



市人民政府关于印发
随州市基本医疗保险实施细则的通知
随政发〔2023〕21号

各县、市、区人民政府，随州高新区管理委员会，市政府各部门：

现将《随州市基本医疗保险实施细则》印发给你们，请遵照执行。

2023年12月15日



随州市基本医疗保险实施细则

第一章 总 则

第一条 为了规范基本医疗保险关系，保障参保人员基本医疗保险合法权益，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》《社会保险经办条例》《湖北省医疗保障待遇清单（2021年版）》等法律法规和政策规定，结合实际，制定本细则。

第二条 本细则适用于随州市统筹区域内职工基本医疗保险（以下简称职工医保）、职工大额医疗费用补助、生育保险和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）、城乡居民大病保险（以下简称大病保险）的费用征缴、医保待遇、公共服务管理、医药服务（结算）管理、基金管理等活动。

第三条 基本医疗保险制度坚持覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续；坚持筹资标准、保障水平与经济社会发展水平相适应。

第四条 基本医疗保险实行市级统筹、分级管理、责任共担，全市统一政策制度、待遇标准、基金管理、经办服务、定点管理和信息系统建设。



第二章 组织保障

第五条 市、县（市、区）人民政府应加强对基本医疗保险工作的组织领导，将基本医疗保险事业纳入国民经济和社会发展规划，保障必要的经费投入，加强对基本医疗保险基金的监督管理，保障基金安全、有效运行。

各乡镇（街道办事处）负责督办本辖区内各社区和各行政村做好基本医疗保险参保登记和相关服务工作。

第六条 市医疗保障行政部门主管全市医疗保障工作，负责全市医疗保障政策拟定、监督管理和市本级医疗保障实施工作。各县（市、区）医疗保障行政部门负责本辖区医疗保障监督管理和实施工作。各级医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）负责具体经办服务工作，并接受社会监督。

发展改革部门负责将医疗保障工作纳入经济社会发展规划。

教育部门负责督促学校（幼儿园）配合做好学生（幼儿）参保登记缴费工作。

公安部门负责定期提供本辖区户籍人口和流动人口基本信息，依法打击涉及医疗保障领域的违法犯罪行为。

民政部门负责落实城乡特困人员、孤儿、城乡最低生活保障对象、城乡低保边缘家庭成员、因病致贫重病患者等医疗救助对



象认定，并将信息及时提供给医疗保障部门。

财政部门负责制定和完善医保基金财务管理制度，监管基本医疗保险基金，按政策落实居民医保补助资金；将医疗保障工作经费纳入财政预算。

负责乡村振兴工作的部门认定过渡期内农村返贫致贫人口和纳入监测范围的脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口、突发严重困难人口的身份，并向医疗保障部门提供动态变化基础信息。

卫生健康部门负责做好医疗服务管理工作，认定严重精神障碍患者、计划生育特殊困难家庭中经核定的特困家庭夫妻及伤残子女的身份，落实其个人参保缴费资助和特殊待遇补助政策，做好疾病应急救助工作。

退役军人事务部门负责相关优抚对象的参保工作。

审计部门负责做好医保基金的审计工作。

税务部门负责医疗保险费征收工作。

司法行政、市场监管、药监、金融监管及工会等部门和组织按照各自职责，做好医疗保障相关工作。

第三章 职工医保

一、参保缴费



第七条 国家机关、企事业单位、社会组织、有雇工的个体工商户等用人单位及其职工，以及国家规定应当参加职工医保的其他人员，都应当参加职工医保，并同步参加职工大额医疗费用补助和生育保险。鼓励无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员、新业态从业人员以及其他灵活就业人员（以下统称灵活就业人员）在法定工作年龄内参加我市职工医保，不受养老保险关系、户籍限制。

第八条 用人单位在登记管理机关办理登记时同步办理医疗保险登记；因故没有同步办理的，应当自成立之日起三十日内向医保经办机构申请办理医疗保险登记。用人单位的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三十日内，到医保经办机构办理变更或者注销医疗保险登记。

