

铜仁市医疗保障局
铜仁市财政局
铜仁市人力资源和社会保障局
国家税务总局铜仁市税务局

铜医保发〔2023〕16号

铜仁市医疗保障局
铜仁市财政局
铜仁市人力资源和社会保障局
国家税务总局铜仁市税务局
关于印发《铜仁市职工基本医疗（生育）保险
实施办法》的通知

各区、县、自治县人民政府，铜仁高新区、大龙开发区管委会，
市政府各工作部门：

《铜仁市职工基本医疗（生育）保险实施办法》已经市政府

同意，现印发给你们，请认真遵照执行。



铜仁市医疗保障局



铜仁市财政局



铜仁市人力资源和社会保障局



国家税务总局铜仁市税务局

2023年12月29日

铜仁市职工基本医疗（生育）保险实施办法

第一章 总则

第一条 为进一步完善我市职工基本医疗（生育）保险制度，切实满足广大参保人员的基本医疗需求，根据《中华人民共和国社会保险法》《社会保险费征缴暂行条例》《医疗保障基金使用监督管理条例》《社会保险经办条例》等有关法律法规及《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）、《中共贵州省委 贵州省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（黔党发〔2020〕26号）等国家和省有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市行政区域内职工基本医疗保险和生育保险的参保、征缴、待遇、经办和监督管理，适用本办法。

第三条 职工基本医疗（生育）保险实行市级统筹，统一政策制度、统一参保缴费、统一保障待遇、统一基金管理、统一医疗保险目录、统一定点医药机构、统一经办服务、统一信息系统。

第四条 职工基本医疗（生育）保险应当遵循保障水平与经济社会发展水平相适应、权利与义务相对应、公平与效率相结合的原则，坚持应保尽保、权责清晰、保障适度、可持续的方针，坚持基本保障、公平享有、尽力而为、量力而行、以收定支、收支平衡、略有结余的原则。

第五条 区（县）人民政府是职工基本医疗（生育）保险的

责任主体，负责政策宣传解释、扩面征缴和基金监管。

第六条 市医疗保障部门负责全市职工基本医疗（生育）保险工作，制定或调整全市职工基本医疗（生育）保险政策并组织实施；县（区）医疗保障部门负责本行政区域内的职工基本医疗（生育）保险工作。

各级医疗保险经办机构负责具体经办服务工作，按照国家和省的相关要求提供标准化、规范化的职工基本医疗（生育）保险经办服务，实现市、县（区）、乡镇（街道）、村（社区）服务全覆盖。

第七条 相关部门主要工作职责

（一）税务机关负责制定或会同有关部门制定职工基本（生育）医疗保险费征管方案，负责职工基本（生育）医疗保险费申报受理、费款征收、会统核算、缴费检查、欠费追缴及违法处罚等工作，协助做好职工基本（生育）医疗保险参保扩面工作。

（二）财政部门负责将财政应负担的职工基本医疗（生育）保险费纳入财政预算，承担职工基本医疗（生育）保险基金专储、划拨工作。负责老红军、离休干部、1-6级伤残军人、建国初期参加革命工作脱产享受供给制待遇退休干部等人员的医疗资金保障工作。

（三）审计部门负责职工基本医疗（生育）保险基金的审计监督工作。

（四）卫生健康部门负责对医疗机构进行监督管理，规范医

疗服务行为，提高基本医疗（生育）保险服务质量。

（五）市场监管部门负责对药品经营机构进行监督管理，规范购销行为。

（六）人力资源社会保障部门负责按照职能职责对用人单位涉及医疗保险的劳动合同纠纷裁定及定点医药机构人员的技术职称评定、处理等工作。负责领取失业金人员领取失业金期间的医疗（生育）保险费代缴工作。

