

三门峡市人民政府办公室文件

三政办〔2021〕2号

三门峡市人民政府办公室 关于印发三门峡市基本医疗保险和生育保险 实施办法的通知

各县（市、区）人民政府，城乡一体化示范区、开发区管理委员会，市人民政府各部门：

《三门峡市基本医疗保险和生育保险实施办法》已经市政府第56次常务会议审议通过，现印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。



三门峡市基本医疗保险和生育保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为维护我市参保人员享有的基本医疗保险和生育保险权益，使参保人员共享改革发展成果，根据《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国妇女权益保障法》、《河南省职工生育保险办法》、《河南省人民政府关于印发河南省城镇职工基本医疗保险制度实施意见的通知》（豫政〔1999〕38号）、《河南省人民政府办公厅关于印发河南省城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）的通知》（豫政办〔2016〕194号）和《河南省人民政府办公厅关于全面做实基本医疗保险和生育保险市级统筹的意见》（豫政办〔2020〕31号）等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 基本医疗保险包括职工基本医疗保险和居民基本医疗保险。生育保险与职工基本医疗保险合并实施，实行参保同步登记、基金合并运行、征缴管理一致、监督管理统一和经办服务一体化。基本医疗保险和生育保险以全市行政区域为统筹区，实行属地管理。医疗保障信息管理平台建设贯彻国家和省统一规划。

第三条 基本医疗保险制度和生育保险制度应遵循以下原则：保障水平与我市经济社会发展水平相适应；完善市级统筹制度，全市统一基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理和信息系统；基金以收定支、收支平衡、保障适度、略有结余。

第四条 基本医疗保险和生育保险年度为自然年度，即每年的1月1日至12月31日。

第二章 职工基本医疗保险

第五条 统筹区内所有用人单位和职工应依法参加职工基本医疗保险。

第六条 缴费基数。用人单位以其全部职工缴费基数之和（全部职工个人缴费工资之和）作为单位缴费基数，职工以其本人上年度月平均工资作为职工个人缴费基数。

以全省全口径城镇单位就业人员月平均工资核定职工个人缴费基数上下限。职工月平均工资低于全省全口径城镇单位就业人员月平均工资60%的，以60%作为缴费基数；高于300%的，以300%作为缴费基数，超过300%的部分不计入缴费基数。

基本医疗保险经办机构（以下简称医保经办机构）每年应按规定核定用人单位信息、职工个人信息以及上年度职工工资总额，每年7月1日调整用人单位和职工个人缴费基数。

凡不能确定职工个人缴费基数，以上年度全省全口径城镇单位就业人员月平均工资作为职工个人缴费基数。

第七条 缴费费率。职工基本医疗保险费由用人单位和职工个人共同缴纳，其中用人单位缴费费率为7%，职工个人缴费费率为2%。财政全额供给单位缴纳的职工基本医疗保险费由各级财政安排。

第八条 缴费年限。职工基本医疗保险缴费年限按月核算，缴费12个月为一年。缴费年限实行累计缴费年限，即视同缴费年限与实际缴费年限之和。视同缴费年限指参保职工2000年9月30日前符合国家规定的连续工龄或参加基本养老保险的年限，实际缴费年限指职工参加职工基本医疗保险并按规定足额缴费的年限。

参保职工达到法定退休年龄，累计缴费年限男满30年、女满25年，统筹区实际缴费年限不低于10年，退休后不再缴纳职工基本医疗保险费，按规定享受退休人员职工基本医疗保险待遇。参保职工退休时累计缴费年限或统筹区实际缴费年限不足的，按现行政策规定以退休前本人缴费基数为标准，一次性往后补齐不足年限应缴费用的，次月起按规定享受退休人员职工基本医疗保险待遇。

2012年1月1日前办理退休手续，但未在统筹区参加职工基本医疗保险的人员，可以参保缴费时上年度全省全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数，按现行用人单位缴费费率，一次

性缴纳10年职工基本医疗保险费，所缴费用全部计入职工基本医疗保险统筹基金，次月起按规定享受退休人员职工基本医疗保险待遇。

2012年1月1日后办理退休手续，但未在统筹区参加职工基本医疗保险的人员，可以参保缴费时上年度全省全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数，按现行用人单位缴费费率，一次性缴纳2000年10月1日起至办理退休时的职工基本医疗保险费，所缴费用全部计入职工基本医疗保险统筹基金，并符合本办法规定的累计缴费年限，次月起按规定享受退休人员职工基本医疗保险待遇。