用人单位应当自用工之日起三十日内为其职工向医保经办机构申请办理医疗保险登记。

参加职工医保的灵活就业人员，应当自行向医保经办机构申请办理医疗保险登记。

第九条 单位职工基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳。



(一)缴费基数。用人单位缴费基数为上年度职工工资总额。用人单位应当按规定向税务部门如实申报职工工资总额。

个人缴费基数为本人上年度月平均工资。职工本人月平均工资无法确定的，以在用人单位起薪当月工资收入为缴费基数，从第二年起按上年度应发工资的月平均工资为缴费基数。职工个人月缴费基数的上限为全省统一公布的个人缴费基数上限，下限为全省统一公布的个人缴费基数下限。

(二)缴费率。缴费率为9%，其中，用人单位缴费率为7%（含基本医疗保险缴费率6.5%、大额医疗费用补助缴费率0.5%）；职工个人缴费率为2%。在职职工同步参加生育保险，生育保险费与职工医保费同步征收，由用人单位按单位缴费基数的0.5%缴纳。退休人员不缴纳生育保险费。

(三)缴费方式。用人单位按月缴纳在职职工和退休人员医保费；单位职工应缴的医保费，由用人单位代扣代缴。

第十条 用人单位及其职工按规定缴纳职工医保费和大额医疗费用补助，参保职工从缴费次月起享受医保待遇。用人单位中断缴费3个月的，视为断保，其职工暂停享受各项医保待遇。用人单位在6个月内（含）补足基本医保费的，从缴费之日职工恢复享受各项医保待遇，暂停期间医保待遇可追溯；用人单位超



过6个月续保的，缴费次月起享受医保待遇，断保期间医保待遇不追溯。

第十一条 灵活就业人员可自愿选择按统账结合或单建统筹方式参加职工医保，应缴的基本医保费，由本人自行向税务部门缴纳。灵活就业人员参加职工医保缴费基数为全省统一确定的社会保险个人缴费基数下限。灵活就业人员不参加生育保险。

（一）缴费率。统账结合参保缴费率为9%（含大额医疗费用补助缴费率0.5%），其中2%划入个人账户；单建统筹参保缴费率为7%（含大额医疗费用补助缴费率0.5%），不设个人账户。

（二）缴费方式。按月缴费，也可选择一次性缴纳全年应缴职工医保费。

（三）待遇等待期。首次参加职工医保的灵活就业人员，待遇等待期3个月，从第4个月起享受职工医保待遇。待遇等待期内可使用个人账户资金，不享受职工医保门诊和住院待遇，待遇等待期为缴费当月1日起至等待期满当月最后一日止。

（四）灵活就业人员未按时足额缴纳职工医保费（含大额医疗费用补助）的，从断缴费用的次月起，停止享受各项医保待遇。在3个月以内续保的，在补足中断缴费期间的医保费后，断缴期间的医保待遇可追溯；3个月以上6个月以内续保的，在缴费后



次月起享受职工医保待遇，断缴期间的医保待遇不追溯；超过6个月续保的，按灵活就业人员首次参保执行。

第十二条 因政策变化或用人单位多报、错报等需要退费的，按照规定程序退费；灵活就业人员按年度一次性缴纳职工医保费以后，中途就业随单位参加职工医保的，可依申请退回其就业后当年剩余月份以灵活就业人员身份缴纳的职工医保费。

第十三条 失业人员在领取失业保险金期间，参加职工医保所需的费用应当从失业保险基金中支付，个人不缴纳职工医保费。

第十四条 办理医保关系转移接续的职工医保参保人员，在转移接续前中断缴费3个月（含）以内的，办理职工医保费补缴手续，补缴后不设待遇等待期，缴费当月即可按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯；中断缴费3个月以上的，单位职工缴费的次月起享受待遇，不追溯待遇，灵活就业人员待遇等待期3个月。

