河源市基本医疗保险实施办法

（征求意见稿）

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我市基本医疗保险制度，保障人民群众享受基本医疗待遇，促进经济社会和谐发展，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》《广东省关于深化医疗保障制度改革的意见》和《广东省医疗保障局广东省财政厅关于建立广东省医疗保障待遇清单制度的实施方案》等规定，结合我市实际，制定本办法。【对应原职工、居民医保实施办法第一条】

第二条【新增】 基本医疗保险包括城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）和职工基本医疗保险（职工基本医疗保险与职工生育保险合并实施，以下简称职工医保）。补充医疗保险制度包括居民大病保险、职工大额医疗费用补助（含职工大病保险）和公务员医疗补助。现行补充医疗保险修改为职工大额医疗费用补助。公务员医疗补助具体办法另行制定。【对应原职工医保实施办法第六条，有修改】

第三条 参加居民医保和职工医保且按本办法规定缴费的统称“参保人”。参保人实行定点就医制度。

第四条 基本医疗保险制度遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，坚持权利与义务相对应、待遇与缴费相挂钩、属地管理，实行市级统筹、分级管理，职工医保和居民医保基金分账管理，统一覆盖范围、筹资标准、待遇水平、基金管理、经办服务、信息管理。【对应原居民医保实施办法第三条】

基本医疗保险基金纳入社会保障基金财政专户，实行收支两条线管理，独立核算，专款专用，并按国家有关规定计息，实现保值增值，任何单位和个人均不得改变其性质和用途，不得拖欠、挪用、截留或侵占。【对应原居民医保实施办法第十五条】

基本医疗保险基金按照国家、省的有关规定执行会计制度和财务管理制度，并建立健全基本医疗保险基金预决算制度和内部审计制度，并及时向社会公布基金的运行情况。【对应原居民医保实施办法第十六条】

第五条 各县（区）政府负责本辖区基本医疗保险工作，将基本医疗保险工作列入经济社会发展规划和年度工作计划，组织做好宣传发动和参保缴费工作，落实基本医疗保险所需的机构设置、人员编制以及经费。

市、县区医疗保障部门主管基本医疗保险工作，具体负责本办法组织实施、监督和指导。各级医保经办机构负责基本医疗保险业务经办工作。

税务部门负责基本医疗保险（含职工大额医疗补助）具体征缴管理办法的制定和征缴管理。负责提供基本医疗保险在征收过程中所需要的征收票据。建立税务、财政、医保经办三方对账制度。

市、县（区）卫生健康、市场监督部门应当配合基本医疗保险制度改革，同步推进医药卫生体制改革，加强医药卫生从业人员职业道德教育，规范医疗和经营行为，满足参保人员基本医疗服务需要。

发展改革、人社、教育、公安、民政、财政、审计、乡村振兴、残联、移民、退役军人事务局等部门，应当按各自职责协同实施本办法。【对应原职工、居民医保实施办法第三条、第五条】

第六条 各县（区）政府依法依规保障基本医疗保险基金征集，基本医疗保险基金不足支付时，由市、县（区）政府统筹解决。

第七条 基本医疗保险基金及其收益按国家规定免征税费。【对应原职工医保实施办法第五条】

第二章 基本医疗保险实施对象、基金筹集和管理

第八条 居民医保参保对象：本市户籍或持有本市居住证，且未参加职工医保的非从业居民（含港澳台人员）；本市行政区域内的各类高等学校、中等职业技术学校、技工学校及科研院所等院校、中小学校的全日制在校学生，以及幼儿园学生。【对应原居民医保实施办法第四条，有修改】

第九条 职工医保参保对象：职工医保是强制性社会保险，覆盖所有用人单位职工。用人单位应当为全体职工（含退休人员）办理参加职工医保。

法定劳动年龄内的下列人员（以下简称灵活就业人员）可参加职工医保，不受户籍限制。

（一）无雇工的个体工商户；

（二）未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员；

（三）依托电子商务、网络约车、网络送餐、快递物流等新型业态平台实现就业，且未与新型业态平台企业建立劳动关系的新型业态从业人员；

（四）国家和我省规定的其他灵活就业人员。

灵活就业人员可凭本人有效身份证件在户籍地参加职工医保，也可凭本人有效身份证件和我省就业登记证明在就业地参加职工医保。香港澳门台湾籍灵活就业人员可凭港澳台居住证在居住地参加职工医保，或凭我省就业登记证明在省内就业地参加职工医保。无雇工的个体工商户可凭本人有效身份证件和个体工商营业执照在注册登记地参加职工医保。

