

市政府关于印发
宿迁市基本医疗保险办法的通知
宿政规发〔2020〕4号

各县、区人民政府，市各开发区、新区、园区管委会，市各委、办、局，市各直属单位：

《宿迁市基本医疗保险办法》已经市政府五届六十六次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

宿迁市人民政府
2020年11月30日

（此件公开发布）

宿迁市基本医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为了完善基本医疗保险制度,规范基本医疗保险管理和服务,保障参保人员合法权益,根据《中华人民共和国社会保险法》等法律、法规,结合本市实际,制定本办法。

第二条 本市行政区域内基本医疗保险管理适用本办法。

第三条 本办法所称的基本医疗保险包括职工基本医疗保险(以下简称职工医保)和城乡居民基本医疗保险(以下简称居民医保)。

职工大额医疗费用补助、大病保险等补充保险管理,按照本办法规定执行。

第四条 基本医疗保险管理应当坚持保障水平与经济社会发展水平相适应,权利和义务相对等,以收定支、收支平衡、略有结余的原则。

第五条 市人民政府建立基本医疗保险联席会议制度,贯彻落实国家、省关于基本医疗保险工作的重大决策部署,统筹解决基本医疗保险政策执行过程中的重大问题。

县、区人民政府负责本行政区域内基本医疗保险工作,组织

单位和个人参加基本医疗保险。开发区（园区）、旅游度假区管理机构应当按照市人民政府规定的职责，做好本区域内基本医疗保险管理有关工作。

乡镇人民政府、街道办事处协助做好基本医疗保险管理工作。

第六条 医疗保障行政部门负责基本医疗保险管理工作。

医疗保险经办机构（以下简称经办机构）负责基本医疗保险登记、个人权益记录、待遇支付等服务工作。

财政、税务、卫生健康、民政、农业农村、残联、人力资源社会保障、教育、市场监管、公安等部门按照各自职责，配合做好基本医疗保险管理工作。

第二章 职工医保

第七条 用人单位及其职工应当参加职工医保。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以及其他灵活就业人员可以参加职工医保。

在用人单位参加职工医保的人员，与用人单位终止、解除劳动合同关系后，可以以灵活就业人员身份继续参加职工医保。

第八条 用人单位应当以本单位职工工资总额、职工工资收入作为缴费基数按月申报，足额缴纳职工医疗保险费，并依法履行代扣代缴义务。用人单位缴费费率为缴费基数的 8%，职工个人缴费费率为缴费基数的 2%。

灵活就业人员可以选择按月、按年等定期缴纳方式，按照缴费基数 9% 缴纳职工医疗保险费。失业人员领取失业保险金期间，应当缴纳的基本医疗保险费从失业保险基金中支付。

第九条 参保人员达到法定年龄退休，享受基本养老保险待遇，退休前处于连续参保缴费状态，且累计缴费年限（含视同缴费年限）男满 25 年、女满 20 年，实际缴费年限达 10 年以上的，退休后不再缴纳职工医疗保险费，享受退休人员医保待遇。

缴费年限未达到前款规定的，可以选择以养老金作为缴费基数，按照 9% 的缴费比例继续按月缴费至规定年限；或者按照退休前最后一个月缴费基数的 9% 一次性补缴至规定年限。

第十条 参保人员缴费基数的限额，按照社会保险缴费基数有关规定执行。

第十一条 职工医保基金由统筹基金和个人账户构成。统筹基金用于支付参保人员的门诊特检特治、门诊慢性病、门诊特殊病、住院等统筹医疗待遇和生育保险待遇。个人账户用于支付参保人员个人负担的医疗费用。个人账户和统筹待遇不重复享受。

第十二条 个人账户依法按比例划拨，但按照本办法第九条第二款规定选择一次性补缴的，补缴期间不予划拨。

参保人员基本医疗保险关系终止的，可以提取个人账户余额。

第十三条 职工参加基本医疗保险，自缴纳医疗保险费当月

起按照有关规定享受统筹医疗待遇，生育保险待遇按照有关规定执行。

职工缴纳医疗保险费后发生欠费，自欠费当月起3个月内补缴的，视同连续参保，连续享受统筹医疗待遇；超过3个月补缴的，欠费期间不享受统筹医疗待遇。

第十四条 灵活就业人员首次参保缴费满6个月后享受统筹医疗待遇和生育的医疗费用待遇。参保缴费后中断缴费在3个月以内补缴的，补缴期间视同连续参保，连续享受待遇；中断缴费超过3个月续缴的，按照首次参保缴费规定执行。

失业人员领取失业保险金期间，统筹医疗待遇、生育保险待遇按照有关规定执行。

第十五条 未达到规定缴费年限的退休人员，在办理退休手续后3个月内补缴或者一次性补缴的，补缴期间视同连续参保，连续享受统筹医疗待遇和生育的医疗费用待遇；中断缴费超过3个月的，补缴满6个月后享受待遇，一次性补缴的，自缴费当月起享受待遇。

第三章 居民医保

第十六条 全市范围内未参加职工医保的城乡居民，均可以参加居民医保。长期居住在我市的外地居民，未参加其它基本医疗保险的，可以参加居民医保。

第十七条 居民医保基金通过个人缴费和政府补助方式筹集，鼓励社会组织给予扶持或者资助。

重点医疗救助对象等参保居民个人缴费部分由政府按照规定补助。

第十八条 参保居民在每年第四季度办理下一年度参保缴费手续。大中专学生每年开学时由所在学校办理下一年度参保缴费手续。新生儿自出生之日起 90 日内办理参保缴费手续。未在规定时间内缴纳居民医疗保险费的，可以按照年度筹资标准补缴。

