**秦皇岛市城镇职工基本医疗保险**

**市级统筹实施办法**

第一章 总则

第一条 为了进一步完善我市城镇职工基本医疗保险体系，提高城镇职工基本医疗保险统筹层次，增强医疗保险基金保障水平和抗风险能力，根据《中华人民共和国社会保险法》和省政府办公厅《关于加快推进城镇基本医疗保险市级统筹指导意见》（冀政办函〔2014〕57号）精神，结合我市实际，制定本实施办法。

第二条 我市行政区域内的城镇所有用人单位，包括城镇企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位、城镇个体经济组织（以下简称用人单位）及其职工、灵活就业人员参加城镇职工基本医疗保险，实行市级统筹后按照本办法规定执行。

第三条 2015年1月1日起通过完善调剂金制度，全面实现城镇职工基本医疗保险市级统筹，达到统一缴费标准、统一待遇水平、统一基金管理、统一经办流程和统一信息系统的目标。

第四条 人力资源和社会保障行政部门负责城镇职工基本医疗保险市级统筹的组织实施工作，各级人力资源和社会保障部门要密切配合、及时沟通协调，年底前缴费标准、待遇支付水平等逐渐向新制度过渡，确保市级统筹顺利实施。

市财政部门负责医疗保险基金财政专户管理，审核监督基金使用，监督市级统筹基金年度考核制度的执行，参与审核市级统筹调剂金额度分配，负责市级统筹调剂金划拨工作。

市审计部门负责全市医疗保险基金的依法审计工作。

市卫生部门负责加强各级医疗机构建设，完善管理，提高医疗服务质量。

第五条 医疗保险工作纳入政府目标考核管理，各县（区）政府要加强组织领导，切实做好协调和督导工作，确保完成目标任务。

第二章 基金筹集

第一节 缴费基数和缴费费率

第六条 城镇职工基本医疗保险实行“单基数”缴费。基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳，达到规定缴费年限的退休人员不缴纳基本医疗保险费。

第七条 在职职工按本人上年度工资总额作为缴费基数。个人工资总额低于我市上年度在岗职工平均工资80％的，以我市上年度在岗职工平均工资的80％作为缴费基数；个人工资总额高于我市上年度在岗职工平均工资300％的，以我市上年度在岗职工平均工资的300％作为缴费基数；超过300％以上的部分，不再作为缴纳基本医疗保险费和核定个人账户的基数。

第八条 灵活就业人员按我市上年度在岗职工平均工资80％作为缴费基数;符合医疗保险退休待遇条件,未享受退休金待遇的以全市上年度企业平均养老金的80%为基数。

第九条 未达到基本医疗保险规定缴费年限的退休人员由用人单位和职工个人按上年度在岗职工平均工资一次性补足缴费年限，或按上年度在岗职工平均工资的80％作为缴费基数，延续缴费至规定年限。

第十条 城镇职工基本医疗保险缴费费率为9.5%，其中用人单位按本单位缴费基数的7.5%缴纳，职工个人按本人缴费基数的2%缴纳。

达到法定退休年龄未达到基本医疗保险规定缴费年限的人员按上年度在岗职工平均工资一次性补足缴费年限或延续缴费的人员，本人应按缴费基数的2%缴纳基本医疗保险费。

第十一条 实行统账结合的灵活就业人员按缴费基数的9.5%缴纳基本医疗保险费；单建统筹的灵活就业人员按缴费基数的5.5%缴纳基本医疗保险费，缴费期间及退休后均不建立个人账户。

选择单建统筹方式缴费的灵活就业人员不能转换为统账结合方式缴费。

第十二条 城镇职工基本医疗保险缴费基数每年调整一次，调整时间为每年7月1日。

第二节 缴费年限

第十三条 参加职工基本医疗保险的个人，达到法定退休年龄时累计缴费男满30年、女满25年，其中实际缴费年限满10年的，可以享受医疗保险退休待遇；未达到规定年限的，应一次性补足或逐年缴费至规定年限。

第十四条 累计缴纳基本医疗保险费年限包括实际缴费年限和视同缴费年限。实际缴费年限指各参保地实施城镇职工基本医疗保险制度后，用人单位和职工按规定实际参保缴纳基本医疗保险费的年限；视同缴费年限指各参保地实施城镇职工基本医疗保险制度前符合国家和省规定计算的连续工龄、失业人员领取失业保险金的期限、军队转业干部和退役人员的军龄等。

第十五条 市级统筹实施前已享受基本医疗保险退休待遇的人员，不受本办法第十三条规定缴费年限的限制，继续享受医疗保险退休待遇。

第十六条 因特殊工种、工伤、病退等原因提前退休人员的规定缴费年限，按本办法第十三条规定的累计缴费年限扣除其经批准允许提前退休的时间后执行，但实际缴费年限须满10年。