在本市办理就业登记的外国籍人员，可依照本规定参加职工医保。

领取失业金期间的失业人员、因工致残被鉴定为一级至四级伤残的工伤职工（包括保留劳动关系和办理伤残退休手续的人员），应当按照规定参加职工医保。【对应原职工医保实施办法第七条，有修改】

第十条 建立居民医保基金和职工医保基金。居民医保不设个人账户。【对应原居民医保实施办法第六条】职工医保个人账户按照本市职工门诊共济管理办法执行。【对应原职工医保实施办法第二十四条，有修改】

第十一条 居民医保基金来源包括：参保人缴纳城乡居民医疗保险费、各级财政补助资金、利息收入、社会捐赠、其他合法收入。【对应原居民医保实施办法第七条】

职工医保基金的来源包括：用人单位和参保人员缴纳的职工医保费、利息收入、滞纳金、地方财政补贴、其他合法收入。【对应原职工医保实施办法第九条，有修改】

第十二条 居民医保实行个人缴费和财政补助相结合的筹资方式。居民医保年度为自然年度，原则上每年9—12月集中办理下一年度居民参保手续。参保人应按缴费标准，一次性足额缴纳全年城乡居民医保费。

（一）居民医保个人缴费标准按国家、省公布标准执行。

（二）各级财政补助资金按照国家、省、市有关规定执行。

（三）参加居民医保所需财政补助资金按照行政区域关系，由同级财政负责安排。【对应原居民医保实施办法第八条】

（四）鼓励有条件的村（居）集体经济组织，对本村（居）居民参加居民医保给予个人缴费补助。【对应原居民医保实施办法第九条】

（五）困难人员缴费：纳入监测范围的农村返贫致贫人口、低保对象、低保边缘家庭成员、特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童等困难人员，其个人缴费部分由政府全额资助。特困人员资助标准按国家待遇清单要求执行，其他救助资助标准按省要求执行。【对应原居民医保实施办法第十条，有修改】

第十三条 居民医保中途参保管理：特殊群体（新生儿 、已办理职工医保中止手续的人员、新迁入统筹区户籍人员、中途转入统筹区就读学生、刑满释放人员、退役士兵、支出型困难家庭成员等）和困难人员，在当年医保年度内可以按规定中途参加居民医保，办理参保缴费手续。缴费标准按当年度居民医保参保缴费标准全额缴交。居民医保保险费退费，按国家、省有关规定执行。【对应原居民医保实施办法第十二条，有修改】

第十四条 居民医保各级财政补助资金纳入年度财政预算安排。市、县区财政部门每年根据核定的参保人数，于9月底前将财政补助资金划入居民医保基金市级统筹财政专户。【对应原居民医保实施办法第十三条】

第十五条 用人单位应当按规定如实向医保费征收部门申报参保人数和缴费工资。

用人单位应当自成立之日起30日内，到所属的税务部门办理职工医保登记手续；用人单位依法终止或者其职工医保登记事项发生变更的，应当自终止或者变更之日起30日内，到所属的税务部门办理注销或者变更职工医保登记手续。参保情况发生变动时，须在当月25日前到税务部门办理变动手续。【对应原职工医保实施办法第十条】

第十六条 用人单位及其职工应当按时足额缴纳职工医保费；职工缴纳的职工医保费由用人单位在职工本人工资中代为扣缴。灵活就业人员参加职工医保，由个人按规定缴费。【对应原职工医保实施办法第十一条】

第十七条 停产、半停产企业的在职职工、领取失业保险金期满的本市户籍失业人员可转为按灵活就业人员身份参加职工医保或按城乡居民基本医疗保险政策规定参加城乡居民医保。【对应原职工医保实施办法第十三条】

第十八条 职工医保缴费基数和费率：

（一）职工医保用人单位缴费基数为本单位职工缴费工资总额，个人缴费基数为本人工资收入。生育保险缴费基数与职工医保一致。

以我市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资（以我市城镇非私营单位就业人员平均工资和城镇私营单位就业人员平均工资加权计算，以下简称：我市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资）为依据核定缴费基数上下限，上限按照本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的300%确定，下限按照本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的60%确定。

