

资阳市人民政府办公室文件

资府办规〔2022〕7号

资阳市人民政府办公室 关于印发资阳市职工医疗（生育）保险 实施办法的通知

各县（区）人民政府，高新区管委会、临空经济区管委会，市级各部门（单位）：

经市政府同意，现将《资阳市职工医疗（生育）保险实施办法》印发你们，请抓好贯彻落实。

资阳市人民政府办公室

2022年12月26日



资阳市职工医疗（生育）保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为完善职工基本医疗（生育）保险制度，促进公平、稳健、持续发展，根据《中华人民共和国社会保险法》《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》《四川省人民政府办公厅关于印发四川省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法的通知》精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 职工基本医疗（生育）保险坚持广覆盖、保基本、多层次、可持续的方针，按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，稳步提高医疗保障水平。

第三条 建立以基本医疗保险为主，职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助为辅，商业健康保险为补充的多层次医疗保障体系。

第四条 本市范围内职工基本医疗（生育）保险参保缴费、待遇保障、经办服务等适用本办法。

第五条 用人单位应当为参加基本医疗保险的职工购买生育保险。生育保险与职工基本医疗保险同步登记、合并征缴，生育保险基金并入职工基本医疗保险基金。

第六条 职工基本医疗（生育）保险实行市级统筹，统一政策制度、基金管理、服务标准、管办体系、经办管理和信息管理。

第二章 基本医疗（生育）保险参保缴费

第七条 下列人员可以参加基本医疗（生育）保险：

（一）国家机关、事业单位、企业、社会组织、有雇工的个体工商户等用人单位及其职工；

（二）领取失业保险金的人员；

（三）无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗（生育）保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员（以下简称灵活就业人员）可以参加职工基本医疗保险。

参保人员不得重复参加基本医疗保险，不得重复享受医疗保险待遇。

第八条 基本医疗保险基金包括统筹基金和个人账户，由用人单位和职工个人按一定比例共同缴纳，用人单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

第九条 职工基本医疗（生育）保险费由用人单位和职工按月缴纳，个人部分由单位代扣代缴；灵活就业人员基本医疗保险费由个人按月缴纳。

（一）缴费基数

1. 用人单位当年缴费基数为上年度职工工资总额，工资总

额按市统计局公布的工资总额口径计算。

2. 职工基本医疗（生育）保险用人单位缴费基数不低于全市上年度城镇全部单位就业人员平均工资，不高于全市上年度城镇全部单位就业人员平均工资的 300%。

3. 职工个人缴费基数为本人工资总额。个人工资总额低于最低缴费基数的，按最低缴费基数计算；高于最高缴费基数的按最高缴费基数计算。

4. 灵活就业人员的缴费基数按最低缴费基数的 90% 计算。

（二）缴费比例

1. 以统账结合方式参保的财政供养机关事业单位缴费比例为 7.5%（其中生育保险 0.5%）、其他用人单位为 7.7%（其中生育保险 0.7%），职工个人缴费比例为 2%；以单建统筹方式参保的单位为 5.7%（其中生育保险 0.7%）。

2. 灵活就业人员缴费比例（不含生育保险），统账结合为 9%，单建统筹为 5%。

（三）参保人员已缴纳的医疗保险费，在进入待遇享受期前，因就业、死亡等原因，可持相关材料申请办理退费手续，待遇享受期开始后，不再办理退费。

（四）保费征缴。用人单位或灵活就业人员应于当月 25 日前办理参（续）保登记、申报缴费事项，并于每月 25 日前，按征缴计划足额缴纳医疗保险费。

（五）退休清缴

职工基本医疗保险的参保人员，达到法定退休年龄（含因病退休、特殊工种退休）的当月或次月应当进行缴费年限清缴。清算时缴费年限达到最低缴费年限的，享受退休人员基本医疗保险待遇。清算时缴费年限未达到最低缴费年限的，可选择以下方式办理：

1. 按上月缴费基数标准（上月无缴费基数的，按清算当年最低缴费基数）及上月最低缴费年限缴费标准进行一次性清缴，清缴并办理在职转退休手续后，享受退休人员基本医疗保险待遇。

