

# 天门市人民政府文件

天政规〔2023〕1号

## 市人民政府关于 印发天门市城乡居民医疗保障实施办法和 天门市职工医疗保障实施办法的通知

各乡、镇人民政府，各办事处、农场，天门经济开发区，市政府各部门：

《天门市城乡居民医疗保障实施办法》《天门市职工医疗保障实施办法》已经市政府常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。



# 天门市城乡居民医疗保障实施办法

## 总 则

**第一条** 为加强我市医疗保障制度体系建设，切实维护参保城乡居民合法权益，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》等法律法规和《省医疗保障局 省财政厅关于印发湖北省落实医疗保障待遇清单制度实施方案的通知》（鄂医保发〔2021〕63号）等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 坚持保障基本、公平享有、稳健持续、责任均衡、风险分担、多元保障的原则，切实维护参保人员医疗保障权益。

**第三条** 落实国家、省医疗保障待遇清单制度，统一城乡居民医疗保障制度，包括城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）、补充医疗保险（城乡居民大病保险，以下简称大病保险）和医疗救助。

**第四条** 本办法适用于我市实施城乡居民医疗保障制度的所有参保人员。

**第五条** 市医保局主管城乡居民医疗保障工作，会同有关部门制定相关政策和措施，并负责组织实施；医保经办机构负责城乡居民医疗保险日常业务经办工作；市发改委负责将医疗保障事业纳入国民经济和社会发展规划；市财政局负责完善城乡居民医疗保障基金财务管理制度和会计制度，落实财政补助政策，会同

相关部门做好居民医保基金的监督管理工作，按规定落实经办管理经费；**市税务局**负责城乡居民基本医疗保险费的征收工作；**市公安局**负责定期提供本市城乡户籍人口基本信息，依法打击涉及医疗保险领域的保险诈骗犯罪；**市卫健委**负责做好医疗服务管理工作，认定严重精神障碍患者、计划生育特殊困难家庭中经核定的特困家庭夫妻及伤残子女身份，落实其参保个人缴费资助和特殊待遇补助政策，做好疾病应急救助工作，协助市医保局管理医疗保障定点医疗机构；**市民政局**负责认定特困供养人员、孤儿、最低生活保障家庭成员等困难人员身份；**市乡村振兴局**负责认定农村易返贫致贫人口身份，落实其参保个人缴费资助政策；**市残联**负责认定丧失劳动能力的残疾人，落实其参保个人缴费资助政策；**市教育局**负责督促学校（幼儿园）配合做好学生参保和代收代缴居民医保费等工作；**市审计局**负责医疗保障基金审计工作；**市市场监管局**负责加强药品流通使用环节监管，严厉打击药品安全违法违规行为；**人社、退役军人事务、金融**等部门按照各自职责范围配合做好城乡居民医保相关工作。**各乡镇办场**负责组织做好本辖区居民医保个人缴费、参保登记等医保经办业务。

## 参保和筹资

**第六条** 居民医保及医疗救助基金构成：

- （一）个人缴纳的基本医疗保险费。
- （二）各级财政补助。

(三) 城乡居民医保基金历年结余。

(四) 基金利息收入。

(五) 社会捐助的资金。

(六) 法律、法规规定的其他收入。

**第七条** 居民医保覆盖除职工医保应参保人员以外的全体城乡居民，不受户籍、其他社会保险关系等条件限制。

**第八条** 居民医保年度个人缴费和财政补助标准按照当年国家和省统一公布标准执行。

**第九条** 农村低收入人口（含特困人员、孤儿、低保对象、返贫致贫人口、脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口、突发严重困难人口）和稳定脱贫人口、重点优抚对象、丧失劳动能力的二级以上重度残疾人、严重精神障碍患者和计划生育特殊困难家庭中经核定的特困家庭夫妻及其伤残子女等特殊群体参加居民医保所需个人缴费资金，由相应的职能部门按当年国家、省、市资助参保政策给予资助参保。

同一人员同时符合多种资助缴费政策时，按照就高不就低的原则予以资助，不得重复资助。

**第十条** 城乡居民参保实行年缴费制，集中参保缴费期为每年9月1日至12月31日，享受医疗保险待遇时间为次年1月1日至12月31日。外出务工或返乡居民参保缴费时间可延长至次年2月底，从缴费次日开始享受医疗保险待遇。

**第十一条** 城乡居民可通过税务部门提供的缴费渠道自主

选择缴费方式，可由所在村（社区）负责办理居民医保参保登记和缴费手续，在校学生、在园（所）儿童由所在学校、园（所）协助缴费。

**第十二条** 城乡居民首次参保、中断缴费后再次参保和个人基础信息变更，须凭有效身份证明通过湖北政务服务网、鄂汇办APP等线上平台或到医保经办机构服务窗口办理。

**第十三条** 符合巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接政策规定的动态新增人员、当年退役军人及其未就业配偶、当年刑满释放人员、停止缴纳职工医保三个月内的灵活就业人员不受居民医保缴费时间限制，按当年缴费标准参保缴费后，即可享受相应待遇。