第十九条 参保居民按照规定享受普通门诊统筹、门诊慢性病、门诊特殊病和住院统筹等待遇。

符合国家和省有关政策生育的医疗费用，由居民医保基金按照规定报销。

第二十条 参保居民在规定时间内参保缴费的，享受下一年度居民医保待遇；大中专新生自开学之日起享受居民医保待遇，新生儿自出生之日起 90 日内缴费享受相应年度居民医保待遇。

上一年度正常参保缴费的居民或者新生儿，未在规定时间内参保缴费的，自缴费次月起享受居民医保待遇；上一年度未正常参保缴费或者首次参保的居民，未在规定时间内参保缴费的，自缴费当月起第四个月享受居民医保待遇。

第四章 职工大额医疗费用补助和大病保险

第二十一条 职工医保参保人员同步参加大额医疗费用补助。因住院发生的统筹范围内医疗费用，超出职工医保年度报销限额部分，由大额医疗费用补助基金按照规定报销。大额医疗费用补助待遇和统筹医疗待遇同步享受。

第二十二条 大额医疗费用补助筹资标准为每人每月 10 元，用人单位和职工分别缴纳 5 元。职工个人缴纳部分由用人单位代扣代缴。灵活就业人员、退休人员等参保人员的大额医疗费用补助费由个人全额缴纳。

第二十三条 基本医疗保险参保人员同步参加大病保险，大病保险资金按照规定从基本医疗保险基金中划拨。大病保险不设年度报销限额，大病保险待遇和统筹医疗待遇同步享受。

第二十四条 参保人员年度内发生的门诊特殊病、住院医疗费用，经职工医保、大额医疗费用补助或者居民医保报销后，个人负担的符合规定医疗费用超过起付标准部分，由大病保险资金按照规定报销。

第五章 参保关系转移衔接

第二十五条 参保人员连续 2 年以上参加基本医疗保险，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系，且中断缴费时间不超过 3 个月的，自缴费当月起享受待遇。中断缴费时间超过 3 个月的，按照本办法第十四条、第二十条规定执行。

第二十六条 参加居民医保的短期季节性务工人员或者灵活就业人员，在居民医保待遇享受期内参加职工医保，自缴费当月起享受职工医保待遇；职工医保参保关系暂停的，原居民医保待遇继续享受。

第二十七条 职工医保参保人员流动就业的，基本医疗保险关系可以按照规定办理转移接续手续，缴费年限累计计算。

第六章 医药服务管理和费用结算

第二十八条 经办机构根据管理服务的需要，可以与医疗机构、零售药店签订服务协议，规范医疗服务行为。

第二十九条 经办机构与定点医疗机构结算医疗保险费用，实行总额控制下按病种付费为主的多元复合式付费方式。

第三十条 参保人员凭社会保障卡或者医保电子凭证就医、购药时，定点医疗机构、零售药店应当核实身份。参保人员医药费用中应当由基本医疗保险基金支付的部分，由经办机构与定点医疗机构、零售药店直接结算。

第三十一条 参保人员在本市定点医疗机构双向转诊就医，由下级医疗机构向上级医疗机构转诊的，起付标准差额计算；由上级医疗机构向下级医疗机构转诊的，起付标准不再计算。

第三十二条 参保人员异地就医的，按照省规定的程序、待遇标准执行。

经办机构可以选择医疗技术水平较高的二级以上医疗机构负责异地转诊服务。

第三十三条 参保人员可以在出院后 2 年内到参保地经办机构办理零星报销；超过 2 年的，按照规定报销比例的 50% 执行。

第七章 基金管理

第三十四条 基本医疗保险基金实行全市统收统支和市级医保基金专户管理。市级经办机构应当依法编制年度预算、决算，按照规定程序报批后执行。

第三十五条 县、区基本医疗保险当期基金收入全额缴入市级国库后，划转至市级财政专户。县、区应当将财政补助部分及时上缴至市级财政专户。

第三十六条 市级医保经办机构按照本年度基金预算支出的总量，向各县、区预拨 1 个月的预付金，用于定点医疗机构基金预付。

第三十七条 县、区应当在预算年度内完成年度收支计划，并按照规定执行医保政策，当年基金收支相抵出现缺口的，经市医疗保障行政部门和财政部门同意，由基金累计结余补足；未按照规定执行医保政策形成的基金收支缺口，由县、区负责补足或者追缴到位。基金累计结余不足的，由市医疗保障行政部门会同财政部门提出调整方案，报市人民政府批准。

第三十八条 基金累计结余连续 2 年处于过多状态的,应当及时调整筹资标准、提高待遇水平,控制基金累计结余率。

当期基金收不抵支的,应当及时调整结算方式、待遇政策,强化支出管理,控制支出增长,确保基金收支平衡。

第八章 附 则

第三十九条 基本医疗保险筹资标准、待遇标准、支付方式等事项的调整,由市医疗保障行政部门会同有关部门提出方案,报市人民政府批准。

第四十条 本办法自 2021 年 1 月 1 日起施行。《关于印发宿迁市医疗和生育保险市级统筹暂行办法的通知》(宿政规发〔2011〕8 号)同时废止。