二、缴费年限

第十五条 参保职工达到法定退休年龄时，男职工累计缴费年限满30年，女职工累计缴费年限满25年，且在本市范围内的实际缴费年限满10年的，个人和单位不再缴纳职工基本医保费（含大额医疗费用补助），按规定办理退休手续后，次月起享受



退休人员医疗保险待遇。

对男职工累计缴费年限设置过渡期，2025 年底之前退休的男职工累计缴费年限设置为 25 年。自 2026 年起，男职工每年增加累计缴费年限 1 年，直至 2030 年，累计缴费年限达到 30 年后不再增加。

第十六条 纳入我市职工医保累计缴费年限：在统筹区外参加职工医保的实际缴费年限，在办理医保关系转移接续手续后，视同职工医保缴费年限；其他符合国家规定的视同职工医保缴费年限。

第十七条 用人单位职工退休后，累计缴费年限或实际缴费年限不足的，按经办时缴费基数逐年递增 5% 的标准，一次性趸缴至退休当年规定缴费年限，也可逐年缴费至规定缴费年限。达到缴费年限后，不再缴纳职工基本医疗保险费，按规定享受基本医疗保险待遇。

第十八条 灵活就业人员达到法定退休年龄或领取基本养老金后，缴费年限及退休待遇等相关规定按照参保职工执行。

三、医保待遇

第十九条 职工医保待遇包括普通门诊、门诊慢性病和门诊特殊疾病（简称“门诊慢特病”）和住院待遇。参保人员同步享受



职工大额医疗费用补助待遇。

第二十条 参保人员个人账户的配置和使用：

（一）在职职工个人账户按本人参保缴费月基数的 2%划入，即个人缴费部分。

（二）退休职工个人账户，按 70 元/月定额划入。

（三）参保人员分别以统账结合和单建统筹方式交替参保的，退休后达到缴费年限的，按统账结合缴费年限占比，确定月划入额度。

（四）以统账结合方式参加职工医保的灵活就业人员，在缴费期间按本人参保缴费月基数的 2%划入个人账户；以单建统筹方式参加职工医保的灵活就业人员不设个人账户。

（五）个人账户使用按照国家、省有关规定执行。

第二十一条 一个自然年度内，职工医保参保人员发生的符合医疗保险政策规定的普通门诊医疗费用由统筹基金按照我市相关规定支付。

第二十二条 职工医保参保人员门诊慢特病保障待遇、使用“单独支付”药品待遇按照市医疗保障行政部门制定的相关文件执行。

第二十三条 职工医保参保人员在定点医疗机构发生的属



于基本医疗保险药品、医用耗材、医疗服务项目目录范围内（以下统称政策范围内）的住院医疗费用，起付标准以上，封顶线以内，统筹基金按下列规定支付：

（一）一级及以下、二级、三级医疗机构统筹基金起付标准分别为 400 元、600 元、800 元，转市外定点医疗机构为 1200 元。

（二）一个自然年度内多次住院的，每增加一次住院，起付标准递减 200 元，但最低不少于 400 元。统筹区内由低级别医疗机构转诊到高级别医疗机构住院的，按高级别医疗机构起付标准补差；高级别医疗机构转诊到低级别医疗机构住院的，不设起付标准。

（三）甲类药品、项目的医疗费用在一级及以下、二级、三级医疗机构基金支付比例分别为 95%、93%、91%。乙类药品、项目的医疗费用，个人先行自付 10%，再按甲类比例支付。

第二十四条 一个自然年度内，基本医疗保险基金年度最高支付限额为 20 万元（含门诊和住院费用）。

第二十五条 大额医疗费用补助

对职工医保参保人员发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障。职工医保参保人员患病住院和门诊慢特病治疗所发生的高额医疗费用（含“单独支付”药品），经基本医疗保险按规



定支付后,个人年度累计负担的政策范围内的医疗费用超过6000元以上部分,由大额医疗费用补助按比例报销,其中,累计金额在6000元以上10万元(含)以下部分报销85%;10万元以上部分报销90%。大额医疗费用补助不设年度最高支付限额。