参保职工在本办法实施前已办理退休手续，但尚未办理职工基本医疗保险在职转退休的，可按本办法实施前有关政策规定办理。

第九条 个人账户。职工个人缴纳的职工基本医疗保险费全部计入个人账户，用人单位缴纳的职工基本医疗保险费按以下比例划入个人账户：不满45周岁的职工，按其缴费基数的1.0%；45周岁以上的职工，按其缴费基数的1.5%；退休人员按本单位职工平均缴费基数的3.8%。退休人员没有用人单位、或所在单位无在职职工的，由职工基本医疗保险统筹基金按月以上年度全市退休人员人均月退休费为基数按规定比例划入。个人账户资金利息收入每年按照同期居民活期存款利率计算。

参保职工死亡的，其个人账户余额一次性支付给合法继承人。

无合法继承人、受遗赠人的，其个人账户余额划归职工基本医疗保险统筹基金。

第十条 个人账户资金使用范围。职工基本医疗保险个人账户资金可用于：支付在定点医疗机构发生的个人负担的政策范围内门诊或住院医疗费用、健康体检费用；在定点零售药店购买政策范围内药品、个人使用的医疗器械及消毒杀菌类医药用品；缴纳特定家庭成员的居民基本医疗保险费；支付其他符合政策规定的费用。

第十一条 住院起付标准和年度支付限额确定原则。职工基本医疗保险统筹基金支付住院医疗费用起付标准原则上不超过上年度全省全口径城镇单位就业人员年平均工资的10%，年度支付限额不超过上年度全省全口径城镇单位就业人员年平均工资的4倍。

第十二条 年度支付限额。职工基本医疗保险统筹基金年度支付限额为7万元。

第十三条 住院医疗待遇。参保职工在定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费用（含视同住院医疗费用），起付标准以上由职工基本医疗保险统筹基金按比例支付，额度不超过职工基本医疗保险统筹基金年度支付限额。

（一）起付标准。一级医疗机构（含社区医疗机构）为400元、二级医疗机构为600元、三级医疗机构为1200元，统筹区外省内三级医疗机构、省外非基层医疗机构和省外县级三级医疗机

构为2000元。一个年度内第二次及以后住院的，起付标准减半。视同连续住院的起付标准，另行规定。

（二）支付比例。在职职工，二级以下医疗机构为90%，三级医疗机构为85%；退休人员提高2个百分点。

第十四条 门诊重症慢性病医疗待遇。门诊重症慢性病病种范围、鉴定标准和医疗费用支付范围按省、市有关规定执行。门诊重症慢性病实行定点医疗、限额管理，政策范围内的医疗费用不设起付标准，由职工基本医疗保险统筹基金按在职职工90%、退休人员92%的比例支付。

第十五条 重特大疾病医疗待遇。重特大疾病住院和门诊病种范围按省、市有关规定执行。重特大疾病实行定点医疗、按病种付费、限额或定额管理，政策范围内的医疗费用不设起付标准。住院发生的政策范围内医疗费用由职工基本医疗保险统筹基金按县级医疗机构85%、市级医疗机构75%和省级医疗机构70%的比例支付。门诊发生的政策范围内的医疗费用（含门诊特定药品），由职工基本医疗保险统筹基金按85%的比例支付，终末期肾病门诊腹膜透析按90%的比例支付。

第十六条 用人单位应当自用工之日起30日内为新增人员申请办理参保登记或关系转移。新参保职工以起薪当月工资收入作为缴费基数缴纳职工基本医疗保险费，次月起按规定享受职工基本医疗保险待遇。用人单位与职工解除或终止劳动关系的，经用人单位申报，次月起核减缴费基数并停止其享受职工基本医疗保