第三节 参保登记和保险费征缴

第十七条 已参保的用人单位继续在原参保地医疗保险经办机构办理医疗保险业务。

第十八条 市级统筹后，新参保的机关、事业单位隶属于县区以下的到相应县区医疗保险经办机构办理参保手续，隶属于市级以上的到市医疗保险经办机构办理；企业在其工商营业执照注册登记机关所在地医疗保险经办机构办理参保手续，在市以上工商行政管理机关注册的，到市医疗保险经办机构办理；社会团体等其他单位和组织在其注册审批机关所在地医疗保险经办机构办理参保手续，在市级以上注册审批的到市医疗保险经办机构办理。

第十九条 基本医疗保险费按月征缴，用人单位应于每月20日前缴纳基本医疗保险费，职工个人缴纳的基本医疗保险费，由用人单位从其工资中代扣代缴；灵活就业人员缴纳的基本医疗保险费，由经办机构委托银行每月20日前从社会保障卡或银行卡中扣缴。

第二十条 市、县（区）财政拨款的行政事业单位基本医疗保险费由同级财政部门按时拨付医疗保险经办机构。

第三章 统筹基金和个人账户

第二十一条 基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户构成；统筹基金和个人账户按各自的支付范围，分别核算，不得相互挤占。

第二十二条 统筹基金主要由用人单位缴纳的医疗保险费扣除按规定划入个人账户的部分和利息构成。

第二十三条 个人账户由职工个人缴纳的医疗保险费、用人单位缴费中按比例划入部分和利息构成。

个人账户计入比例为（包括个人缴纳的2%）：35岁以下2.2%，36-45岁2.7%，46岁至享受医疗保险退休待遇前3.2%；享受医疗保险退休待遇的人员，划入比例5%。

第二十四条 统筹基金主要用于支付参保人员的住院医疗费、门诊慢性病医疗费和门诊统筹医疗费等应由统筹基金支付的部分。

第二十五条 个人账户主要用于支付参保人员在定点药店发生的药费；在定点医疗机构发生的门诊慢性病医疗费中应由个人承担的部分；定点医疗机构门诊、住院治疗时起付标准以下的医药费，起付标准以上、最高支付限额以下由个人按比例负担的医药费；其他符合规定的医疗费用。

第四章 医疗保险待遇

第二十六条 城镇职工基本医疗保险按照河北省城镇职工基本医疗保险《药品目录》、《诊疗项目范围》、《医疗服务设施范围和标准》及有关规定执行。起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊统筹待遇、门诊特殊慢性病病种及待遇按统一标准执行。

第二十七条 城镇职工住院医疗保险待遇采取“分段计算、累加支付”的办法。统筹基金的起付标准为，符合医疗保险支付范围的医疗费用一级医院600元、二级医院770元、三级医院840元。起付标准至10000元为统筹基金支付85%、10000元以上至20000元为统筹基金支付87%、20000元以上至最高支付限额为统筹基金支付90%。退休人员增加5%。异地就医降低5%。

第二十八条 城镇职工门诊慢性病医疗保险待遇为慢性病病种支付险限额内符合门诊慢性病病种支付范围的医疗费甲类报销80%、乙类报销70%。退休人员增加3%,异地就医降低5%。

第二十九条 城镇职工门诊统筹医疗费统筹基金的起付标准为符合医疗保险支付范围的医疗费300元。起付标准以上的符合规定的医疗费按30%支付。在异地就医的降低5%。门诊统筹最高支付限额为每人每年1200元。

第三十条 我市城镇职工基本医疗保险年度最高支付限额为每人每年70000元。门诊统筹医疗费用、门诊慢性病医疗费用与住院医疗费用合并计算。

第三十一条 基本医疗保险支付范围是指国家基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准中规定的甲类和乙类项目。其中，甲类按100%、乙类按95%计入符合基本医疗保险支付范围的医疗费用。

第五章 就医结算和医疗服务管理

第三十二条 参保人员按规定持社会保障卡可选择在全市统一确定的定点医疗机构和定点零售药店（以下简称“两定”单位）就医购药，医疗费用即时结算。

第三十三条 参保职工因病情需要转往参保地以外治疗的，应到参保地医疗保险经办机构按规定办理转诊转院审批手续。

第三十四条 在异地长期居住或工作的异地安置人员，由本人申请，报参保地医保经办机构备案后，可在居住地或就业地选定1至3家当地医保定点医疗机构就医。

第三十五条 参保人员在异地短期出差、学习培训、探亲、旅游、度假等期间突发疾病并就地紧急诊治，或因急诊抢救在非定点医疗机构住院的，出院后办理医疗费用结算时，须出具相关证明材料。

第三十六条 参保人员因特殊情况未能在统筹区域内定点医疗机构就医即时结算或在统筹区域外就医所发生的医疗费用，由参保地医保经办机构负责审核结算。医疗费用结算时必须提供原始票据。