第四章 职工生育保险待遇

第二十六条 职工生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴。

第二十七条 生育医疗费用

参加生育保险人员符合生育政策的生育医疗费用(包括产前检查费,分娩医疗费)和计划生育的医疗费用(包括职工因计划生育实施放置、取出宫内节育器,人工终止妊娠,输卵管、输精管结扎手术等所发生的医疗费用)政策范围内费用基金按下列标准支付:

(一) 产前检查费用按100%支付,最高支付限额800元。产前检查费用经生育保险支付后,后续发生的超出生育保险支付限额之外的政策范围内医疗费用纳入职工医保普通门诊统筹保障范围。

(二) 住院分娩不设起付标准,发生的医疗费用按职工住院相关政策执行。



(三) 计划生育医疗费用按 100% 支付, 最高支付限额: 放置节育环 500 元; 取出节育环 450 元; 流产 1000 元; 引产 2500 元; 输卵(精)管结扎 2800 元。同时开展多项手术项目的, 支付限额累加。

第二十八条 生育津贴

女职工生育津贴发放基数以参保女职工分娩或施行计划生育手术时所在用人单位上年度月平均缴费工资为基数, 除以 30 再乘以规定的假期天数计算。生育津贴由医保经办机构按照规定标准拨付给用人单位, 用于支付女职工在产假、计划生育休假期间的工资。女职工生育津贴高于本人工资标准的全额计发, 低于本人工资标准的用人单位可以按工资标准补足。

女职工分娩或施行计划生育手术享受生育津贴支付假期天数: 产假 128 天; 难产假 143 天; 生育多胞胎的, 每多生育一个婴儿, 增加产假 15 天; 怀孕 4 个月以内流产的, 假期 15 天; 怀孕 4 个月以上流产的, 假期 42 天; 输卵管结扎的, 假期 15 天。

第二十九条 财政供养人员(国家机关、全额拨款事业单位职工等)的生育津贴与工资不重复享受。

第三十条 参加职工医保的灵活就业人员参照生育保险待遇标准享受产前检查、住院分娩、计划生育医疗费用待遇, 不享



受生育津贴。

参加生育保险男职工未就业配偶按照生育保险政策规定享受产前检查、住院分娩、计划生育医疗费用待遇，不享受生育津贴；参加生育保险的男职工未就业配偶因住院分娩引起合并症或并发症，该次住院医疗费用参照职工医保住院待遇执行。

第三十一条 参保职工失业前用人单位已为其缴纳生育保险费，其在领取失业保险金期间享受生育医疗费待遇，不享受生育津贴待遇。享受医疗保险退休待遇的退休人员享受生育医疗费待遇，不享受生育津贴待遇，其未就业配偶不享受生育保险待遇。

第三十二条 孕产妇因合并症或并发症、先兆流产发生的住院费用，纳入基本医保统筹基金支付范围，按职工住院相关政策执行。

第三十三条 新参保的职工缴费次月起享受基本医疗保险待遇，连续缴费满6个月的次月起享受生育保险待遇。原已参加生育保险的职工变更工作单位时，新单位在3个月内为其接续保险关系并补缴变更工作单位期间参保费用的，其实际缴费年限累计计算，参保人在变更工作单位期间享受生育保险待遇；超过3个月以上接续保险关系的，其实际缴费年限重新累计计算，变更工作单位期间不享受生育保险待遇。



第五章 居民医保

一、参保缴费

第三十四条 除职工医保应参保人员或按规定享有其他保障的人员以外的其他所有城乡居民，都应参加居民医保，不受户籍限制。

第三十五条 居民原则上应当以家庭为单位，在居住地的村（社区）组织下整体参保。首次参保的居民由本人或代理人持有效身份证件办理登记手续。上年已参保的，可通过线上缴费服务平台自助缴费。

第三十六条 居民医保以自然年度为保险年度（每年的1月1日至12月31日），实行一个年度参保费用一次性缴纳，每年9月1日至12月31日为下年度集中缴费期。外出务工或返乡居民续保缴费时间可延长至次年2月底。

