规定缴费年限的职工医保，从参保缴费之月起满3个月后享受退休人员医保待遇。补缴的职工医保费全部计入统筹基金，不计入个人账户。

第三十三条 参保人员职工医保关系发生转移时，应当按规定办理医保关系转移手续，转移接续办法和业务经办流程按国家、省有关规定执行。

第三十四条 参加城乡居民医保的人员，切换为以灵活就业人员身份参加职工医保的，应按自然年度进行转换，即停缴下一年度城乡居民医保费后，再以灵活就业人员身份参加职工医保。在停缴下一年度城乡居民医保费的3个月（含3个月）以内，以灵活就业人员身份参加职工医保，并按规定补足中断期间职工医保费的，不设待遇享受等待期，缴费当月即可按规定享受待遇，中断期间发生的医疗费用可按规定予以支付；超过3个月参保缴费的，按照本办法二十四条规定执行。

参加我市城乡居民医保的人员，就业后随所在单位参加职工医保的，在我市参保缴费当月享受职工医保待遇，中止居民医保待遇；在转换险种当年，参保人员与单位解除劳动合同，并断缴职工医保的，断缴职工医保待遇期间恢复城乡居民医保待遇。

第三十五条 职工参保人员死亡后，用人单位应及时为其办理终止医保关系和个人账户一次支取手续，个人账户余额一次性拨付至用人单位；由用人单位负责支付给其合法继承人或指定受益人，不得截留和挪用。

灵活就业参保人员死亡后，应由其合法继承人或指定受益人及时为其办理终止医保关系和个人账户一次支取手续，个人账户余额一次性拨付至其合法继承人或指定受益人。

第三十六条 参保人员被判处拘役、有期徒刑及以上刑罚的，从人民法院判决生效之日起暂停享受医保待遇，服刑期间不计算缴费年限；刑满释放后，可凭相关材料到医疗保险经办机构办理职工医保续保缴费手续。

第三十七条 用人单位欠缴职工医保费期间，经参保职工本人申请，可转到其他用人单位或以灵活就业人员身份参保。

第三十八条 参保人员按季或半年（年）缴费后，因工作调动、应征入伍、服刑、死亡等情形造成参保单位或个人多缴职工医保费的，可申请退费，退还自申请次月起所多缴纳的职工医保费。

第三十九条 参保人员在我市参加职工医保的同时，在其他地区重复参加职工医保的，原则上应保留就业地参保关系，我市职工医保不予退费，重复缴费年限不予重复计算。

第五章 统筹基金与个人账户

第四十条 职工医保基金分为统筹基金和个人账户资金。统筹基金和个人账户资金分别核算，互不挤占。

第四十一条 统筹基金由以下项目构成：

（一）社会保险费收入；

（二）财政补贴收入；

（三）利息收入；

（四）转移收入；

（五）上级补助收入；

（六）下级上解收入；

（七）其他收入。

第四十二条 个人账户资金由以下项目构成：

（一）按规定计入个人账户的医疗保险费收入；

（二）利息收入；

（三）转移收入；

（四）其他收入。

第四十三条 个人账户资金和统筹基金划入标准为：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的2%，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；灵活就业参保人员个人账户计入标准为本人参保缴费基数的2%，其余基本医疗保险缴费部分全部计入统筹基金；退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度为我市实施门诊共济保障制度改革当年基本养老金平均水平的2%。参保人员医疗保险状态由在职变更为退休后，从次月起变更个人账户计入比例和办法。

第四十四条 医疗保险经办机构为每位参保人员建立个人账户，参保人员可以医保电子凭证、社会保障卡、身份证等定点医药机构支持的有效凭证就医、结算。

第四十五条 个人账户资金可以结转使用和继承。职工调离统筹区时，个人账户结余资金可随同转移或一次性拨付给本人。参保人员死亡的，参保单位应及时为其办理注销个人账户手续。有合法继承人或指定受益人的，个人账户余额一次性拨至参保单位，由参保单位负责支付给其合法继承人或指定受益人，不得截留和挪用；无合法继承人或指定受益人的，个人账户余额划入统筹基金。未及时注销的，医疗保险经办机构扣回多划拨的个人账户资金，个人账户资金不足的，由参保单位代为补齐；灵活就业人员死亡后，个人账户资金不足的，由其合法继承人或指定受益人补齐。