（二）参加职工医保的机关事业单位、社会团体单位月缴费费率为6.5%（含职工生育保险0.5%），其他用人单位单位月缴费费率为5.5%（含职工生育保险0.5%），个人月缴费费率为2%。个人缴费部分由用人单位按月从职工工资中代扣代缴。退休人员个人不缴纳个人月缴费费率2%。

（三）参加职工医保的灵活就业人员，选择个人账户的，月缴费费率为7%（含个人缴费2%）；不选择个人账户的，月缴费费率为5%（不含个人缴费2%），缴费基数上下限按上述（一）有关规定执行。

（四）失业人员月缴费费率为5%，领取失业保险金期间，在失业保险关系所在地参加职工医保，以本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数。应当缴纳的职工医保费从失业保险基金中支付，个人不缴纳基本医疗保险费，不划拨个人账户。

（五）因工致残被鉴定为一级至四级伤残的工伤职工（包括保留劳动关系和办理伤残退休手续的人员），工伤保险基金月缴费费率为5%，个人月缴费费率为2%。在伤残津贴领取地参加职工医保，以工伤职工伤残津贴为缴费基数，应当由用人单位缴纳的职工医保费按照规定由工伤保险基金支付，个人按规定缴费。

（六）用人单位缴纳的职工医保费按原经费渠道列支。职工个人缴纳的职工医保费在个人所得税前列支。【对应原职工医保实施办法第十四条，有修改】

（七）参加职工医保的参保人员达到法定退休年龄时，而职工医保累计实际缴费年限未达到最低缴费年限的，选择一次性缴纳或逐月缴纳的，费率按照缴费当时费率执行。

第十九条 参加职工医保的，必须参加职工大额医疗费用补助，缴费标准按市医保管理中心与承保商业保险公司签订的协议保费标准确定。

在领取失业保险金期间，失业人员职工大额医疗费用补助保费从失业保险基金中列支，个人不缴费。灵活就业人员以及由政府资助参加基本医疗保险的困难企业退休人员的职工大额医疗费用补助保费，全部由个人缴纳。【对应原职工医保实施办法第十四条第五款，有修改】

第二十条 职工医保缴费年限：

（一）参加职工医保累计缴费年限男职工30年（含30年）、女职工25年（含25年）。参保职工达到法定退休年龄前，在不同时段参加的职工缴费年限可合并计算。

（二）参加职工医保的参保人员达到法定退休年龄时，而职工医保累计实际缴费年限未达到最低缴费年限的，由用人单位以我市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数，并按年递增10%的幅度一次性缴纳所缺年限的医疗保险费；或由用人单位以我市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数，逐月缴纳直至规定的最低缴费年限。

（三）国有企业经批准实施改组转制、整体转让、关闭破产或其他形式实施退出安置的职工按以下方式缴纳医疗保险费：

1.退休人员由用人单位按本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数，并按年递增10%的幅度一次性补缴所缺年限的医疗保险费；

2.距法定退休年龄5年以内的职工，先由单位和职工按本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数，并按年递增10%的幅度一次性缴纳至达到法定退休年龄，再由用人单位继续按年递增10%的幅度一次性补缴所缺年限的医疗保险费。

（四）用人单位或退休职工在一次性缴纳或按月缴交基本医疗保险费时，同时一次性缴纳或按月缴交职工大额医疗费用补助保费。一次性缴纳职工大额医疗费用补助保费的标准，按一次性缴纳当年规定的标准并按年递增10%的幅度缴交，按月缴交的按当年规定缴费标准缴交。一次性缴纳的职工大额医疗费用补助保费分年度划拨给承保公司。

由政府资助参加基本医疗保险的困难企业退休职工可参照前款规定一次性缴纳或按月缴交职工大额医疗费用补助保费。

退休职工一次性缴纳的职工大额医疗费用补助保费按年度支付完毕后，由职工医保统筹基金支付。【对应原职工医保实施办法第十五条，有修改】

第二十一条 用人单位、参保人员按月缴纳职工医保费确有困难的，经县级以上医保费征收部门批准，可以缓期缴纳，但缓缴期不得超过3个月。

经批准缓缴医疗保险费的，缓缴期满后补缴所欠医疗保险费和利息（活期）的，按规定享受职工医保待遇；缓缴期满未补缴或未申请缓缴或申请缓缴未获批准的用人单位，从欠缴的次月起暂停支付其单位全部参保人员的医疗保险待遇（含退休人员），欠缴期间参保人员发生的医疗费用由用人单位负担，医保基金不予支付；待补缴欠费和滞纳金或利息后，则补记个人账户和补记缴费年限；补缴后同时再续缴的，从次月起可继续享受职工医保待遇。【对应原职工医保实施办法第十七条】