第三十七条 卫生健康部门认定的严重精神障碍患者、动态新增资助参保救助对象自参保缴费次日起享受居民医保待遇。

第三十八条 新生儿参保登记按下列规定执行：

新生儿父母任意一方参加省内基本医疗保险并按规定缴费的或新生儿本人在省内落户的，新生儿出生12个月以内可在其父母任意一方参保地或本人落户地办理参保登记，免缴出生当年



参保费用，自出生之日起享受出生当年医保待遇。

新生儿出生次年以本人身份参保缴费，未在集中缴费期缴费的，可补缴出生次年居民医保个人缴费，自缴费之日起按规定享受居民医保待遇。

第三十九条 特殊群体参加居民医保所需个人缴费资金实行分类资助。

城乡特困人员、孤儿、丧失劳动能力的残疾人、享受国家定期抚恤补助待遇且符合代缴条件的优抚对象、严重精神障碍患者和计划生育特殊困难家庭中经核定的特困家庭夫妻及其伤残子女，给予全额资助。

城乡最低生活保障对象，按其个人应缴费额的 90% 给予资助。

纳入监测范围的农村易返贫致贫人口和稳定脱贫人口资助参保按我市相关规定执行。

同一人员同时符合多种资助缴费政策的，按照就高不重复的原则给予资助。

第四十条 年度内因就业等个人状态变化由职工医保转为参加居民医保的，3 个月以内缴费的，缴费后即可享受居民医保待遇，3 个月以后缴费的，待遇等待期 3 个月。

第四十一条 其他医疗保障制度人员（复转军人、原享受公



费医疗人员、刑满释放人员等)在终止其医疗保障制度后3个月以内参加居民医保的,缴费后即可享受居民医保待遇,3个月以后参保缴费的,待遇等待期3个月。

第四十二条 已参保缴费的居民,在集中缴费期内因变更参保地、死亡、就业、重复参保等原因需退费的,可依申请办理退费。进入待遇享受期后,暂停居民医保参保关系的,除已在集中缴费期内事实存在重复参保、死亡、就业等情形外,不予退费。

二、医保待遇

第四十三条 居民医保待遇包括门诊统筹、门诊慢特病和住院待遇。参保居民同步享受大病保险待遇。

第四十四条 门诊统筹待遇

门诊统筹不设起付标准,在一级及以下定点医疗机构政策范围内费用医保基金支付50%,年封顶350元。基金支付日限额为:卫生室(所、站)每人每天30元,卫生院(卫生服务中心、附属医院)每人每天50元,未达到日限额的按实际费用结算。产前检查费、先兆流产、流产、引产门诊费用纳入门诊统筹保障范围,不受日限额和医疗机构等级限制。

第四十五条 高血压和糖尿病(以下简称“两病”)门诊按下列规定执行:



参保居民“两病”门诊用药不设起付标准。政策范围内费用医保基金支付 50%。高血压每年最高支付限额 450 元，糖尿病每年最高支付限额 500 元，同时符合高血压和糖尿病标准的每年最高支付限额 550 元，最高支付限额包含门诊统筹年度支付限额，不受日限额限制。“两病”认定按我市相关规定执行。纳入门诊慢特病保障的不再享受“两病”待遇。

第四十六条 参保居民门诊慢特病保障待遇、使用“单独支付”药品待遇按照市医疗保障行政部门制定的相关文件执行。

第四十七条 住院待遇

参保居民在定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费用，起付标准以上，封顶线以内，统筹基金按下列规定支付：

（一）一级及以下、二级、三级医疗机构统筹基金起付标准分别为 200 元、500 元、900 元，转市外定点医疗机构为 1500 元。

一个年度内多次住院的，每增加一次住院，起付标准递减 200 元，但最低不少于 200 元。统筹区内由低级别医疗机构转诊到高级别医疗机构住院的，按高级别医疗机构起付标准补差；高级别医疗机构转诊到低级别医疗机构住院的，不设起付标准。