（七）退役军人事务部门负责军队转业人员、军休干部、1-6级伤残军人等军队退役人员的管理工作。

（八）老干部工作部门负责离休干部和建国初期参加革命工作脱产享受供给制待遇退休干部的管理工作。

（九）公安机关、综合行政执法部门按照各自职责，协同做好本办法实施工作。

第八条 鼓励用人单位和参保个人对违反职工基本医疗（生育）保险相关法律法规的行为进行举报。经查证属实的，按照有关规定给予奖励。接受举报的部门，应当对举报人的相关信息予以保密。

第二章 参保管理

第九条 本市行政区域内国家机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位、有雇工的个体工商户等用人单位及其职工，应当参加职工基本医疗（生育）保险。

本市行政区域内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就业人员（以下统称灵活就业人员），可以参加职工基本医疗保险。

享受失业保险待遇的失业人员（以下统称失业人员）依法参加职工基本医疗（生育）保险。

第十条 各级医疗保障局、医疗保险经办机构和税务机关应当加强管理、优化服务，提升参保缴费便利程度，杜绝重复参保、虚假参保，提高参保质量。

第十一条 新成立的用人单位，应当自成立之日起 30 日内向当地医疗保险经办机构申请办理医疗（生育）保险登记。用人单位新增职工的，应当自用工之日起 30 日内为其办理医疗（生育）保险登记。

参加职工基本医疗保险的灵活就业人员，应当自行申请办理基本医疗保险参保登记。

新增失业人员参加职工医疗（生育）保险的，由同级社会保险经办机构为其办理医疗（生育）保险登记。

第十二条 用人单位的医疗（生育）保险登记事项发生变更或用人单位依法终止的，应当自变更或终止之日起 30 日内到医疗保险经办机构办理变更或者注销医疗（生育）保险登记。

第三章 保费征缴

第十三条 税务机关依法征收职工基本医疗（生育）保险费，

及时将征缴明细信息传递给同级医疗保障局。

第十四条 职工基本医疗（生育）保险费由用人单位和在职职工个人按照规定共同缴纳，个人不缴纳生育保险费。参保单位按本单位上年度职工工资总额的 6.5%（含生育保险缴费费率 0.5%）缴纳，在职职工按本人上年度工资总额的 2%缴纳，按月征缴。灵活就业人员按规定缴纳基本医疗保险费，不另行征收生育保险费，缴费费率为 8%。医保退休人员不缴纳基本医疗（生育）保险费。

单位职工本人月缴费基数不得低于上一年度全市全口径城镇单位就业人员月平均工资，职工本人工资超过上一年度全市全口径城镇单位就业人员月平均工资 300%的，以 300%为缴费基数。

第十五条 参加职工基本医疗（生育）保险的参保人员，应同时参加职工大额医疗费用补助。大额医疗费用补助资金由用人单位和参保人员（含在职、退休、退职人员）共同缴纳，其中参保单位按本单位上年度职工工资总额的 0.3%缴纳，职工每年个人缴纳 48 元。社会化管理退休人员和灵活就业人员每年按本人缴费基数的 0.3%加上 48 元缴纳。

大额医疗费用补助一年一缴，于每年度的 1 月 20 日前一次性缴纳。参保单位及个人均按年度参加大额医疗补助，中途退出的其缴纳的大额医疗补助费不予返还。新参保单位及个人在首次缴费时一次性缴纳大额医疗补助费。

第十六条 缴费基数以国家和省规定列入基数范围的项目

核定为准，每年核定一次。

第十七条 用人单位应当依法申报、按时足额缴纳职工基本医疗保险（生育）保险费，非因不可抗力等法定事由不得缓缴、减免。职工个人应当缴纳的职工基本医疗保险费，由用人单位依法代扣代缴。