第四十六条 个人账户年终计息办法：当年筹集的部分按银行同期活期存款利息计息；上年结转的基金本息，按银行同期3个月期整存整取存款利率计息；历年结余基金比照3年期零存整取储蓄存款利率计息。基金利息并入医疗保险基金。基本医疗保险基金及利息不计征税费。

第四十七条 统筹基金支付范围：

（一）符合医疗保险规定的住院费用；

（二）符合医疗保险规定的门诊统筹、门诊特殊疾病医疗费用；

（三）家庭医生签约服务费统筹基金支付部分；

（四）其他符合医疗保险规定可由统筹基金支付的费用。

第四十八条 个人账户主要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由个人负担的医疗费用。个人账户支付范围：

（一）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；

（二）参保人员本人及其配偶、父母、子女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；

（三）参保人员大额医疗费用补助、长期护理保险的保险费；

（四）参保人员的配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险、长期护理保险的个人缴费；

（五）国家、省、市等规定可由个人账户资金支付的其他费用。

个人账户资金不足以支付上述费用时，参保人员需现金支付。

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范围的支出。

第六章 待遇标准与支付

第四十九条 职工医保统筹基金支付范围须遵循《河北省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《河北省基本医疗、生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》（以下简称“目录”）及有关规定。

第五十条 参保人员发生的医疗费用分为医疗保险范围内和医疗保险范围外两部分。

医疗保险范围内费用包括“目录”中支付标准内的甲类和乙类药品、诊疗项目及医疗服务设施项目费用。医疗保险范围内费用分为个人自付部分和统筹支付部分。

医疗保险范围外费用包括“目录”中超支付标准的费用和其他自费药品、诊疗项目及医疗服务设施费用。

第五十一条 职工医保待遇支付期为每年1月1日至12月31日，新参保为缴费月至12月31日，续保人员为本办法规定月至12月31日。一个自然年度内职工医保统筹基金最高支付限额为每人12万元。

第五十二条 住院待遇

参保人员在我市定点医疗机构住院（含意外伤害）发生医疗保险范围内医疗费用，采用乙类诊疗项目须先行自付10%，乙类药品须先行自付5%；其余医疗费用起付标准以下由个人支付；起付标准以上最高支付限额以下，由职工医保统筹基金和参保人员个人按比例支付。

起付标准：乡镇卫生院、社区卫生服务中心每人每次100元；其他一级及以下定点医疗机构每人每次200元；二级定点医疗机构每人每次500元；三级定点医疗机构每人每次900元。参保职工一个自然年度内多次住院的，在上述规定基础上每次降低100元，直至为零。

探索符合中医药服务特点的支付方式，逐步提高参保人员在中医医院住院使用“目录”内中医药技术和中药饮片的报销比例，起付标准在同级基础上下浮一级。

第五十三条 医疗保险范围内一级及以下定点医疗机构统筹基金支付比例为：在职参保人员93%、退休人员96%；二级定点医疗机构统筹基金支付比例为：在职参保人员90%、退休人员93%；三级定点医疗机构统筹基金支付比例为：在职参保人员85%、退休人员88%。

参保人员住院过程中因病情需要在统筹区内定点医疗机构双向转诊时视为一次住院不再重复计算起付标准。向上转诊的参保人员实行累计起付标准，向下转诊的参保人员不再另设起付标准。参保人员转诊时，须由定点医疗机构为其办理转诊手续，未办理转诊手续及未达到起付标准的，仍按相应级别起付标准执行。

积极探索和推进对未经基层转诊到二级以上定点医疗机构就诊的非危急重症患者，下调相应医保支付比例等办法。

第五十四条 门诊慢（特）病待遇

门诊慢（特）病是指经相当一段时间治疗、久治不愈，并经医疗保障管理部门委托的定点医疗机构组织专家认定，需长期门诊治疗维持病情稳定的一些特殊疾病。

门诊慢（特）病分为门诊慢性病和门诊特殊病。待遇支付方式采取非限额、累计限额、单独限额和特殊限额病种管理办法。参保人员发生的医疗保险范围内门诊慢（特）病医疗费用，职工医保统筹基金按规定支付起付标准以上、最高支付限额以下部分；起付标准以下和最高支付限额以上的部分不予支付。