险待遇。

第十七条 灵活就业人员选择参加职工基本医疗保险的，可选择全省全口径城镇单位就业人员月平均工资的60%作为缴费基数，缴费费率为4.9%，不建立个人账户。

有以下三种情形之一的，连续缴费满3个月后，次月起按规定享受职工基本医疗保险统筹基金支付待遇：

（一）新参加职工基本医疗保险且为灵活就业人员身份的；

（二）职工与用人单位解除或终止劳动关系超3个月后，以灵活就业人员身份办理职工基本医疗保险关系接续的；

（三）失业人员领取失业保险金期满超3个月后，以灵活就业人员身份办理职工基本医疗保险关系接续的。

职工与用人单位解除或终止劳动关系后3个月内，以灵活就业人员身份办理职工基本医疗保险关系接续的，缴费次月起按规定享受职工基本医疗保险统筹基金支付待遇。

灵活就业人员欠缴职工基本医疗保险费的，次月起暂停享受职工基本医疗保险统筹基金支付待遇。欠费3个月以内的，补齐欠缴金额及滞纳金后，恢复其职工基本医疗保险统筹基金支付待遇，中断缴费期间发生的医疗费用予以补支。欠缴超过3个月，再次申请参加职工基本医疗保险的，按新参保办理，连续缴费满3个月后，次月起按规定享受职工基本医疗保险统筹基金支付待遇。

灵活就业人员按职工基本医疗保险现行政策标准补足以往实

际缴费年限期间缴费差额，并以现行职工基本医疗保险缴费费率缴费的，次月起按规定享受个人账户待遇。退休时符合缴费年限规定，且按职工基本医疗保险现行政策标准补足以往实际缴费年限期间缴费差额的，退休后可按规定享受个人账户待遇。

灵活就业人员退休时达不到累计缴费年限或统筹区实际缴费年限要求的，以上年度全省全口径城镇单位就业人员月平均工资的60%为缴费基数予以补缴。

第十八条 失业人员领取失业保险金期间，由属地失业保险经办机构按月从失业保险基金中统一支付职工基本医疗保险费（包括单位缴费和个人缴费部分），失业人员个人不再缴费，缴费基数为上年度全省全口径城镇单位就业人员月平均工资的60%，缴费费率为9%，享受待遇期限与领取失业保险金期限一致。

第十九条 用人单位及职工应按时足额缴纳职工基本医疗保险费。用人单位未按时足额缴纳的，自欠缴之日起按日加收万分之五的滞纳金。拒不缴纳的用人单位，可冻结从职工基本医疗保险统筹基金中拨付医疗费，在职职工暂停职工基本医疗保险统筹基金支付待遇和个人账户划入，退休人员保障职工基本医疗保险统筹基金支付待遇、暂停个人账户划入。用人单位补足欠费及滞纳金后，恢复欠缴期间暂停的职工基本医疗保险待遇。

第二十条 用人单位实施转让、划拨、分立、合并、兼并、重组、重整、租赁或承包经营等事项，或变更单位名称、法人、

主要负责人、发起人或投资人，接收或继续经营者承担原用人单位及其职工相应的职工基本医疗保险责任，缴纳欠缴的职工基本医疗保险费。

用人单位破产、撤销（注销）的，退休人员由原单位按全市上年度退休人员人均医疗费标准，一次性缴纳10年的职工基本医疗保险费后，按规定享受退休人员职工基本医疗保险待遇。

退职人员职工基本医疗保险参照退休人员管理。

第三章 生育保险

第二十一条 统筹区内所有用人单位和职工参加职工基本医疗保险时，同步参加生育保险。生育保险的参保登记、缴费基数核定、基金征缴等经办业务按职工基本医疗保险有关规定执行。

第二十二条 生育保险费由用人单位缴纳，其中财政全额供给单位缴费费率为0.5%，由各级财政承担。其他用人单位、失业人员和灵活就业人员缴费费率为1%。退休时需补缴职工基本医疗保险不足年限的，未足额缴纳的生育保险费一并补缴。已办理退休手续但未在统筹区参加职工基本医疗保险的人员，在职时也未参加生育保险的，申请参加职工基本医疗保险时，按现行缴费费率一并缴纳生育保险费。

第二十三条 参加生育保险的女职工，在符合国家和我省计划生育政策规定的生育、终止妊娠或实施计划生育手术前，在统

筹区连续参保且缴费满9个月的，次月起按规定享受生育保险待遇。生育保险待遇包括生育医疗费用、生育津贴和一次性生育补助金，由职工基本医疗保险统筹基金支付，不计入职工基本医疗保险统筹基金年度支付限额。