第二十二条 基本医疗保险基金实行基金缺口分担机制。各县区完成当年市下达的扩面征缴目标任务后，当年基本医疗保险基金如出现收支缺口，缺口部分按“3：7”的比例由市、县区分别承担。未完成当年市下达扩面征缴目标任务的，缺口部分按“1：9”的比例由市、县区分别承担。【对应原政策，有修改】

第四章 基本医疗保险待遇

第二十三条 居民医保待遇享受时间：

参保人自缴费后的下一医保年度内享受相应的医保待遇。

个人缴费部分由政府全额资助的困难人员中途参保，从完成参保登记、做好身份标识之日起即可享受医保待遇。

新生儿参保登记应使用本人真实姓名和身份证明。缴费期结束后，新生儿可于出生6个月内在户籍地或居住地参加居民医保，其出生到参保前所发生的医疗费用给予支付；新生儿出生6个月内死亡无法办理户籍的，可凭死亡医学证明在父亲或母亲户籍地参加居民医保，其出生到参保前所发生的医疗费用给予支付。对已使用虚拟号参保或非本人姓名参保的新生儿，其监护人应尽快到参保地医保经办机构更新参保信息，确保新生儿使用真实姓名和身份证明参保。

其他特殊群体中途参保人员，从缴费次月1日起享受医疗保险待遇。

参保人员已连续2年（含）以上参加基本医疗保险，由职工医保切换至居民医保的，中断缴费3个月（含）以内的，可按规定办理居民医保补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在我市按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。中断缴费3个月以上的，设置3个月的待遇享受等待期。【对应原居民医保实施办法第十八条，有修改】

第二十四条 职工医保待遇享受时间：

职工医保按月缴费，参保人自缴费次月起享受待遇，停止缴费次月起停止待遇。

（一）失业人员在领取失业保险金期间享受相应的职工医保待遇，自符合失业保险金领取条件的次月起享受待遇。

（二）已连续参加我省基本医疗保险2年及以上的灵活就业人员，中断缴费3个月内(含）参加职工医保的，可按规定办理基本医疗保险补缴手续，补缴后不设置待遇享受等待期；中断缴费时间超过3个月后参加职工医保的，设置3个月的待遇享受等待期（个人账户正常划拨）。

（三）职工医保参保人在省内转移接续的，参保人在转出地最后一次缴费的次月，仍享受转出地的职工医保待遇。在转移接续前连续缴费未中断的，参保人在转入地参加职工医保后，自缴费次月起享受转入地的职工医保待遇。在转移接续前中断缴费3个月（含）以内的，可按省基本医疗保险关系省内转移接续暂行办法享受待遇。中断缴费3个月以上的，设置3个月的待遇享受等待期（个人账户正常划拨）。

（四）参保人员已连续2年(含）以上参加基本医疗保险，由居民医保切换至职工医保的，以及在市内办理工作调动手续中断缴费的，中断缴费3个月(含）以内的，可按规定办理职工医保补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可在我市按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。中断缴费3个月以上的，设置3个月的待遇享受等待期（个人账户正常划拨）。

（五）参保职工跨省就业、户籍或常住地变动的，医疗保险关系转移按照国家有关规定执行。【对应原职工医保实施办法第十二条，有修改】

第二十五条【新增】 普通门诊待遇：居民普通门诊待遇按照本市普通门诊管理办法有关规定执行，具体办法另行制定。职工普通门诊待遇按照本市职工基本医疗保险门诊共济保障管理办法执行。

第二十六条 住院医疗保险待遇：

参保人因病发生符合规定的住院医疗费用，对于起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内医疗费用，由个人、基本医疗保险基金按规定负担。