第四章 医疗（生育）保险基金

第十八条 职工基本医疗保险（生育）保险基金包括统筹基金、个人账户资金和大额医疗费用补助基金。

第十九条 基本医疗保险（生育）保险统筹基金包括：参保单位缴纳的基本医疗（生育）保险费、利息收入、按规定收取的滞纳金和其他应纳入统筹基金的费用。

第二十条 基本医疗保险个人账户基金包括：在职职工本人缴费、退休人员由统筹基金按基本养老金平均水平 3%划入个人账户部分、利息收入和其他应划入个人账户的资金。

第二十一条 大额医疗费用补助基金包括：参保单位和参保职工缴纳的大额医疗费用补助资金、利息收入、按规定收取的滞纳金、其他应纳入大额医疗费用补助基金的费用。

第五章 医疗（生育）保险待遇

第二十二条 用人单位和参保人员按时足额缴纳医疗（生育）保险费后，从次月起享受医疗（生育）保险待遇。灵活就业

人员在统筹地区首次参加职工医保的，自缴费之日起2个月后开始享受医疗（生育）保险待遇。

参加生育保险男职工的配偶，未就业且未参加职工、城乡居民基本医疗保险的，其生育医疗费用纳入生育保险待遇支付范围，不享受生育津贴（补助金）待遇。

第二十三条 未经批准缴费中断的，中断缴费3个月（含）以内的，可以补缴中断期间参保费用，并依法征收滞纳金，恢复正常缴费后，从缴费次日起恢复享受职工基本医疗（生育）保险待遇；中断缴费超过3个月后恢复正常缴费的，从缴费次月起享受医疗（生育）保险待遇，灵活就业人员至缴费之日起设置2个月待遇等待期。中断缴费期间的待遇不追溯，发生的医疗费用统筹基金不予支付。

基本医疗保险关系转移接续人员待遇衔接：办理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；参保人员已连续2年（含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3个月（含）以内的。可以补缴中断期间参保费用，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可享受待遇，中断期间的待遇可追溯享受。

职工基本医疗（生育）保险补缴均按本办法中第十五条对应缴费基数和缴费比例缴纳，同步按规定划入个人账户。

第二十四条 用人单位缴纳基本医疗（生育）保险费确有困

难时，应提前一个月向税务机关提出缓缴申请，经税务机关会商医保部门同意后可以缓缴，缓缴期最长为 2 个月，缓缴期内免收滞纳金，期满后补缴基本医疗（生育）保险费及利息。超过缓缴期不缴费的，由税务机关责令限期缴纳或补足，并自欠费之日起，按国家规定加收滞纳金；医疗保险经办机构从欠缴次月起停止参保单位的医疗（生育）保险待遇。未按规定缴纳的，由税务机关按相关法律法规进行处罚。

第二十五条 医疗保险统筹基金支付范围：符合统筹基金支付规定，超过起付标准，并在统筹基金支付限额（含最高支付限额）以内的门诊、住院（含急诊）医疗费用、生育医疗费用和生育津贴。

（一）普通门诊待遇

参保人员在定点医药机构门诊发生的医疗费用，纳入普通门诊报销。省内、跨省普通门诊及购药，均无需备案，直接结算。政策范围内医疗费用，超出年度起付标准的部分由统筹基金按比例支付，设置统筹基金年度支付限额。

1. 起付标准。年度累计起付标准为 150 元。

2. 支付比例。在职职工在一级及以下医疗机构（含社区卫生服务中心、乡镇卫生院、社区卫生服务站、诊所、村卫生室等）和门诊统筹定点药店支付比例为 70%，二级医疗机构支付比例为 60%，三级医疗机构支付比例为 50%。退休人员支付比例高于在职职工 5 个百分点。

3. 年度支付限额。每人每年支付限额为 2000 元。年度限额限当年使用，不结转累加。

（二）基本医疗保险住院医疗待遇

参保人员因病在省内住院的，无需办理异地就医备案手续，符合政策范围内的住院费用纳入医保统筹基金报销。

1. 起付标准。在职职工在省内一级及以下医疗机构为 200 元，二级医疗机构为 400 元，三级医疗机构为 600 元；跨省住院办理异地就医备案的统一为 800 元，未办理异地就医备案的统一为 1200 元。退休人员每个对应档次降低 100 元。