门诊慢（特）病起付标准为每人每个自然年度390元。非限额病种医疗保险范围内支付比例为85%，非限额病种在职工医保统筹基金最高支付限额内，不再进行病种限额。累计限额病种医疗保险范围内支付比例为80%，在职工医保统筹基金最高支付限额内，对每个病种进行限额，同时进行多病种累计限额。特殊限额门诊特殊病病种的待遇标准，使用靶向治疗药物的门诊医疗费用支付办法按照河北省和我市相关规定执行。单独限额病种医疗保险范围内支付比例为85%（冠心病支架、搭桥为80%），在职工医保统筹基金最高支付限额内，对每个病种进行限额，不参加累计限额病种支付额度累加。

门诊慢（特）病具体管理办法由市医疗保障局另行制定。

第五十五条 门诊统筹待遇

参保人员在我市定点医药机构发生的统筹基金政策范围内的门诊医疗费用，起付标准以上最高支付限额以下部分由职工医保统筹基金和参保人员个人按比例支付。一个自然年度内，普通门诊统筹起付标准为100元，统筹基金对在职和退休人员的支付比例分别为50%和60%，支付限额分别为800元和1000元。普通门诊统筹与住院、门诊慢（特）病待遇累计执行职工基本医疗保险最高支付限额，起付标准分别计算。

门诊统筹支付限额由市医疗保障部门根据基金收支情况适时调整。

第五十六条 生育保险待遇

生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴。职工生育保险待遇享受范围覆盖所有生育保险参保缴费人员,其中按照领取生育津贴待遇费率参保缴费的单位职工，生育或终止妊娠后按规定享受生育医疗费用和生育津贴待遇。职工自认定缴费完成当月起享受生育保险医疗待遇。

退休人员不缴纳生育保险费，参保人员退休后不再享受生育保险待遇。

1. 生育医疗费用

对参保女职工生育产生的生育医疗费用（包括女职工产前检查费、生育期间发生的检查费、接生费、手术费、床位费、药品费等）、计划生育医疗费用实行限额补贴。

（一）孕期产前检查费用补贴标准：

怀孕4个月以上（含4个月）生育或终止妊娠，产前门诊检查不超过8次，累计最高支付800元。

（二）住院生育费用支付标准：

1.顺产（含7个月以上引产）最高支付2000元；

2.人工干预分娩（施行手剥胎盘术、人工破膜术、人工剥膜术、静脉点滴催产术引产、子宫破裂修补术、产钳术、臀位牵引术、胎头吸引术、胎头旋转、臀位助产、毁胎手术分娩等项目）最高支付2300元；

3.剖宫产最高支付2800元；

4.多胞胎生育，每多生育一胎增加补贴500元。

（三）计划生育医疗费用支付标准：

1.因母婴原因不满2个月终止妊娠的，每次补贴最高支付120元；

2.妊娠2个月以上7个月以下引产或流产住院补贴最高支付800元（7个月以上引产或流产按生育处理），2个月以上7个月以下引产或流产门诊补贴最高支付400元；

3.节育手术每例最高补贴1500元；

4.复通手术每例最高补贴2500元；

5.门诊戴环、取环每次补贴50元（发生环镶嵌等住院按职工医保有关规定支付）。

二、生育津贴

（一）统筹区内按照生育津贴待遇标准连续缴费满12个月的女职工，可享受生育津贴待遇；生育时已正常缴费但缴费不满12个月的，连续缴费满12个月后可享受生育津贴待遇（3个月内补缴视为连续缴费）。终止妊娠或计划内生育，按照国家、省规定享受生育津贴：