第二十四条 生育医疗费用待遇。职工生育、终止妊娠或实施计划生育手术发生的政策范围内医疗费用，按以下标准定额支付：

（一）产前门诊检查定额标准为500元。

（二）自然分娩（含手法助产）定额标准为1200元，助娩产（含产钳助产、胎头吸引、臀位助产、臀位牵引）定额标准为1400元，剖宫产定额标准为2800元。以上三种分娩方式定额标准均含当次因生育引起的常见并发症的医疗费用。生育引起的常见并发症指先兆流产、先兆早产、过期妊娠、妊娠期高血压（无合并症）、妊娠期糖尿病、妊娠期肝内胆汁淤积症、妊娠剧吐、前置胎盘、多胎妊娠、巨大胎儿、羊水过少、羊水过多、胎儿生长受限、胎儿窘迫、胎膜早破、脐带异常、产褥感染和产褥中暑。

（三）当次因生育住院出现少见并发症定额标准为1400元。生育出现少见并发症指妊娠期高血压病或慢性高血压合并妊娠（子痫前期、子痫）、产后出血、子宫破裂、羊水栓塞、胎盘早剥并发症和异位妊娠（限手术治疗）。

（四）输卵（精）管绝育术和复通术定额标准为1400元，放置（取出）宫内节育器定额标准为80元。

(五) 门诊流产定额标准为160元，住院流（引）产定额标准为800元。

第二十五条 生育医疗费用不包括下列费用：

(一) 不符合国家、省计划生育法律、法规和政策规定生育的医疗费用；

(二) 不符合基本医疗保险、生育保险药品目录及基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施标准的医疗费用；

(三) 不孕症医疗发生的医疗费用；

(四) 因医疗事故发生的医疗费用；

(五) 婴儿发生的各项费用；

(六) 实施试管婴儿等辅助生殖技术发生的费用。

第二十六条 生育津贴待遇。女职工生育或终止妊娠按《河南省女职工劳动保护特别规定》和《河南省人口与计划生育条例》规定的产假时间享受生育津贴。生育津贴日标准按女职工所在用人单位上年度职工月平均工资除以30计发。新参保用人单位生育津贴日标准按参保后本单位职工月平均缴费基数除以30计发。灵活就业人员和领取失业保险金人员按上年度全省全口径城镇单位就业人员月平均工资的60%除以30计发。生育津贴享受天数按以下标准确定：

(一) 自然分娩的，享受98天生育津贴；难产或实施剖宫产手术分娩的，增加15天生育津贴；多胞胎生育的，每多生育1个婴儿增加15天生育津贴；

(二) 符合《河南省人口与计划生育条例》生育的，增加90天生育津贴；

(三) 怀孕满4个月流产的，享受42天生育津贴；

(四) 怀孕未满4个月流产的，享受15天生育津贴。

第二十七条 财政全额供给单位的女职工生育、终止妊娠，不享受生育津贴，产假期间的工资由用人单位照常发放。

第二十八条 退休、退职女职工符合国家和我省计划生育政策生育的，享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴。男职工在统筹区连续参保且缴费满9个月，配偶无工作单位，符合国家和我省计划生育政策生育且未享受居民基本医疗保险生育医疗待遇的，次月起按生育医疗费用定额标准的50%享受一次性生育补助金待遇。用人单位欠费在3个月内，按有关规定补足欠费和滞纳金后，生育保险待遇予以补支。在统筹区连续参保且缴费满9个月后，又发生欠费超过3个月，补足欠费和滞纳金后，欠费期间生育或实施计划生育手术的，只享受生育医疗费用待遇。女职工在以下两种情形生育或实施计划生育手术的，只享受生育医疗费用待遇：参加生育保险1年以上不满3年，与用人单位依法解除或终止劳动关系后，在24个月未就业期间；参加生育保险3年以上，与用人单位依法解除或终止劳动关系后未就业期间。

第四章 居民基本医疗保险

第二十九条 统筹区内不属于职工基本医疗保险覆盖范围的所有城乡居民参加居民基本医疗保险。包括下列人员：

- （一）农村居民；
- （二）城镇非从业居民；
- （三）各类全日制学生，学龄前儿童；
- （四）国家和我省规定的其他人员。

全日制大中专学生（含全日制研究生）原则上应在学籍地参加居民基本医疗保险。

第三十条 缴费和标准。居民基本医疗保险实行个人缴费和财政补助相结合，建立政府和个人合理分担、可持续的筹资机制。居民基本医疗保险个人缴费标准和财政补助标准每年按全省统一标准执行。