参保人员在同一年度内二次及以上住院治疗的，其起付标准按原起付标准的 50% 计算。最低起付标准 100 元。

2. 支付比例。在职职工在省内一级及以下医疗机构支付比例为 90%，二级医疗机构支付比例为 87%，三级医疗机构支付比例为 85%；跨省住院办理异地就医备案的统一为 80%，未办理异地就医备案的统一为 70%。退休人员支付比例高于在职职工 3 个百分点。

3. 年度支付限额。每人每年支付限额为 6 万元。

（三）大额医疗费用补助待遇

参保人员住院费用经基本医疗保险报销后进入大额医疗费用补助报销。

1. 起付标准。基本医疗保险统筹基金年度内支付超过 6 万元（不含 6 万元）的，其政策范围内的费用由大额医疗费用补助基

金支付。

2. 支付比例。省内支付比例统一为 92%；跨省住院办理异地就医备案的统一为 87%，未办理异地就医备案的统一为 77%。

3. 年度支付限额。每人每年支付限额为 50 万元。

（四）生育待遇

1. 生育门诊待遇。参保人员（含灵活就业人员）产前检查不设起付标准，按限额报销，待遇享受期截至预产期当月。

（1）支付比例。支付比例为 90%，不区分医疗机构级别。

（2）年度支付限额。基金支付限额为 1200 元。超支付限额的费用，可通过普通门诊、个人账户等渠道按规定支付。

2. 生育住院待遇。参保人员因生育、计划生育手术住院的，其住院医疗待遇按基本医疗保险住院医疗待遇标准执行。

3. 生育津贴。单位参保职工在统筹区参加职工基本医疗保险，连续缴费至分娩前不少于 6 个月（不含分娩当月），且至申领生育津贴时亦连续缴费未断保的，享受生育津贴待遇。灵活就业人员在我省参加职工基本医疗保险，连续缴费至分娩前已满 12 个月（不含分娩当月），且至申领生育补助时亦连续缴费未断保的，享受生育补助金待遇。申领生育津贴（补助金）需在分娩后 12 个月内（含 12 个月）；超出规定时间的，生育保险基金不予支付。

生育津贴与女职工本人工资不重复享受：属于机关和全额拨款、差额拨款事业单位女职工，由单位发放本人工资，如本人工

资低于生育津贴的，差额由职工基本医疗保险基金补齐；属于企业、自收自支事业单位女职工，由医疗保险经办机构发放生育津贴，所发生育津贴低于本人工资的，差额由单位补齐。

生育津贴（补助金）申报方式、支付标准、计算方式和计发天数按国家、省有关规定执行。

（五）参保人员院前产生的急诊急救门诊费用，符合医保基金支付范围的，可按住院待遇标准计入住院统筹基金支付限额，不设起付标准。

（六）跨省异地安置和长期居住、派驻、学习人员在备案地就医结算时，基本医疗保险和大额医疗费用补助基金的起付标准、支付比例、最高支付限额执行本统筹区就医时待遇标准；备案有效期内确需回本统筹区就医的，按本统筹区就医待遇标准执行。

（七）公务员医疗补助、慢特病门诊、重特大疾病医疗救助按现行政策执行。

（八）参保人员使用“三目录”中的“乙类药品”需先自付10%；使用“特殊诊疗项目”中的进口医用材料需先自付10%，其余项目需先自付5%。剩余政策内费用统筹基金再按规定比例支付。

第二十六条 医疗（生育）保险基金支付范围

1. 符合贵州省医疗保障局统一规定的用药范围、诊疗项目、医疗服务设施范围内的费用。

2. 个人账户资金可用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医药机构发生的应由个人负担的费用；参保人员配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险，以及与基本医疗保险紧密衔接的普惠性短期商业健康保险缴费。