2. 按在职人员缴费标准逐年缴费至规定年限，退休清算前享受在职职工医疗保险待遇。

退休人员清缴的基本医疗保险费按清缴当月在职人员个人账户划入标准划入个人账户，剩余部分进入统筹基金，以后逐月按退休人员个人账户划入标准划入。

退休前参加了本市职工基本医疗保险的参保人员，达到法定退休年龄或经批准享受养老保险待遇后可申请退休清缴。

（六）清缴人员年龄的确定

1. 机关事业单位参保人员（含病退休、特殊工种退休）按照组织或人社部门批准其享受养老保险待遇时确认的年龄确定。

2. 企业参保人员（含病退休、特殊工种退休）按照人社部门批准其享受养老保险待遇时确认的年龄确定。

3. 灵活就业人员按照人社部门批准其享受养老保险待遇时确认的年龄或身份证年龄确定。

退职人员达到病退休年龄时进行清缴。

（七）缴费年限

1. 职工基本医疗保险最低缴费年限

（1）累计最低缴费年限为男 25 年，女 20 年。男性参保最低缴费年限实行过渡期，过渡期为 4 年，即 2023 年最低缴费年限为 22 年，2024 年最低缴费年限为 23 年……以此类推，直到 2026 年最低缴费年限达到 25 年。

（2）本市累计缴费年限不少于 10 年。

2. 已达到最低实际缴费年限但未达到法定退休年龄的，继续缴费至法定退休年龄。

3. 本市城乡居民基本医疗保险转换为职工基本医疗保险统账结合的，城乡居民医疗保险 1 年折算职工基本医疗保险缴费年限 2 个月。

4. 2000 年 12 月以前原企业职工大病统筹的缴费年限每 2 年折合 1 年职工基本医疗保险统账结合缴费年限；2000 年 12 月（含 2000 年 12 月）以后每 1 年折合 1 年。

5. 军人退出现役后选择参加职工基本医疗保险的，按规定办理转移接续或参保手续。军人服现役年限视同本地参保缴费年限。

（八）保险类别转换

以单建统筹方式参保的在职人员申请变更为统账结合方式参保的，自变更次月起按统账结合方式费率缴费并建立个人账户，按规定享受相应待遇。变更参保方式后不得再次变更。

已达到法定退休年龄的单建统筹参保人员，可按统账结合参保现行缴费规定补足缴费，次月起享受医保待遇，之前的医保待遇保障不再补办。

第三章 统筹基金和个人账户

第十条 以统账结合方式参保的在职人员个人账户按本人参保缴费基数的2%计入，退休人员按2022年资阳市基本养老金平均水平的2.8%按月定额划入。

单建统筹参保人员不建立个人账户。

第十一条 个人账户及统筹基金管理

(一)个人账户可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用，参加城乡居民基本医疗保险、补充医疗保险、重特大疾病保险、长期护理保险等由政府开展的与医疗保障相关的社会保险的个人缴费。

个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

个人账户资金归个人所有，可以结转使用和继承。

1. 参保人员个人账户余额可结转使用；

2. 参保人员跨统筹地区医保关系转移接续时，个人账户资金随同转移；

3. 参保人员死亡后的次月起停止划拨个人账户，结余资金由法定继承人或指定受益人继承。无继承人的，个人账户资金并入统筹基金。

（二）统筹基金用于支付住院、特殊疾病门诊、普通门诊费用统筹和其他属于统筹基金支付范围的费用。

第十二条 基本医疗保险支付范围严格按照《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以下简称《国家药品目录》）《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》《四川省基本医疗保险服务设施项目范围》等有关文件规定确定。

（一）基本医疗保险支付范围中，乙类药品、支付部分费用的诊疗项目和医用材料先按个人先行自付比例自付，再按基本医疗保险规定支付。

1. 乙类药品（最小包装）个人先行自付比例 10%。

2. 支付部分费用的诊疗项目个人先行自付比例：300 元（含）以下 10%，300 元至 1000 元（含）20%，1000 元至 3000 元（含）30%，3000 元以上 40%。

3. 医用材料个人先行自付比例：单件价在 500 元（含）以

下 10%，500 元至 3000 元（含）20%，3000 元至 10000 元（含）30%，10000 元至 30000 元（含）40%，30000 元至 60000 元（含）50%。

纳入医保报销范围限价的药品、医用材料费用，限价内的费用先按个人先行自付比例自付，再按基本医疗保险规定支付，超过限价以上的费用由个人全额自费。

纳入医保报销范围未限价的医用材料费用，单价超过 60000 元以上的部分由个人全额自费，60000 元以内的部分先按个人先行自付比例自付。

（二）住院床位费支付标准

一级以下医疗机构普通床位 12 元/日、隔离及抢救床位 20 元/日，一级医疗机构普通床位 15 元/日、隔离及抢救床位 30 元/日，二级医疗机构普通床位 20 元/日、隔离及抢救床位 40 元/日，三级医疗机构普通床位 25 元/日、隔离及抢救床位 50 元/日。