第三十一条 缴费时间。居民基本医疗保险费每年缴纳一次，缴费时间原则上为每年的9月至12月，参保居民缴费次年享受居民基本医疗保险待遇。

第三十二条 年度支付限额。居民基本医疗保险统筹基金年度支付限额为15万元。

第三十三条 住院医疗待遇。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（含视同住院医疗费用），起付标准以下由个人支付；起付标准以上由居民基本医疗保险统筹基金按比例支付，额度不超过居民基本医疗保险统筹基金年度支付限额，具体见下表：

医院类别	医院范围	起付标准	支付比例	
乡级	乡镇卫生院(社区医疗机构)	150 元	150 元—800 元	70%
			800 元以上	90%
县级	二级或相当规模以下医院	400 元	400 元—1500 元	63%
			1500 元以上	83%
市级	二级或相当规模以下医院	500 元	500 元—3000 元	55%
			3000 元以上	75%
	三级医院	1200 元	1200 元—4000 元	53%
			4000 元以上	72%
省级	二级或相当规模以下医院	600 元	600 元—4000 元	53%
			4000 以上	72%
	三级医院	2000 元	2000 元—7000 元	50%
			7000 元以上	68%
省外		2000 元	2000 元—7000 元	50%
			7000 元以上	68%

参保居民年度内在县级以上医疗机构第二次及以后住院，起付标准减半。14周岁以下参保居民住院起付标准减半。视同连续住院的起付标准，另行规定。年满80周岁参保居民发生的政策范围内住院医疗费用，支付比例提高5个百分点。

第三十四条 门诊重症慢性病医疗待遇。门诊重症慢性病病种范围、鉴定标准和医疗费用支付范围，按省、市有关规定执行。门诊重症慢性病实行定点医疗、限额管理，政策范围内医疗费用不设起付标准，由居民基本医疗保险统筹基金按65%的比例支付。

第三十五条 重特大疾病医疗待遇。重特大疾病住院和门诊

病种范围按省、市有关规定执行，实行定点医疗、按病种付费、限额或定额管理，政策范围内医疗费用不设起付标准。住院发生的政策范围内医疗费用由居民基本医疗保险统筹基金按县级医疗机构80%、市级医疗机构70%和省级医疗机构65%的比例支付。门诊发生的政策范围内医疗费用（含门诊特定药品）由居民基本医疗保险统筹基金按80%的比例支付，终末期肾病门诊腹膜透析按85%的比例支付。

第三十六条 门诊统筹医疗待遇。按保障适度、总额预算的原则，实行按人头付费，建立居民基本医疗保险门诊统筹制度。居民门诊统筹医疗待遇由居民基本医疗保险统筹基金支付，实行单独核算，不计入居民基本医疗保险统筹基金年度支付限额。

第三十七条 生育医疗待遇。参保居民住院分娩，住院医疗费用由居民基本医疗保险统筹基金定额支付。定额标准为自然分娩760元，剖宫产1870元。实际住院医疗费用低于定额标准的据实结算，超过定额标准的，按定额标准支付。市医保部门会同市财政部门根据全市经济社会发展情况适时调整公布定额标准。

第三十八条 新生儿医疗待遇。新生儿出生当年，随参加基本医疗保险的父母自动获取参保资格并享受居民基本医疗保险待遇。新生儿母或父参加我市基本医疗保险的，可凭其母或父身份证明、新生儿出生医学证明，以母或父身份享受出生当年居民基本医疗保险待遇。新生儿父母基本医疗保险参保地不在统筹区的，90天内在新新生儿户籍所在地医保经办机构办理参保登记手续，享

受出生当年居民基本医疗保险待遇。

第五章 基金运行管理

第三十九条 基本医疗保险基金分为职工基本医疗保险基金和居民基本医疗保险基金。职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户构成，生育保险基金并入职工基本医疗保险统筹基金统一管理。居民基本医疗保险基金全部为统筹基金。

第四十条 职工基本医疗保险统筹基金包括：

（一）征收的按规定计入统筹基金账户的职工基本医疗保险费和生育保险费；

（二）各级财政补助资金；

（三）利息收入；

（四）转移收入；

（五）历年基金结余；

（六）滞纳金、违约金和各类捐助等其他收入。

第四十一条 居民基本医疗保险统筹基金包括：

（一）征收的居民基本医疗保险费；

（二）各级财政补助资金；

（三）利息收入；

（四）历年基金结余；

（五）违约金和各类捐助等其他收入。

第四十二条 市医保部门负责牵头完善基本医疗保险和生育保险市级统筹工作，会同有关部门加强基金监管、维护基金安全。财政部门负责基本医疗保险、生育保险财政补助资金和分担资金的落实，财政专户的管理以及基金使用的监督。税务部门负责基本医疗保险费、生育保险费和滞纳金的征收。医保经办机构负责基本医疗保险基金的使用管理。市、县（市、区）政府按管理权限落实参保扩面、基金征缴、基本医疗保险财政补助资金和医疗救助资金筹集、政策执行、基金监管、缺口分担等主体责任。