第二十七条 医疗（生育）保险基金不予支付的医疗费用

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。

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支付。基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第二十八条 职工医保参保人员达到法定退休年龄或已办理职工养老保险退休手续后，且职工医保缴费年限符合下列条件之一的，退休后不再缴纳基本医疗（生育）保险费，按照规定享受统筹地区职工基本医疗保险退休待遇：

1. 我市职工医疗保险启动前（2003年1月1日）已经参加工作的，职工医保缴费总年限不少于10年，且贵州省内职工医保实际缴费年限不少于10年。

2. 我市职工医保启动后至2016年12月31日前参加工作的，职工医保缴费总年限不少于15年，且贵州省内职工医保实际缴费年限不少于10年。

3. 2017年1月1日以后参加工作的，职工医保缴费总年限不少于25年，且贵州省内职工医保实际缴费年限不少于10年。

4. 参加工作时间以人社、组织、退役军人等部门出具的参加工作（参军）时间认定材料为准。无相关职能部门出具认定材料的，参加工作时间以本人首次缴纳职工医保费的时间为准。

第二十九条 参保人员达到法定退休年龄或已办理职工养老保险退休手续后，其职工基本医疗（生育）保险实际缴费年限未达到本办法第二十八条规定年限的，按规定一次性趸缴至规定年限或继续顺延缴费至规定年限后，可享受退休人员基本医疗保险待遇。从未参加职工医保的人员，按规定一次性趸缴至规定年限后，可享受退休人员基本医疗保险待遇。

一次性趸缴的，以当年最低缴费基数为标准，缴纳职工基本医疗（生育）保险和大额医疗费用补助缴费，不计发个人账户。

第三十条 失业人员在领取失业保险金期间，参加职工基本医疗（生育）保险，享受基本医疗（生育）保险待遇。

第三十一条 被追究刑事责任判刑收监的参保人员，服刑期间不再享受职工基本医疗（生育）保险待遇。刑满释放后，服刑前已经享受退休人员职工医保待遇的医保退休人员，经申请恢复享受职工基本医疗保险和大额医疗费用补助待遇；非医保退休人

员，参加并缴纳职工基本医疗（生育）费用后，次月享受待遇。监外执行的，按时足额缴费后享受职工基本医疗（生育）待遇。

第三十二条 鼓励发展商业健康保险，满足职工多元健康保障需求。鼓励用人单位按照规定为职工购买商业健康保险。

第六章 监督管理与经办服务

第三十三条 市、县（区）医保部门会同相关部门加强职工基本医疗（生育）保险基金收支管理，并对用人单位、参保个人和定点医药机构进行监督检查，及时发现并防范化解各类风险。

第三十四条 各级医疗保险经办机构应当严格按照公共服务事项清单和服务指南规范业务经办流程，提供医疗保障相关经办服务，按时足额支付职工医疗保险待遇。

医疗保险经办机构应当按照职责分工及时为用人单位和参保人员建立档案，完整、准确记录职工基本医疗（生育）保险、大额医疗费用补助登记、缴费及待遇等个人权益的相关信息，并提供查询、咨询等服务。

第三十五条 按国家和省规定对定点医疗机构和定点药店实行协议管理，强化管理措施。

第七章 附则

第三十六条 老红军、离休人员、1-6级伤残军人等特殊群体，其医疗保障仍按《国务院关于建立职工基本医疗保险制度的

决定》（国发〔1998〕44号）规定执行。

第三十七条 本办法实施后，国家和省对职工基本医疗（生育）保险政策另有规定的，从其规定，由市医疗保障部门结合我市实际对本办法规定的待遇标准进行调整。

第三十八条 本办法自2024年1月1日起施行。

抄送：市委各工作部门，市纪委监委，铜仁军分区，各新闻单位，
各人民团体，各大中专院校；
市人大常委会办公室，市政协办公室；
市中级人民法院，市检察院；
各民主党派市委。

铜仁市医疗保障局办公室

2023年12月29日印发

共印 100 份