专科医院或专科病房床位费在相应等级支付标准上，按照医疗服务价格规定的上浮比例执行。参保人员实际住院床位费未达到支付标准的，按实际发生的床位费进行比例支付。

（三）下列医疗费用不纳入医保基金支付范围：

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。

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。

（四）最高支付限额

一个自然年度内，基本医疗保险统筹基金支付的普通门诊费用统筹、特殊疾病门诊医疗费用、住院医疗费用、单病种医疗费用、单行支付药品费用等合并计算，合并后的支付金额不超过基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额，最高支付限额为全市上年度城镇全部单位就业人员平均工资的6倍。

第四章 基本医疗保险待遇

第十三条 参保人员（机关企事业单位、社会团体招录人员除外）初次参保、断保（连续欠费超过3个月的视为断保），从参保或重新续保缴费当月起6个月后开始享受基本医疗保险统筹基金支付待遇。

欠费3个月内续缴基本医疗保险费的，按规定补缴所欠基本医疗保险费，中断期间的待遇追溯享受；欠费3个月以上12个月以内续保缴费的，可先补缴所欠基本医疗保险费，中断期间的

待遇不追溯享受；断保一年以上不再补缴断保期间基本医疗保险费，原有缴费年限合并计算。

第十四条 参保人员已连续2年参加基本医疗保险的，因就业等个人状态变化由居民医保切换为职工医保的，中断缴费时间不超过3个月，缴费后即可正常享受职工医保待遇；不足2年的，中断缴费时间未超过3个月，缴费当月起6个月内享受原档次待遇。

第十五条 用人单位及参保人员应按时足额缴纳基本医疗保险费，享受基本医疗保险待遇；未按时足额缴纳的，暂停享受医疗保险待遇，但享受退休人员基本医疗保险待遇的除外。

第十六条 普通门诊医疗费用

参保人员在定点医疗机构、符合条件的定点零售药店发生的政策范围内普通门诊费用、购药费用纳入职工医保统筹基金支付范围。

（一）起付线

参加职工医保统账结合的参保人员，按一个自然年度设起付线。在职职工200元、退休人员150元。

（二）支付比例

三级定点医疗机构和零售药店50%、二级及以下定点医疗机构60%，退休人员在上述相应支付比例基础上增加10个百分点。

（三）支付限额

参加职工医保统账结合的参保人员，按一个自然年度设支付

限额，在职职工 2000 元、退休人员 2500 元；参加职工医保单建统筹的参保人员，年度支付限额在职职工 800 元、退休人员 1000 元。

第十七条 门诊特殊疾病医疗费用

特殊疾病病种分一、二、三类管理，参保人员在一个自然年度内发生的符合基本医疗保险支付范围、扣除个人先行自付费用后的医疗费用，统筹基金按以下比例和限额支付。

（一）支付比例

第一类视同住院，不设起付线，按住院有关规定结算支付；第二、三类为 75%。

（二）支付限额

第二类 3000 元，第三类 2000 元。

同时患两种或两种以上第二、三类特殊疾病并纳入门诊治疗管理的，以高限额为当年的支付限额，每增加一个病种，支付限额在前述分类标准基础上增加 20% 的额度。

（三）门诊特殊疾病的管理办法由市医疗保障局会同市财政局另行制定。

第十八条 住院医疗费用待遇保障

住院医疗费用实行单次住院结算支付，设起付线，起付线以上符合基本医疗保险支付范围、扣除个人先行自付费用和起付线后的医疗费用（以下简称“住院合格费用”），统筹基金按比例支付。

（一）起付线

1. 一级以下医疗机构本地 100 元、异地 300 元，一级医疗机构（含乡镇中心卫生院）本地 200 元、异地 400 元，二级乙等医疗机构本地 400 元、异地 600 元，二级甲等医疗机构本地 600 元、异地 800 元，三级乙等医疗机构本地 800 元、异地 1000 元，三级甲等医疗机构本地 1000 元、异地 1200 元。