（一）起付标准。基本医疗保险住院起付标准分别为市内一级医院（含未定级的医疗机构，下同）250元、二级医院350元、三级医院500元，市外医院1000元(不分医院级别)。起付线以下的医疗费用由参保人自负（住院费用未达到起付线的不纳入医保报销）。符合卫健部门分级诊疗转诊规定，并办理转诊转院手续的，住院患者可以连续计算起付线。

（二）支付比例。居民医保参保人因病住院发生符合规定的医疗费用，居民医保基金支付比例为：市内一级医院92%、二级医院75%、三级医院60%，市外医院(不分医院级别)55%。

职工医保参保人因病住院发生符合规定的医疗费用，职工医保基金的支付比例为：市内一级医院92%，二级85%、三级医院85%，市外住院（不分医院级别）80%。职工医保连续缴费不满6个月的，职工医保基金支付比例为60%（不分医院级别）。

除急诊、抢救外，未办理备案或不符合转诊规定直接到市外定点医疗机构就医的，居民医保基金、大病保险支付比例分别降低10个百分点；职工医保基金支付比例为60%，大病保险支付比例降低10个百分点。除急诊、抢救外，参保人员在非定点医疗机构就医发生的费用医疗保障基金不予支付。【对应原职工医保实施办法第二十一条，有修改】

（三）参保居民因病发生符合规定的医疗费用，居民医保基金在一个年度内的最高支付限额为42万元（含市内外住院、门诊特定病种、急诊抢救和留院观察、一次性补助等，叠加居民大病保险）。建立动态调整机制，原则上不低于本市上上年度居民年人均可支配收入的8倍。【对应原居民医保实施办法第十九条，有修改】

（四）参保职工因病发生符合规定的医疗费用，职工医保基金在一个年度内的最高支付限额为119万元（含市内外住院、门诊特定病种、急诊抢救和留院观察，叠加职工大病保险、职工大额医疗费用补助）。建立动态调整机制，原则上不低于本市上上年度城镇单位在岗职工年平均工资的8倍。【对应原职工医保实施办法第二十条，有修改】

第二十七条【新增】 门诊特定病种待遇：省、市规定的诊断明确、病情相对稳定、需在门诊长期治疗或诊疗方案明确的疾病，门特医疗费用由医保基金按规定支付。具体办法另行制定。

第二十八条 生育待遇：

（一）居民医保参保人符合计划生育政策分娩的，在定点医疗机构发生的生育医疗费用，下列项目可享受一次性补助：

1.产前检查：符合国家和省规定的产前检查补助标准为500元。

2.终止妊娠：补助标准为300元。

3.自然分娩补助1500元、剖宫产补助3000元。

4.分娩住院期间诊治妊娠合并症、并发症：5000元。

上述实际费用额低于补助标准的按实际费用额支付，高于补助标准的按补助标准支付。【对应原居民医保实施办法第二十一条，有修改】

（二）职工医保参保人生育待遇按照本市职工生育保险相关办法执行。

第二十九条【新增】 大病保险待遇：参保人发生符合基本医保规定的当年累计住院医疗费用和门诊特定病种项目费用总额，经基本医疗保险报销后，超过大病保险起付标准以上的个人自付部分（不包括起付线），纳入大病保险支付范围。具体办法另行制定。

第三十条 职工大额医疗费用补助待遇：

参保职工（连续缴费满6个月以上，含6个月）当年每次发生的，符合分级转诊规定、办理异地就医备案和“三个目录”的合规住院费用（含起付线、个人自付），经基本医疗保险或基本医疗保险和大病保险报销后，实际报销比例不足76%的，不足部分由职工大额医疗费用补助基金支付；超过基本医疗保险或基本医疗保险和大病保险最高支付限额的部分，由职工大额医疗费用补助基金支付76%。职工大额医疗费用补助基金在一个年度内最高支付限额为57万元。【对应原职工医保实施办法第二十三条，有修改】

第三十一条【新增】 参保人在定点医疗机构急诊抢救、留院观察后，在同一医院直接转为住院的，其急诊抢救、留院观察期间发生的不间断的医疗费用，应纳入住院医疗费用报销。

参保人在定点医疗机构急诊抢救、留院观察后，发生的急诊抢救、留院观察医疗费用报销不设起付线，职工医保基金支付比例为75%，居民医保基金支付比例为55%。

第四章 基本医疗保险待遇管理

第三十二条 参保人住院时间跨年度的，按参保人实际出院日期的年度享受相应待遇，基本医疗保险、大病保险、职工大额医疗费用补助等计入参保人出院时间所在年度。出院时属于未参保年度的医疗费用，基本医疗保险基金不予支付。【对应原居民医保实施办法第二十二条，居民职工合并表述】