全市基本医疗保险基金纳入市社会保障基金财政专户（以下简称市级财政专户）集中统一管理，实行市级统收统支、经办分级负责、“收支两条线”。按《中华人民共和国预算法》及实施条例、《中华人民共和国社会保险法》及若干规定、《社会保险基金财务制度》等规定统一编制基金预算，下达市本级、各县（市、区）年度收支计划，经法定程序批准后组织实施。基金预算管理办法由市医保、财政、税务部门制定。

第四十三条 基本医疗保险费和生育保险费征收维持现行模式，实行医保经办机构分级核定、税务部门分级征收。全市基本医疗保险基金按险种分别建账，市本级、各县（市、区）单独核算。

第四十四条 市财政部门在市级财政专户中分别设立职工基本医疗保险基金和居民基本医疗保险基金财政专户。市、县（市、区）医保经办机构分别设立职工基本医疗保险基金和居民基本医

疗保险基金支出账户（以下统称支出户）。各县（市、区）不再保留基本医疗保险基金财政专户。

第四十五条 市本级、各县（市、区）通过各级税务部门征缴系统，将基本医疗保险费和生育保险费收入按期全额直接缴入市级国库，市级国库分期划入市级财政专户。

市级以上财政安排的居民基本医疗保险参保补助资金直接划入市级财政专户，各县（市、区）财政安排的居民基本医疗保险参保补助资金应及时足额上解至市级财政专户。

第四十六条 建立基本医疗保险基金按月拨付制度。基本医疗保险和生育保险待遇支付实行用款计划管理，按月申报及拨付。各县（市、区）医保经办机构逐月提交基本医疗保险和生育保险待遇用款计划，经同级医保、财政部门核准，每月25日前报市医保经办机构审核汇总，经市医保、财政部门审批后，统一拨付至市级支出户，再由市级支出户分别拨付至各县（市、区）支出户。

第四十七条 建立基本医疗保险基金备用金制度。市、各县（市、区）医保经办机构应在支出户中预留相当于2个月正常待遇支出额的基本医疗保险和生育保险待遇支付备用金，以确保待遇支付。

第四十八条 建立市级风险储备金制度和基金缺口责任分担机制。每年按全市上年基本医疗保险统筹基金收入总额的10%，从当年实际征收的基本医疗保险费和生育保险费中提取，建立市

级风险储备金。市级风险储备金按市本级、各县（市、区）提取额度单独核算、统筹管理。

各级基本医疗保险基金当期收不抵支时，先申请以其累计结余基金进行弥补支付，仍不足时，经申请按照不超过当年从市本级或该县（市、区）提取市级风险储备金3倍的额度进行调剂。

市级风险储备金调剂后仍不足时，由市级风险储备金和市财政或该县（市、区）财政按比例分担：当年完成收支计划的，市级风险储备金与市财政或该县（市、区）财政按5：5比例分担；当年未完成收支计划的，市级风险储备金与市财政或该县（市、区）财政按2：8比例分担。

市级风险储备金不足时，由市、县（市、区）政府按《中华人民共和国社会保险法》和《社会保险基金财务制度》规定给予补贴，或根据实际情况调整基本医疗保险和生育保险政策。

市级风险储备金管理办法由市医保部门会同市财政部门制定。

第四十九条 建立风险评估预警机制。市医保部门组织对全市基本医疗保险基金收支运行总体情况进行监测和分析，全市基本医疗保险统筹基金累计结余应控制在6—9个月的平均支付水平。当基本医疗保险统筹基金累计结余连续3个月低于6个月平均支付水平时，进行基金风险预警，低于3个月时向市政府提出平衡基金收支的对策和措施。

第六章 医疗服务管理

第五十条 基本医疗保险和生育保险执行国家和省规定的基本医疗保险、生育保险药品目录以及基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施标准。纳入基本医疗保险基金支付范围的民族药、医疗机构制剂、中药饮片的目录准入、使用和支付标准的管理，按《基本医疗保险用药管理暂行办法》执行国家和省医保部门有关规定。