1.符合法律法规生育子女的，享受158天生育津贴；

2.怀孕未满4个月流产的，享受15天生育津贴；

3.怀孕满4个月流产的，享受42天生育津贴；

4.职工施行下列节育措施的，享受生育津贴：

（1）放置、取出宫内节育器的，自手术之日起享受2天生育津贴；

（2）放置、取出皮下埋植剂的，享受3天生育津贴；

（3）施行输精管结扎的，享受7天生育津贴；

（4）施行输卵管结扎的，享受21天生育津贴。

5.属于下列情况的，增加生育津贴：

（1）剖宫产、人工干预分娩的，增加15天生育津贴；

（2）生育多胞胎的，每多生育一个婴儿，增加15天生育津贴；

（3）施行终止妊娠手术同时放置宫内节育器的，增加2天生育津贴；

（4）施行终止妊娠手术同时施行输卵管结扎的，增加10天生育津贴。

（二）生育津贴的计算：职工所在用人单位上年度在职职工月平均工资除以30再乘以生育津贴天数。

（三）新开户的参保单位，上年度本单位缴费月数不足一年的，以实际缴费月数计算上年度本单位月平均工资；本年度新开户的参保单位，以本年度首次申领生育津贴的实际缴费月数计算本单位月平均工资。

（四）生育津贴是职工产假期间的工资，职工休产假期间单位要为其缴纳社会保险，其中职工个人缴费部分可由单位从生育保险津贴中代扣代缴。生育津贴不得低于当地职工最低工资标准，生育津贴低于女职工本人工资标准的，差额部分由用人单位补足。

三、生育待遇的享受

（一）以灵活就业人员身份参加职工基本医疗保险的，按我市支付标准的50%享受生育医疗费待遇，不享受生育津贴待遇。参加生育保险的男职工未就业配偶，按我市支付标准的50%享受生育医疗费待遇，不享受生育津贴待遇；其配偶已参加城乡居民基本医疗保险的，应按照城乡居民基本医疗保险规定定额报销生育医疗费，不享受生育保险待遇。

（二）下列医疗费用，不属于生育保险待遇范围：

1.早孕反应及保胎的；

2.治疗不孕症的；

3.因犯罪、酗酒、自伤、他伤、交通事故造成妊娠终止的；

4.职工计划内生育或者实施计划生育，因发生医疗事故进行治疗的；

5.胚胎移植的；

6.护理、治疗婴儿的；

7.女职工在境外生育的；

8.其他应当由个人负担的医疗费用。

（三）参加生育保险的职工因生育、终止妊娠或实施计划生育手术出现合并症或并发症的合规医疗费用，由职工基本医疗保险基金支付。

（四）参加生育保险的女职工异地备案后生育的，按参保地政策报销生育医疗费、享受生育津贴；赴港澳台和国外生育的，按参保地政策享受生育津贴，生育医疗费由个人负担。参保人员不具备领取生育津贴条件的，由用人单位按原渠道自行解决。

（五）生育保险待遇申报时限为自出院之日起12个月内，如遇特殊情况可延长6个月，逾期视为自动放弃。

第五十七条 异地就医待遇

（一）省内就医待遇

本市参保人员可按规定在河北省内所有统筹区选择已开通异地就医住院、门诊费用直接结算定点医疗机构和定点零售药店就医购药并直接结算，实行同级定点医疗机构相同待遇政策。

（二）跨省异地就医待遇

**1.跨省异地就医人员。**分为跨省异地长期居住人员和跨省临时外出就医人员。跨省异地长期居住人员包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在外省工作、居住、生活的人员；跨省临时外出就医人员，包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他跨省临时外出就医人员。

**2.跨省异地就医直接结算备案。**跨省异地就医住院直接结算实行备案管理，跨省异地就医门诊直接结算无需备案。参保人员可通过国家医保服务平台APP、国家异地就医备案小程序或河北医疗保障部门微信公众号、河北智慧医保小程序等多种渠道办理登记备案，也可到医疗保险经办机构办理。跨省异地长期居住人员办理登记备案后，备案长期有效，6个月内不得变更备案就医地；跨省临时外出就医人员备案有效期为１年，有效期内可在就医地多次就诊并享受跨省异地就医直接结算服务。因病情紧急等原因未备案先就医的，可以在入院10日内（含10日）补办备案；超出规定时限的，按未备案处理。

**3.跨省异地就医直接结算待遇。**跨省异地就医直接结算的住院、普通门诊和门诊慢（特）病医疗费用，执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围），执行参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢（特）病病种范围等有关政策。