第三十三条 下列医疗费用不纳入基本医疗保险统筹基金支付范围：

（一）应当由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。【对应原居民医保实施办法第二十四条，有修改】

第三十四【新增】 未列入广东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（简称《药品目录》）范围内的药品为自费药品，基金不予支付。

《药品目录》中标注“乙类”字样的药品，按95%纳入统筹基金支付范围。

使用全血或成份血时，按“乙类”药品支付。

白蛋白只限适应症使用，个人自付30%后，再由基金按比例支付。

第三十五条 大病保险、职工大额医疗费用补助由市医疗保障部门通过公开招标确定服务好、信誉高、赔付合理的商业保险公司承保，市医保管理中心作为投保人与承保商业保险公司签订协议，明确双方职责和被保险人权利及违约处理等事项。【对应职工医保实施办法第四十三条】

第三十六条【新增】 参保人在住院、门诊特定病种治疗期间，需要到院外检查检验的项目，原则上在市内其他定点医疗机构开展检查检验，市内定点医疗机构无法开展的，可以在市外定点医疗机构或者具有相应资质的临床检验中心、病理诊断中心、影像诊断中心等符合检查、检验结果互认的第三方服务机构进行检查、检验。

院外检查检验所产生的费用，同时符合以下条件的，应纳入医保基金支付范围，与当次就医的医疗费用合并计算，由送检定点医疗机构按住院或门特规定予以直接结算：

（一）符合卫健部门审批的本院诊疗科目所需的项目；

（二）本院无该检查检验设备；

（三）相关项目纳入本市公立医疗机构服务项目价格标准定价范围，市外、第三方服务机构按照本市送检医疗机构医疗服务项目价格标准执行。低于送检医疗机构收费标准的，按实际价格执行。

（四）有主管医生医嘱和病历记录，确因病情需要到院外做的检查、检验；

（五）有按主管医生医嘱到院外检查、检验的相关结果。

第五章 定点机构管理

第三十七条 基本医疗保险实行定点医疗机构协议管理制度。医保经办机构依照国家有关规定与定点医疗机构签订医疗保险服务协议，明确双方的权利、义务和责任。【对应原职工、居民医保实施办法第二十六条、第二十五条】

第三十八条 基本医疗保险药品目录、诊疗项目及医疗服务设施范围、医用材料目录和支付标准，按国家、省、市有关规定执行；超出目录和标准范围的费用，基本医疗保险基金不予支付。【对应原职工、居民医保实施办法第二十七条、第二十六条】

第三十九条 加强基本医疗保险基金预算管理，进一步完善区域点数法总额预算和按病种分值付费结算、按人头付费、按床日付费、预付等多元复合型付费方式改革，推进支付方式科学化、精细化、标准化管理。具体项目标准由市医疗保障部门会同相关部门确定。【对应原职工、居民医保实施办法第二十八条、第二十七条】

第四十条 各定点医疗机构要严格遵守基本医疗保险各项规定和管理办法，坚持“因病施治、合理检查、合理用药、合理收费、结算公开”的原则，保障广大参保人的基本医疗权益。【对应原职工、居民医保实施办法第二十九条、第二十八条，有修改】

第四十一条 参保人在市内定点医疗机构住院期间发生的医疗费用，属个人自付部分，由定点医疗机构直接与参保人结算；属统筹基金、大病保险、职工大额医疗费用补助、医疗救助支付部分，由医保经办机构、大病保险承办机构与定点医疗机构按规定进行结算。参保人在市外、省外定点医疗机构发生的住院医疗费用，按异地就医结算办法结算。【对应原职工、居民医保实施办法第三十条、第二十九条，有修改】

第四十二条 定点医疗机构应配备相应的基本医疗保险管理机构和人员，负责基本医疗保险相关工作。

定点医疗机构的医务人员应严格按基本医疗保险规定提供基本医疗服务，并接受病人的监督；对特殊检查、治疗以及转院的，应严格按规定程序办理审批手续。定点医疗机构在与医保经办机构和参保人结算医疗费用时，应同时向付费方提供有关医疗费用的相关资料。定点医疗机构医务人员在使用自费药品和进行自费检查治疗前，应征得患者或患者亲属的同意，如患者病情危急需立即实施救治的，应在救治后履行书面告知义务。