城乡特困人员、孤儿、最低生活保障对象、丧失劳动能力的残疾人、严重精神障碍患者和计划生育特殊困难家庭中经核定的



特困家庭夫妻及其伤残子女，过渡期内住院不设起付标准，2026年起执行城乡居民住院起付标准。

（二）甲类药品、项目的医疗费用在一级及以下、二级、三级医疗机构基金支付比例分别为 90%、80%、70%。乙类药品、项目的医疗费用，个人先行自付 10%，再按甲类比例支付。

第四十八条 参保居民住院分娩医疗费用和孕产妇因并发症、合并症、先兆流产、流产、引产住院发生的医疗费用，纳入医保基金支付范围，参照居民医保住院相关政策执行。流产基金最高支付限额为 1000 元；引产基金最高支付限额为 2500 元。

第四十九条 一个自然年度内，基本医疗保险基金年度最高支付限额为 15 万元（含门诊和住院费用）。

第五十条 大病保险

对参保居民发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障。参保居民患病住院和门诊慢特病治疗所发生的高额医疗费用（含“单独支付”药品），经基本医疗保险按规定支付后，个人年度累计负担的政策范围内的医疗费用超过大病保险起付标准以上的部分，分段报销、按次结算。

（一）起付标准 1.2 万元。

（二）报销比例。累计金额在 1.2 万元以上 3 万元（含）以



下部分报销 60%; 3 万元以上 10 万元(含)以下部分报销 65%; 10 万元以上部分报销 75%。

(三) 年度最高支付限额 35 万元。

(四) 城乡特困人员、孤儿、低保对象、返贫致贫人口大病保险起付标准减半, 各段报销比例分别提高 5%, 取消最高支付限额。

第六章 公共服务管理

第五十一条 参保人员跨统筹地区流动, 不得重复参保和重复享受待遇, 按规定办理基本医疗保险关系转移接续。单位职工参保人员可由单位为其申请办理, 灵活就业人员及居民等参保人员由个人申请办理。

第五十二条 重复参加职工医保的, 原则上保留现就业地参保关系; 重复参加居民医保的, 原则上保留常住地参保关系, 也可征求参保人意愿由其自行选择参保地; 学生重复参保, 原则上保留学籍地参保关系; 跨制度重复参保且连续参加职工医保一年以上(含一年)的, 原则上保留职工医保参保关系; 参保人重复参加居民医保或两地同时享受资助参保政策的, 由参保人确定需要保留的参保关系; 非全日制、临时性工作等灵活就业形式的跨制度重复参保, 由参保人确定保留一个可享受待遇的参保关系,



暂停重复的参保关系。

第五十三条 异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员在备案地就医报销待遇与统筹区内就医一致；异地转诊人员和异地急诊抢救人员基金支付比例下降 10%；非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员基金支付比例下降 20%。参保人员办理异地就医备案手续后，在参保地就医购药，不受备案限制。

第五十四条 因突发疾病急诊抢救转为住院治疗的，急诊抢救（含院前急诊抢救）医疗费用与住院医疗费用合并计算；急诊抢救死亡或未转为住院治疗的，对政策范围内的医疗费用，视同住院医疗费用按规定报销。

日间手术病种参照住院待遇管理，其发生的属于政策范围内的医疗费用，不设起付标准，由基本医疗保险基金按照医疗机构级别所对应的住院支付比例支付，纳入基本医疗保险基金最高支付限额计算范围。

第五十五条 除参加生育保险男职工未就业配偶外，基本医保参保人员根据参保缴费情况，按规定享受生育保险待遇或基本医保有关生育医疗费用待遇，无需提供结婚证、生育服务等证明材料。享受其他保险或参加了外地医保的，生育时只能享受一种保障待遇。