（1）跨省临时就医人员在备案地就医结算，医保待遇政策低于参保地相同级别医疗机构报销水平。其中，急诊抢救人员和完成跨省临时就医备案的人员先行自付比例为10%，非急诊且未备案的其他跨省临时外出就医人员先行自付比例为20%。

（2）跨省异地长期居住人员在备案地就医结算，医保待遇政策等同于参保地相同级别医疗机构报销水平，不提高个人先行自付比例；在备案有效期内确需回参保地就医结算或转往备案地以外就医的，符合我市规定的住院医疗费用个人先行自付比例按照跨省临时就医人员医保待遇政策执行。

（3）本市参保人员按规定办理跨省异地就医直接结算备案后，因病情需要转往纳入京津冀区域内互认的三级和二级定点医疗机构就医的，在转入医疗机构住院发生的医疗费用按照市内同级定点医疗机构相同待遇政策执行，不再提高个人先行自付比例。

（三）异地就医手工报销待遇

参保人员因故未在异地就医定点医疗机构完成直接结算，确需回唐手工报销的，执行参保地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围）和基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢（特）病病种范围等有关政策。符合我市规定的住院医疗费用个人先行自付比例按照跨省异地长期居住人员和跨省临时就医人员待遇政策分别确定。参保人员应当自出院之日起12个月内向参保地医疗保险经办机构提交报销资料，如遇特殊情况可延长6个月，逾期视为自动放弃。参保人员异地就医医疗机构为非就医地医保定点医疗机构的（急诊除外），职工医保基金不予支付。

第五十八条 职工大额医疗费用补助待遇

参加本市职工医保的用人单位、个人、灵活就业人员（含退休人员），须同时参加职工大额医疗费用补助。参保人员发生的医疗保险范围内医疗费用，职工医保统筹基金按规定支付后，超出统筹基金最高支付限额的医疗费用由职工大额医疗费用补助按比例支付。

职工大额医疗费用补助保险费由参保单位或参保人员单独缴纳，标准为每人每月11元。市医疗保障、财政部门根据职工大额医疗费用补助基金运行情况对职工大额医疗费用补助缴费标准实行动态调整，报市政府批准后执行。

职工大额医疗费用补助由各级政府组织，医疗保险经办机构具体经办，商业保险公司承办，全市统一政策、统一筹资标准、统一赔付比例（额度）、统一最高支付限额、统一业务经办流程。承办职工大额医疗费用补助的商业保险公司，按照国家、省、市有关规定，经公开招标确定。职工大额医疗费用补助具体保险费标准、赔付比例、最高赔付限额按招标后商业保险公司中标标准确定。承办职工大额医疗费用补助的商业保险公司须实现参保人员就医即时结算。

第五十九条 有条件的企业可建立企业补充医疗保险，筹资办法、支付办法和支付范围等由企业自行制定。

第六十条 参保人员在定点医疗机构就医时应支付医疗费用中需个人现金承担部分，基金支付部分由医疗保险经办机构与定点医疗机构结算。

第六十一条 参保人员先天性发育异常，并存在影响人体正常功能的生理缺陷，其实施相应手术发生的医疗保险范围内住院医疗费用，纳入职工医保支付范围。

第六十二条 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. 应当由第三人负担的；
3. 应当由公共卫生负担的；
4. 在境外就医的；
5. 体育健身、养生保健消费、健康体检；
6. 国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

遇对经济社会发展有重大影响的，经法定程序，可做临时调整。

第六十三条 参保人员在医疗机构发生的特需医疗服务项目（包括在特需病房、国际医疗部等发生的相关医疗服务项目）及新增项目试行期间，不纳入职工医保基金支付范围。

第七章 管理与监督

第六十四条 职工医保实行属地管理，各级医疗保障部门牵头，会同财政、税务、审计、卫健、发改、民政、残联、公安、保监等部门，密切配合，各司其职，共同做好职工医保工作。