2. 退休人员分别按上述本地、异地标准降低 200 元。

3. 一个自然年度内多次住院的每次递减 50 元。

4. 经降低或递减后每次住院起付线不得低于 100 元。

5. 第一类特殊疾病、艾滋病患者及年满 80 周岁以上的老年患者一个自然年度内多次住院的，只计算年度第一次住院起付线。

6. 参保人员办理了转诊转院手续，在 24 小时内完成转院的，视为连续住院，转入上级定点医疗机构，住院起付线负担差额部分；转入下级定点医疗机构，不再设置住院起付线。

（二）支付比例。参保人员在定点医疗机构发生的住院合格医疗费用，按以下比例支付，但总支付比例不超过 100%。

1. 在职职工：一级以下医疗机构本地 95%、异地 75%，一级医疗机构（含乡镇中心卫生院）本地 90%、异地 70%，二级医疗机构本地 85%、异地 65%，三级医疗机构本地 80%、异地 60%。

2. 退休人员：在在职职工支付比例基础上提高 5%；

年满 70 周岁以上的老年患者在退休人员支付比例的基础上

提高 5%。

3. 第一类特殊疾病患者在相应人员支付比例的基础上提高 5%。

(三) 参保人员因病情危重急诊抢救死亡，基本医疗保险政策范围内门诊医疗费用纳入统筹基金支付范围，按住院待遇支付。

第十九条 灵活就业人员生育医疗费用实行限额支付，住院费用超过限额的按限额支付，未达到限额的按实际发生额支付，限额标准为：顺产 2000 元，剖宫产 4000 元。因分娩发生严重并发症的，其分娩和并发症的住院医疗费用，按照住院相关政策支付。

第二十条 单行支付药品和国家药品目录内高值药品

(一) 单行支付药品

1. 支付比例

参保人员按规定使用单行支付药品发生的费用，不计起付线，由基本医疗保险统筹基金按 70% 支付。

2. 支付限额

参保人员一个自然年度内基本医疗保险统筹基金支付单行支付药品费用支付限额为 20 万元，计入基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额。

(二) 国家药品目录内高值药品

参保人员按规定使用国家药品目录内高值药品按照乙类药品相关规定结算。其中门诊使用时，扣除个人先行自付后，不计起付线，按住院待遇结算（含丙型肝炎干扰素抗病毒治疗）。在供

药机构购买高值药品，按三级定点医疗机构支付标准结算。

第二十一条 实施按病种收付费管理的，按照省市相关文件或定点医药机构服务协议执行。

第二十二条 参保人员在实施基本药物制度的基层医疗卫生机构就医发生的一般诊疗费纳入医保支付范围；对参保人员在取消药品加成的县级及以上公立医疗机构门（急）诊诊查费调增部分纳入医保支付范围。具体支付标准按省市相关规定执行。

第五章 生育保险

第二十三条 生育保险待遇包括生育医疗费用、妊娠检查费、计划生育手术费和生育津贴，所需要资金从职工基本医疗保险统筹基金中支付。

符合国家生育政策的生育医疗费用待遇享受期与职工基本医疗保险待遇期同步。生育时，参保单位和个人连续不间断足额缴纳生育保险费满 12 个月的可享受生育津贴（含中断缴费 3 个月内补缴的）。

参保女职工生育及计划生育手术相关并发症的住院医疗费用，按照职工基本医疗保险相关政策支付。保胎、辅助生殖的医疗费用除外。

第二十四条 分娩待遇

（一）生育津贴

计算公式为：实际计发金额=月平均缴费基数(元)÷30(天)
×支付标准天数。

项 目	支付标准天数
1、顺平产或妊娠满7个月以上流产的	158天
2、难产(臀位、产后大出血、剖宫、多胎)	增加15天
3、多胞胎生育	每多一婴增加15天
4、流产或引产,妊娠不满4个月	15天
5、流产或引产,妊娠满4个月不满7个月	42天

上述计算口径中月平均缴费基数指：职工所在单位上年度职工工资总额÷12。财政供养的机关事业单位人员不享受生育津贴；其他单位人员生育津贴与产假期间的工资不重复享受。

(二) 生育医疗费

生育医疗费用包括检查费、接生费、手术费、住院床位费和药品费等，超过限额标准的按限额支付，未到达限额标准的按实际发生额支付。

项 目	待遇标准(元)
难产(臀位、产后大出血、剖宫、多胎)	5500
顺 产	3500
妊娠不满4个月的流产、引产	1000
妊娠满4个月不满7个月的流产、引产	1200
死 胎	1800