对于纳入医保报销的诊疗项目，定点医疗机构应当严格执行项目内涵和收费标准。定点医疗机构提供的超出基本医疗保险规定范围的服务项目、收费标准，造成医疗保障基金损失的，依法应当予以退回。定点医疗机构医保费用结算按照具体经办规程办理。【对应原职工、居民医保实施办法第三十一条、第三十条，有修改】

第四十三条 市、县（区）医疗保障部门对定点医疗机构执行基本医疗保险制度情况进行监督、检查和考评。

市、县（区）医疗保障部门应建立定点机构服务质量考评制度，医保经办机构应在定点医疗机构基本医疗保险结算资金中按5%的比例暂扣服务质量考评金。服务质量考评金根据年度考评结果给予返还或扣减，扣减的服务质量考评金留基金使用。

定点医疗机构应实行医疗保险信息化管理，与医保经办机构联网，并实时上传诊疗服务收费、结算等信息。【对应原职工、居民医保实施办法第三十二条、第三十一条，有修改】

第四十四条 参保人可凭社保卡、身份证或医保电子凭证等就医。【对应原居民医保实施办法第三十二条，有修改】

第四十五条 实施分级诊疗制度。参保人因定点医疗机构在诊疗等方面不具备相应的条件或因病情需要转院治疗的，由各定点医疗机构按规定办理转诊手续，具体办法另行制定。【对应原职工、居民医保实施办法第三十四条、第三十三条，有修改】

第四十六条 参保患者从门诊直接转入住院的，在当次门诊所做的各项检查，住院时应当采用，定点医疗机构不得要求参保患者重复检查。【对应原职工、居民医保实施办法第三十五条、第三十四条】

第四十七条 参保患者未达到临床治愈标准的，定点医疗机构不得强迫出院；达到临床治愈标准的，不得冠名其他疾病转到另外的科室继续套取医保基金。【对应原职工、居民医保实施办法第三十六条、第三十五条】

第四十八条 参保患者出院带药量为急性病不超过3天；慢性病不超过7天；出院带检查、理疗项目发生的费用，统筹基金不予支付。【对应原职工、居民医保实施办法第三十七条、第三十六条】

第四十九条 医疗保障部门和医保经办机构对参保患者的医疗费用进行检查、审核时，定点医疗机构应当提供相关资料及账目清单。【对应原职工、居民医保实施办法第三十九条、第三十七条】

第六章 附 则

第五十条 用人单位、参保人、医疗机构、药品经营单位等医疗保险服务机构和承办医疗保险业务的商业机构，医疗保险费征收机构、财政部门、医保行政部门、医保经办机构及其工作人员等，违反社会保险法律、法规和规章的，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》等有关规定承担责任。【对应原职工、居民医保实施办法第四十条、第三十八条，有修改】

第五十一条 探索建立基本医疗保险医保医师管理制度，建立健全考核评价和动态准入退出机制。全面建立和完善医保智能审核监控系统，实现事前提示、事中监控预警、事后审核和责任追溯。【对应原职工、居民医保实施办法第四十一条、第三十九条】

第五十二条 因自然灾害等因素造成大范围急、危、重病人抢救发生的医疗费用，由当地政府统筹解决。【对应原职工、居民医保实施办法第四十一条、第三十九条】

第五十三条 医保经办机构建立基本医疗保险预决算制度和内部审计制度，自觉接受同级财政、医疗保障、审计等部门和社会的监督。【对应原职工医保实施办法第四十四条】

第五十四条 医保部门开展基本医疗保险征缴所需经费，列入同级财政预算，不得从基金中提取管理费。【对应原居民医保实施办法第四十二条】

第五十五条 基本医疗保险筹资标准和支付标准由市医疗保障局根据基本医疗保险基金收支等情况，报市政府适时进行调整。【对应原职工、居民医保实施办法第四十六条、第四十三条】

第五十六条 市医疗保障部门根据本办法制定相关管理办法、经办规程等。【对应原职工、居民医保实施办法第四十七条、第四十四条】

第五十七条 本规定自2022年 月 日起执行，有效期5年。河府〔2018〕31号和河府办〔2018〕50号文同时废止。