第六十五条 参保单位需做好以下工作：

（一）认真执行医疗保障政策，做好有关政策的宣传解释工作；

（二）负责本单位及职工的医疗保险登记；

（三）负责本单位医疗保险的申报工作；

（四）按规定及时足额缴纳本单位及代扣代缴职工个人医疗保险费；

（五）负责本单位职工门诊慢（特）病的相关工作；

（六）负责本单位职工有关医疗费的报销及生育津贴申报、发放相关事宜；

（七）承办有关医疗保险的其他事宜。

第六十六条 参保人员就医、购药时，定点医药机构应认真核验持卡人的身份，必须做到人、卡相符，并及时准确上传参保人员就医、购药的相关信息。各级定点医药机构应积极推进医保电子凭证推广应用。

第六十七条 完善异地就医管理制度，加强异地就医监管。参保地医疗保险经办机构要按照规定做好参保人员异地就医登记备案工作，引导参保人员合理有序就医。就医地医疗保险经办机构要将异地就医人员纳入本地统一管理，进一步完善医疗保险智能监控系统，将异地就医费用纳入就医地监控范围。

第六十八条 建立职工医保基金监督机制。基金实行收支两条线管理，设置银行专户，定期对账，不得挤占挪用。医疗保障部门、财政部门应加强对职工医保基金的监督管理，审计部门定期对医保基金收支、管理和使用情况进行审计。

第六十九条 建立健全职工医保基金财务管理制度，科学编制职工医保基金收支预算与决算。严格执行社会保险基金财务会计制度，如实反映基金收支情况。各县（市、区）定期向市医疗保障部门报告职工医保预算与决算执行情况。

第七十条 加强基金预算执行监督，全面实施预算绩效管理，强化绩效监控、评价和结果运用。加强基金精算管理，构建收支平衡机制，建立健全基金运行风险评估预警机制，促进基金中长期可持续。

第七十一条 建立职工医保风险储备金。动用风险储备金需报省级医疗保障、财政部门审核。风险储备金按规定购买国债和转存一年以上定期存款，产生的利息计入职工基本医疗保险基金收入。

第七十二条 建立职工医保风险调剂金。风险调剂金每年按上年基本医疗保险费统筹基金收入的5%计提，累计提取风险调剂金达到当年统筹基金收入10%时不再提取。风险调剂金由市级医疗保险经办机构统一计提，在市财政专户下开设子账户进行管理，每年6月前完成当年计提工作。风险调剂金账户产生的利息计入职工医保基金收入。风险调剂金用于调剂本年度统筹区内市本级和各县（市、区）基金收支缺口，当年未使用完的用于增加下一年度风险调剂金。如需使用，由各县（市、区）医疗保障、财政部门提出申请，市医疗保障经办机构结合年度考核情况初审后报市医疗保障、财政部门审核执行。

第七十三条 医疗保障定点医药机构实行属地管理，各级医疗保障行政部门应当按照《河北省医疗保障定点医疗机构协议管理办法》《河北省医疗保障定点零售药店协议管理办法》《河北省医疗保障定点医药机构纳入实施细则》《定点医药机构设置布局计划》等相关规定，遵循“技术好、服务优、价格低、布局合理、分类纳入”原则，加强医保定点协议管理工作的指导和监督。各级经办机构要严格程序、严格标准，规范组织和实施本管理区域内医保定点纳入、协商谈判、续签协议、年终考核等工作，考核结果与履约保证金扣拨、医保服务协议续签、监管等级分类、退出机制等相挂钩。定点医药机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医疗服务。

第七十四条 支持分级诊疗制度建设，促进家庭医生签约服务，推动医师多点执业，发挥医保规范医疗服务行为、控制医疗费用不合理增长作用，引导患者有序就医，促进基层首诊，引导双向转诊，优化医疗资源配置，提高医疗卫生服务体系整体运行效率。建立健全与定点医药机构的谈判协商和风险共担机制、定点医疗机构医疗费用增长控制机制，切实加强医保控费能力。进一步加强医保基金预算管理，全面推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，在紧密型县域医共体试点探索建立医保支付费用“总额管理、结余留用、合理超支分担”机制。

第七十五条 医疗保障行政部门应加强对定点医药机构的监督检查，向社会公布统一的医疗保险监督电话和投诉信箱，接受举报和投诉，并依法及时处理。医疗保险经办机构发现定点医药机构违约行为，应当及时按照服务协议处理。定点医药机构应积极配合，并提供相关资料。