第五十一条 统一定点服务管理。提供基本医疗保险和生育保险服务的医疗机构和零售药店（以下简称医药机构）实行统一定点管理。统筹区内符合国家规定设立，且满足国家和省医保部门规定基本条件的医药机构，可向医保经办机构提出定点申请，经评估合格的，纳入拟签订医保协议机构名单，报同级医保部门备案。

第五十二条 实施协议管理。医保经办机构与评估合格的医药机构协商谈判，达成一致的，签订协议，明确双方权利、义务和责任，协议期限一般为1年。原则上由市级医保经办机构签订协议并向同级医保部门备案。医保经办机构组织对定点医药机构开展绩效考核，建立动态管理机制，在作出中止相关责任人员或所在部门涉及基金使用的医药服务、中止或解除协议等处理时，要及时报告同级医保部门。

第五十三条 推进分级诊疗。参保人员应首先选择在基层定

点医疗机构就医。参保职工办理转诊转院、异地就医备案手续或因急诊、精神疾病至统筹区外市级以上定点医疗机构住院的，基本医疗保险统筹基金支付比例在规定标准基础上降低5个百分点。参保人员未按规定办理转诊转院和异地就医备案手续到统筹区外市级以上定点医疗机构就医的，基本医疗保险统筹基金支付比例在规定标准基础上降低20个百分点。

第五十四条 实施直接结算服务。参保人员在基本医疗保险定点医疗机构就医、统筹区内定点零售药店购药即时直接结算。

第五十五条 落实异地长期居住就医备案。异地安置退休人员、常驻异地工作人员和异地长期居住人员，可申请办理异地长期居住就医备案，基本医疗保险待遇按省、市有关规定执行。原则上申请办理异地长期居住就医备案一年内不能变更或终止。

第五十六条 推进支付方式改革。按国家、省和市有关规定，结合基本医疗保险基金预算管理，统筹推进总额预付、按病种付费、按人头付费和按床日付费等多元化复合式支付方式改革。

第五十七条 完善医保医师管理制度。建立健全考核评价机制，规范医务人员纳入基本医疗保险基金支付范围的医疗服务行为，确保基本医疗保险基金合理使用。

第七章 监督检查

第五十八条 综合运用协议、行政、司法、信用评价、信息

化技术、社会监督等手段，健全严密有力的基金监管机制，确保基金合理使用、安全可控。

第五十九条 定点医药机构落实基本医疗保险基金合理使用主体责任，加强行业自律，履行协议约定，提供合理、必要医疗服务，配合监督检查。用人单位、参保人员、药品和医用耗材供应企业应履行法定义务，配合监督检查。

第六十条 医保部门可依法委托符合法定条件的组织或联合其他部门，采用日常巡查、专项治理、飞行检查等方式开展行政监管执法，查处医保领域违法违规行为。财政、税务、审计、卫生健康、人力资源社会保障、民政、市场监管、公安等部门在职责范围内予以配合，协同联动。

第六十一条 医保经办机构通过协议管理、费用审核和监控、日常考核、专项检查对定点医药机构履约情况进行检查，对用人单位、参保人员参保缴费和待遇享受情况实施稽核。加强内控内审，基金筹集、管理、支付情况以及医药机构定点管理情况，接受医保等部门和社会监督。

第六十二条 国家工作人员滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，基本医疗保险和生育保险参与者发生失职失责、不履行法定义务、不配合监督检查或调查、骗取基金支出以及其他违法违规违约行为的，依法依规给予处理。

第八章 附 则

第六十三条 市医保部门负责我市基本医疗保险和生育保险就医管理、转诊转院和异地就医管理、门诊重症慢性病管理、重特大疾病管理、门诊统筹管理、待遇支付比例和支付方式改革等有关政策的制定和调整。

第六十四条 市医保部门结合我市经济社会发展和基本医疗保险基金运行情况，对生育保险缴费费率，职工基本医疗保险缴费费率、住院起付标准和年度支付限额等标准适时进行调整，报市政府批准后执行。

第六十五条 本办法自印发之日起施行。

主办：市医保局

督办：市政府办公室六科

抄送：市委各部门，军分区，部、省属有关单位。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院。

三门峡市人民政府办公室

2021年2月7日印发