第五十六条 医保公共服务同城化区域参保人员办理居民参保登记、居民参保登记信息变更、转移接续手续、异地就医备案等服务事项的，逐步实现城市圈通办。

第七章 医疗服务（结算）管理

第五十七条 每年的1月1日至12月31日（即自然年度）为基本医疗保险的一个结算年度。

第五十八条 参保人员在定点医药机构发生的医疗费用，基金支付范围严格按照全国统一的基本医疗保险药品目录和全省统一的基本医疗保险医疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录执行。

第五十九条 参保人员在定点医药机构发生的医疗费用，应当由医保基金支付的部分，由医保经办机构与定点医药机构直接结算。应由个人支付的医疗费用，由本人与定点医药机构结清。暂因客观原因无法异地直接结算的，由本人先行垫付，出院后到参保地医保经办机构按规定报销。

第六十条 完善定点医药机构协议管理办法，强化服务协议管理，建立健全考核评价机制和动态准入退出机制。建立定点医疗机构服务质量保证金制度，服务质量保证金根据定点医疗机构年度考核结果按规定兑现。建立健全医保医师管理制度，逐步将



医保对定点医疗机构服务的监管延伸到对医务人员医疗服务行为的监管。

第六十一条 定点医疗机构应规范医疗服务行为，为参保人员提供合理、必要的医疗服务，优先选择基本医疗保险目录内安全有效、经济适宜的诊疗技术和药品、耗材，严格控制不合理医疗费用发生。医保经办机构要严格医保协议管理、考核，严控基本医疗保险目录外费用占比。

第六十二条 全面实施以区域点数法总额预算和按病种分值（DIP）付费为主的按床日付费、按人头付费等多元复合式医保支付方式，探索符合中医药特点的医保支付方式。引导医疗机构合理诊疗，提高医保资金使用效能。

第六十三条 探索医保服务第三方参与机制，在确保基金安全和有效监管的前提下，以政府购买服务的方式，委托具有资质的商业保险机构等社会力量参与大额医疗、门诊慢特病等医保经办服务。支持承办医保经办服务的商业保险机构，通过医疗巡查、医疗费用核查等形式，参与医疗服务行为和医疗费用监督，医疗保障行政部门将其参与监督检查情况纳入对商业保险机构的考核评估。

第六十四条 医保基金不予支付范围：



- (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、省规定的医疗保险基金不予支付的其他费用。

第八章 基金管理

第六十五条 医保基金实行市级统收统支，纳入市医保基金财政专户管理，实行收支两条线。职工医保基金和居民医保基金分别建账、分账核算、分别计息、专款专用，不得相互挤占、调剂和挪用。

(一) 职工医保统筹基金收入包括按规定计入统筹基金账户的医疗保险收入、财政补贴收入、利息收入、上级补助收入、下级上解收入、其他收入。

职工医保个人账户收入包括按规定计入个人账户的医保费收入、利息收入、转移收入、上级补助收入、下级上解收入、其他收入。

(二) 居民医保基金收入包括参保人员缴纳的基本医疗保险、政府财政补助资金、医疗保险基金的利息及相关收入、社会对医



疗保险的捐赠以及依法纳入居民医保的其他资金。

（三）职工医保统筹基金支出包括职工医保待遇支出、转移支出、补助下级支出、上解上级支出、其他支出。

职工医保个人账户待遇支出指按规定由个人账户开支的支出，主要包括个人自付的门诊费用支出、住院费用支出、在定点零售药店发生的医药费支出。个人账户资金原则上不得用于非医疗支出。

（四）居民医保基金支出包括：居民医保待遇支出、划转用于大病保险支出、补助下级支出、上解上级支出、其他支出。

医保经办机构应当规范医疗保险基金财务管理，做好基金统计分析，建立基金超支预警报告制度，定期向社会公布基金收支运行情况。

第六十六条 按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，市医疗保障行政部门会同本级财政、税务部门，根据社会保险基金预算管理有关规定，统一编制全市医疗保险基金预算。每年由市医疗保障、财政、税务等部门按照上级有关规定，根据上年度医疗保险基金预算执行情况，结合全市经济社会发展规划、医疗保障事业发展规划、医疗保障政策调整和财政补助等因素，统一组织各县（市、区）医疗保障、财政、税务等部门编制全市医疗