第七十六条 医疗保障行政部门、医疗保险经办机构、医疗保险代理机构、定点医药机构及其工作人员、参保单位、参保人员违反法律、法规和职工医保政策、规定的，按照《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》《河北省基本医疗保险服务监督管理办法》等有关规定追究责任，并把个人违法行为纳入个人诚信体系记录。

第八章 附则

第七十七条 职工医保缴费比例、医疗保险待遇等相关政策标准，由市医疗保障部门会同财政部门，结合我市基金运行情况适时提出调整意见，经市政府批准后实施。

第七十八条 本办法由唐山市医疗保障局负责解释。

第七十九条 本办法自2023年1月1日起施行。

附件：《唐山市职工大额医疗费用补助实施办法》

附件

唐山市职工大额医疗费用补助实施办法

第一章 总则

第一条 根据《唐山市城镇职工基本医疗保险实施办法》及有关规定，制定本办法。

第二条 本办法所称职工大额医疗费用补助（以下简称职工大额补助），是指参加我市城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）单位的职工（含退休人员）和灵活就业参保人员作为被保险人，医疗保险经办机构作为投保人，统一向商业保险公司投保，对被保险人医疗保险范围内职工医保统筹基金最高支付限额以上的医疗费用，由商业保险公司负责赔付的商业医疗保险。

第三条 参加我市职工医保的所有参保人员须同时参加职工大额补助。

第四条 职工大额补助由各级政府组织，医疗保险经办机构具体经办，商业保险公司承办，全市统一政策、统一筹资标准、统一赔付比例（额度）、统一最高支付限额、统一业务经办流程。承办职工大额医疗费用补助的商业保险公司，按照国家、省、市有关规定，经公开招标确定。职工大额医疗费用补助具体保险费标准、赔付比例、最高赔付限额按招标后商业保险公司中标标准确定。承办职工大额医疗费用补助的商业保险公司须实现参保人员就医即时结算。

第五条 职工大额补助由市医疗保障局作为投保人与保险人（商业保险公司）签约。

第二章 保险费缴纳

第六条 职工大额补助保险费由职工医保参保单位或参保人员缴纳，标准为每人每月11元。由参保人缴纳的，用人单位可根据政策规定收缴，也可申请从参保人员医保个人账户中扣缴。

第七条 参加公务员医疗补助单位的职工大额补助保险费，由公务员医疗补助经费解决，未参加公务员医疗补助的单位和企业自筹解决，由用人单位按月向医疗保险经办机构缴纳。

第八条 职工医保参保人员达到职工医保最低缴费年限不再缴纳基本医疗保险费后，仍需缴纳职工大额补助保险费。随单位参保人员由单位负责收缴，灵活就业参保人员由代理机构负责收缴。灵活就业参保人员的补充医疗保险费可从本人个人账户中扣划。

第三章 待遇标准及支付

第九条 职工大额补助支付比例原则上不低于92%，年度最高赔付额度不低于50万元。

第十条 职工医保统筹基金最高支付限额，及职工大额补助的就医管理、支付范围等标准，按职工医保相关政策及规定执行。

第十一条 职工大额补助的待遇支付期与职工医保一致。

第十二条 商业保险公司须建立职工大额补助即时结算系统平台，与医疗保险经办机构信息系统联网，实现职工大额补助即时结算。

第十三条 新参加职工医保的职工，由医疗保险经办机构在参保当期办理职工大额补助投保手续，从当期起享受职工大额补助待遇。

第十四条 职工医保参保单位或参保人员发生职工医保断保或不按规定缴纳职工大额补助保险费，从断保或欠缴当期起暂停享受职工大额补助待遇。

第四章 附则

第十五条 职工大额补助缴费标准，如需调整时，由市医疗保险经办机构与商业保险公司协商，提出调整意见，经市医疗保障行政部门、财政部门同意，报经市政府批准后执行。

第十六条 医疗保险经办机构应按照协议规定及时足额向商业保险公司拨付职工大额补助资金。

第十七条 职工大额补助资金划拨至中标的商业保险公司后，商业保险公司应及时、足额为参保人员支付符合规定的医疗费，超支部分由商业保险公司自付，结余部分作为商业保险公司运行费用及盈余。