参加生育保险的男职工，其配偶未享受生育保险、城乡居民基本医疗保险待遇，符合国家生育政策的，按照生育医疗费标准

的 50%给予一次性生育医疗费补助。

(三) 妊娠检查费。妇检、超声检查、血常规、尿常规、肝功、肾功、血型、心电图、胎心监测等常规检查项目，在不超过 600 元/例的情况下具实支付，超出部分自付。

第二十五条 计划生育手术费

计划生育手术费是指职工因实施计划生育手术需要，放置(或取出)宫内节育器、流产术、引产术、绝育及复通等手术所发生的医疗费用。计划生育手术费按不同手术项目每例费用包干的办法结算，具体为：

(一) 孕情、环情监测，每例 3 元。

(二) 放置宫内节育器，每例 157 元(不含宫内节育器成本)。

(三) 取出宫内节育器，每例 160 元(宫内节育器异位除外)。

(四) 长效缓释避孕皮下埋植剂植入术，每例 132 元(不含皮埋剂成本费)。

(五) 长效缓释避孕皮下埋植剂取出术，每例 148 元。

(六) 输卵管结扎术，每例 317 元。

(七) 输精管结扎术，每例 79 元。

(八) 人工流产术，每例 269 元。

(九) 药物流产，每例 129 元；药流不全清宫增加 47 元。

(十) 中期孕引产，每例 523 元。

(十一) 输卵管复通术，每例 993 元。

(十二) 输精管复通术, 每例 993 元。

(十三) 计划生育手术并发症的治疗, 每例 1800 元(经计划生育技术鉴定组鉴定为特殊疑难并发症的诊治费用, 可视具体情况结算)。

上述项目, 已在定点医疗、保健机构享受免费治疗的, 不再纳入生育医疗费用支付范围。

第六章 职工大额医疗费用补助

第二十六条 职工大额医疗费用补助所需资金在基本医疗保险统筹基金中列支, 参保人员不缴费。职工大额医疗费用补助待遇享受期与基本医疗保险待遇期同步。

第二十七条 参保人员在一个自然年度内单次或累计基本医疗保险政策范围内住院医疗费用减去基本医疗保险支付金额后, 个人负担金额达到起付线(含)以上, 由职工大额医疗费用补助分段按比例赔付。

(一) 起付线

在一个自然年度内, 按不高于全市上年度城镇全部单位就业人员平均工资的 50% 确定。

(二) 赔付比例

起付线以上至 50000 元(含)本地 70%、异地 50%; 50000 元至 100000 元(含)本地 80%、异地 60%; 100000 元以上本地

90%、异地 70%。

第七章 商业健康补充医疗保险

第二十八条 引导支持商业保险机构面向职工基本医保参保人员设计、运营、承保商业健康补充医疗保险。

第二十九条 参加基本医保的单位和个人可同时参加补充医疗保险。补充医疗保险费由单位或个人缴纳，也可由单位和个人共同缴纳。

第三十条 补充医疗保险费按全市上年度城镇全部单位就业人员平均工资的 1%左右缴纳。当年 1 月 1 日至 6 月 30 日为补充医疗保险参（续）保缴费集中办理期（新参保人员除外）。保费按年度一次性缴纳。

第三十一条 补充医疗保险断保后重新续保缴费的（含续保超过集中办理期），从缴费之月起 3 个月后享受补充医疗保险待遇。

（一）特殊疾病门诊。参保人员发生的特殊疾病第一类病种门诊合格费用按住院待遇赔付，第二、三类病种基本医疗保险统筹基金门诊支付限额以上的合格费用，按 60%赔付，一个自然年度最高赔付额 1000 元。

（二）住院。参保人员在一个自然年度内发生的基本医疗保险政策范围内住院医疗费用减去基本医疗保险起付线、基本医疗保险和大额医疗费用补助支（赔）付额后，按本地 60%、异地