保险基金收支预算草案，报市人民政府审核，经市人民代表大会批准后下达各县（市、区）执行。基金预算原则上不作调整，因特殊情况需要调整的，应依法按预算调整程序报批后执行。年度末，按规定编制基金决算。

第六十七条 市医疗保障行政部门、财政部门对医疗保险基金收支运行情况实行动态分析和监测，当统筹基金当年结余率低于 5%或超过 25%、基金累计结余可支付月数低于 6 个月时，市医疗保障行政部门会同市财政部门及时向市人民政府报告，并提出调整平衡基金收支的对策和措施。

第六十八条 按照上年度职工医保统筹基金（含生育保险基金）、居民医保基金收入的 3%提取风险储备金，风险储备金累计余额达到上年度相应基金收入 20%时不再提取。风险储备金存于市财政专户，需使用时由市医疗保障行政部门会同市财政部门提请市人民政府同意后统筹安排。

第六十九条 医疗保险基金年度决算出现收不抵支的，由医疗保险基金历年结余弥补；历年结余不足的，由风险储备金与县（市、区）财政按 3：7 的比例分担；风险储备金使用后仍有缺口的，由市级财政与当地政府按 1：9 的比例分担。

第七十条 基本医疗保险筹资标准和统筹基金起付标准、支



付比例和支付限额根据经济社会发展和统筹基金支付能力适时调整。

第七十一条 大病保险基金从居民医保统筹基金中划拨筹集，筹资标准由市医疗保障行政部门会同市财政部门根据国家 and 省有关规定以及上年度大病保险基金运行情况提出，报市人民政府批准后实施。

第七十二条 医疗保障、财政、审计、卫健、市场监督管理、公安、数据资源等部门应当按照各自职责，对医疗保险基金收支管理、医疗行为、医疗市场等实施协同监管，加强信息共享。建立健全医疗保险大数据智能监管平台和巡查检查制度，探索引入第三方监管机制，强化社会监督，确保医疗保险基金安全运行。

第九章 法律责任

第七十三条 加强医保基金监督管理，对违反《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，造成医保基金损失和骗取医保基金的行为，依法依规严厉查处；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第七十四条 用人单位有下列情形之一的，按照《中华人民共和国社会保险法》等有关规定处理：

- (一) 用人单位不办理医疗保险参保登记的；



(二) 用人单位未按时足额缴纳职工医保费的;

(三) 其他违反《中华人民共和国社会保险法》等规定的。

第七十五条 定点医药机构、医保经办机构、参保人员以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金的,由医疗保障行政部门责令退回骗取的医疗保险基金,按照《医疗保障基金使用监督管理条例》有关规定予以处理。

第七十六条 医保经办机构及其工作人员有下列行为之一的,由医疗保障行政部门责令改正;给医疗保险基金、用人单位或者个人造成损失的,依法承担赔偿责任;对负有责任的领导人员和直接责任人员依法给予处分:

(一) 未履行社会保险法定职责的;

(二) 违反规定要求参保人员提供证明材料的;

(三) 克扣或者拒不按时支付医疗保险待遇的;

(四) 丢失或者篡改缴费记录、享受医疗保险待遇记录等医疗保险数据、个人权益记录的;

(五) 违反医疗保险经办内部控制制度的。

第七十七条 医疗保障行政部门和其他有关行政部门、医保经办机构、医疗保险费征收机构及其工作人员泄露用人单位和个人信息的,对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法依规



给予处分；给用人单位或者个人造成损失的，应当承担赔偿责任。

第七十八条 国家工作人员在医保管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法依规给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第十章 附 则

第七十九条 本细则自 2024 年 1 月 1 日起实施，有效期五年。以往规定与本细则不一致的，以本细则为准。国家、省、市有新规定的，从其规定。