第三十七条 未经批准到参保地以外或非定点医疗机构就医的医疗费用医保基金不予支付。

第三十八条 “两定”单位到确定的医疗保险经办机构，按月结算应由基金支出的医疗费用。

第三十九条 具有统筹基金支付资格的定点医疗机构，分别与市、县（区）医疗保险经办机构结算其所属参保人员的医疗费用；仅具有个人账户基金支付资格的“两定”单位，由市级统筹前所属统筹区医疗保险经办机构统一结算全市参保人员医疗费，“两定”单位市级统筹前存在不同统筹区之间定点交叉时，由市人力资源和社会保障行政部门指定一家医疗保险经办机构结算。

市、县（区）经办机构按月清算个人账户支出费用，年底前结清。

第四十条 “两定”单位由人力资源和社会保障行政部门审核认定，县(区)审核认定的须报市级备案。全市“两定”单位的资格准入和退出、考核评定、违规处罚、服务协议管理等执行统一标准。

第四十一条 “两定”单位实行分级管理，市本级、县（区）医疗保险经办机构分别与对应结算的“两定”单位签订医疗服务协议，并依据服务协议，对“两定”单位的基金支出和医疗服务质量进行监督检查与考核。

第四十二条 市人力资源和社会保障行政部门负责统一组织对全市“两定”单位进行年度考核、信用等级评定和专项检查。

第六章 基金管理

第四十三条 城镇职工基本医疗保险基金实行“收支两条线”管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用。全市执行统一的社会保险预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。市级财政专户下设市级统筹调剂金专户，市级统筹调剂金全市统一管理、核算和调剂使用。

第四十四条 市级统筹前各县（区）城镇职工基本医疗保险累计结余基金，经审计后，由当地医疗保险经办机构管理。市、县（区）财政及用人单位所拖欠的医疗保险基金和各经办机构拖欠“两定”单位以及参保职工的医疗费要在2014年年底前全部结清，医疗费缺口部分由同级政府协调解决。

第四十五条 市、县(区)医疗保险经办机构应按照上年度本级统筹基金结余的20％计提市级统筹调剂金，并经市、县(区)人力资源和社会保障部门与财政部门共同审核确认，于1月底前将计提的调剂金上解到市级统筹调剂金专户。市级统筹调剂金滚存总额达到全市当年统筹基金收入总额的10%时不再提取。

第四十六条 市级统筹调剂金每年4月份调剂一次，余额结转下年使用。

市级统筹调剂金优先弥补因缴费基数“双改单”政策性减收导致的基金缺口；市级统筹调剂金弥补当年政策性减收后剩余部分，用于弥补统筹基金收支缺口，调剂额度最高不超过基金缺口的50%；市级统筹调剂金总额不足时，按市级统筹调剂金总额占应调剂总额的比例调剂；调剂后仍有缺口时，由本级历年结余基金补充；结余基金不足的,由同级政府协调解决。

第四十七条 符合使用市级统筹调剂金条件的地区，需在每年1月底前提出书面申请，并填写《市级统筹调剂金使用申请表》，报同级人力资源和社会保障部门和财政部门审核，由市级人力资源和社会保障部门和财政部门批准拨付。

第四十八条 实行基金运行年度考核制度。对各县（区）实行医疗保险基金征收总量计划控制,每年由市人力资源和社会保障部门会同市财政部门向各县（区）下达医疗保险基金征缴计划，年终进行核算。对未完成当年扩面征缴任务或医疗费不合理支出,而造成统筹基金收不抵支的，市级统筹调剂金不予调剂。

第七章 业务经办及信息系统管理

第四十九条 实行市级统筹后，各级医保经办机构的隶属关系不变，医疗保险业务实行市本级、县（区）分级经办。

第五十条 市本级医保经办机构负责对县（区）进行业务指导和监督检查。全市统一规范业务经办流程，完善管理办法，全面提高医疗保险管理水平和服务质量。

第五十一条 依托“社会保障卡”应用，按照“金保工程”的要求，建立统一的医疗保险信息管理系统，使用统一的应用软件，建立统一的数据库和覆盖全市医保经办机构和“两定”单位的信息网络平台，实现参保人员在全市范围内就医购药“一卡通”。

第五十二条 医疗保险经办机构可委托中介机构参与用人单位参保缴费等情况的稽核工作，所需稽核经费列入同级财政预算。市级统筹后工作量增加，同级财政部门要适当增加经费预算，确保工作目标完成。

第八章 附则

第五十三条 城镇职工大额补充医疗保险、城镇职工意外伤害保险和公务员医疗补助办法仍按原规定执行，实行分级管理。

第五十四条 本办法具体实施细则和相关配套政策由市人力资源和社会保障局会同有关部门另行制定。

第五十五条 城镇职工基本医疗保险个人账户划入比例、医疗保险年度最高支付限额和市级统筹调剂金提取比例等医疗保险待遇标准，由人力资源和社会保障部门会同财政部门，根据我市实际情况适时调整。

第五十六条 本办法自2015年1月1日起施行。我市现行基本医疗保险政策与本办法不一致的，按本办法执行。