40%的比例赔付。

第八章 经办管理与服务

第三十二条 医疗保险关系衔接

(一) 参保人员跨统筹地区流动就业的,其基本医疗保险关系转移接续依照国家有关规定执行。

(二) 劳动年龄内参保人员可申请从城乡居民基本医疗保险向职工基本医疗保险转换;可申请职工基本医疗保险关系转移接续。

(三) 参保人员因辞职、辞退、解聘或用人单位破产、转制等解除劳动合同关系的,应在解除劳动关系后3个月内办理续保缴费手续。

第三十三条 医疗费用结算

(一) 在联网定点医药机构结算

参保人员持社会保障卡或电子医保凭证在定点医药机构直接结算,个人负担的医疗费用由参保人员支付,应由医保基金支付的医疗费用,由医保经办机构与定点医药机构定期结算。

(二) 在未联网定点医疗机构结算

参保人员先全额垫付医疗费用,按要求持相关资料向参保地医保经办机构申报审核结算。

(三) 生育津贴支付

参保人员或单位凭相关资料到参保地医保经办机构办理。生

育津贴由医保经办机构支付给用人单位。

第三十四条 参保人员异地就医符合下列情形办理备案手续的，异地医疗费用按本地待遇结算支付。

（一）异地工作和长期异地居住人员就医的。

（二）国内出差、考察学习、探亲旅游等临时在异地因急诊、抢救住院就医的。

（三）因病情需要转诊转院治疗的。

异地就医管理办法由市医疗保障局、市财政局另行制定。

第三十五条 基本医疗保险实行定点医疗机构、定点零售药店协议管理。具体管理办法按国家、省相关规定执行。

第三十六条 基金管理

（一）医疗保险基金纳入财政专户，执行国家统一的基金财务制度、会计制度和基金预决算管理制度，实行“收支两条线”管理，任何单位和个人不得挤占挪用。

（二）深化付费方式改革。坚持保障基本、建立机制、因地制宜、统筹推进的基本原则，规范医保基金预算管理，合理控制基金当年结余率和累计结余率。在基本医疗保险付费总额控制下，开展按疾病诊断相关分组（DRG）、按病种、按人头、按床日等方式付费，防范基金风险，提高使用效率。

（三）基本医疗保险基金每年收支运行情况应当向社会公开。

（四）基本医疗保险基金的银行计息办法按照社会保险基金

优惠利率计息。

(五)用人单位合并、分立、转让时欠缴医疗保险费的,由合并、分立、转让后的用人单位负责缴纳所欠的医疗保险费及滞纳金。

(六)基本医疗保险基金因疾病暴发流行、严重自然灾害等特殊情况出现支付缺口,由财政给予补助。

第三十七条 市、县、乡镇(街道)可明确医疗保险服务机构,配备服务人员,负责办理参保缴费、信息录入、变更登记、医疗费用结算及政策宣传、咨询等工作。

服务工作经费由同级财政按参保人数每人每年2至4元标准列入财政预算。

第九章 管理职责

第三十八条 各级政府负责对医疗保险参保缴费、待遇保障等工作管理与监督,确保应保尽保、应享尽享。

第三十九条 下列部门按照各自职责做好职工医疗(生育)保险工作。

(一)市医疗保障行政部门负责全市城镇职工医疗保险管理工作,县(区)医疗保障行政部门负责辖区内城镇职工医疗保险管理工作,医保经办机构负责本级城镇职工医疗保险业务经办服务工作。

(二) 税务部门负责城镇职工医疗保险费征缴工作。

(三) 卫生健康部门负责定点医疗机构服务行为的管理和监督，对违规的医疗机构和个人进行处理。

(四) 财政部门负责医疗保险基金及筹资票据管理，落实配套资金和经办机构工作经费，保证医疗保险基金运转，监督基金运行。

(五) 市场监督管理部门按职责做好定点医疗机构和零售药店监管工作。

(六) 审计部门负责基本医疗保险基金收支余的审计监督工作。

(七) 公安部门负责全市参保人员户籍信息的交互和管理。

(八) 银保监部门负责对参与经办服务的商业保险机构从业资格审查、服务质量和市场行为的监管。

(九) 其他部门按照各自的工作职责，做好职工基本医疗保险工作。

第十章 附 则

第四十条 根据国家、省的相关政策规定，市医疗保障局会同市财政局结合本地经济发展水平和多层次医疗保障运行情况，可对缴费基数、筹资标准、待遇水平等作相应调整，调整情况适时公布。

第四十一条 公务员医疗补助、离休干部医疗保障按国家、

省和市有关规定执行。

第四十二条 本办法由市医疗保障局负责解释。

第四十三条 本办法自 2023 年 1 月 1 日起执行，有效期 5 年。原职工医疗（生育）保险相关规定与本办法不一致的，以本办法为准；法律法规对医疗（生育）保险有新规定的，从其规定。

信息公开选项：主动公开

抄送：市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室，市纪委监委，市法院，市检察院，军分区。

资阳市人民政府办公室

2022 年 12 月 26 日印发