**第十四条** 新生儿父母任意一方参加我市基本医疗保险并按规定缴费的，新生儿出生后90天内由监护人按相关规定办理参保登记，免缴出生当年参保费用，自出生之日起享受出生当年居民医保待遇。新生儿父母均未在我市参加基本医疗保险的，可在新生儿出生后90天内、完成户籍登记后，办理参保登记手续并按当年缴费标准缴纳参保费用，自出生之日起享受当年医保待遇。

新生儿应按规定在居民医保集中参保缴费期缴纳出生次年居民医保费；未在集中缴费期缴费的，可补缴出生次年居民医保个人缴费，自缴费之日起按规定享受居民医保待遇。

**第十五条** 居民医保参保人员因就业、户籍或常住地变动转

入我市的，当年不办理居民医保转移接续手续，按规定参加我市下一年度居民医保。

**第十六条** 城乡居民缴纳居民医保费后，未进入待遇享受期前因死亡、重复缴费、参加职工医保或在其他统筹地区参加居民医保的，可在终止相关居民医保参保关系的同时，依申请为个人办理退费。待遇享受期开始后，暂停居民医保参保关系的，个人缴费不再退回。

已通过医疗救助渠道享受参保缴费补贴且未享受医保待遇的救助对象办理退费，需按规定退回已经享受的参保缴费补贴，根据其需要终止的参保关系所在地缴费渠道依申请完成退费。

## 待遇支付

**第十七条** 参保人员按规定享受居民医保、大病保险和医疗救助待遇。

**第十八条** 居民医保基金和医疗救助基金按照规定的药品、医用耗材、医疗服务项目支付范围支付。

**第十九条** 居民医保门诊待遇支付。

（一）普通门诊统筹。参保人员在定点医疗机构发生的一般诊疗费和政策范围内门诊医疗费用，由医保基金按以下规定支付：

1. 实施国家基本药物制度并已实施基本医保门诊统筹的政府办基层定点医疗机构，按每门诊人次 13 元的标准收取一般诊疗费，其中参保居民自付 4 元，医保统筹基金支付 9 元；村卫生

室按每门诊人次 8 元收取一般诊疗费，其中参保居民自付 1 元，医保统筹基金支付 7 元。

2. 在一个结算年度内，参保居民在定点门诊医疗机构发生的符合政策的门诊医疗费用，按 60% 报销，门诊医疗费用每日报销限额为 20 元，每人每年门诊医疗费用和一般诊疗费累计报销限额为 450 元。

（二）高血压、糖尿病（以下简称两病）门诊用药保障。纳入“两病”门诊用药保障范围的参保人员门诊医疗费用按 60% 报销，不受门诊报销每日封顶限制，每人每年门诊医疗费用和一般诊疗费累计报销限额为 486 元。

（三）门诊慢特病。建立基本医疗保险门诊特殊疾病和门诊慢性病（以下简称门诊慢特病）管理制度，参保人患病在门诊治疗且病情达到门诊慢特病鉴定标准，经认定可享受门诊慢特病待遇。具体病种、待遇标准按《天门市基本医疗保险门诊慢特病保障实施办法》（天医保发〔2023〕8 号）及有关规定执行。

**第二十条** 参保居民的住院医疗费用，起付标准以下的由个人自付，对于起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的住院费用，由统筹基金按比例支付。参保人员在住院期间，不能同时享受普通门诊统筹待遇。

（一）起付标准。市内外一级、二级、三级定点医疗机构分别为 200 元、300 元、800 元。

（二）支付比例。市内一级、二级、三级定点医疗机构分别

为 90%、80%、70%。

（三）异地就医。异地安置退休人员、异地长期居住人员和常驻异地工作人员办理登记备案后，在备案地就医时，执行市内就医报销政策；异地转诊就医人员（含异地急诊抢救人员）备案后，到异地备案医院住院的，支付比例在市内就医报销政策基础上下降 10 个百分点；其他临时外出就医人员备案后，到异地备案医院住院的，支付比例在市内就医报销政策基础上下降 20 个百分点。

（四）一个保险年度内，参保居民 15 日之内再次住院的，合并为一次住院结算；一个保险年度内二次及以上住院的，起付标准减半。

（五）参保居民因住院发生在目录内的特殊诊疗项目和乙类药品费用，由个人首先自付 10%，余下部分由统筹基金按政策支持。

（六）参保患者门诊（急诊急救）确诊需转本院住院的，该次门诊（急诊急救）的医疗费用并入住院费用；因疾病抢救无效死亡发生的门诊费用、门急诊留观费用按住院费用支付。

（七）参保居民在定点医疗机构就医，因特殊情况未能直接结算的，由个人全额支付后，凭身份证复印件、住院病历、费用收据、费用明细等资料，到医保经办机构办理报销手续。自出院之日起超过两年未办理报销手续的医疗费用，医保经办机构不再予以结算。



(八)参保居民因无第三方责任外伤住院治疗发生的医疗费用，由医保经办机构或第三方经办服务机构进行核实后，按基本医疗保险住院政策报销。

**第二十一条** 将符合条件的国家医保谈判药品纳入“单独支付”管理，执行单独支付政策。住院使用“单独支付”药品发生的医疗费用，按乙类药品报销政策自付10%后，再按住院待遇政策执行。在定点医疗机构门诊使用或定点零售药店购买“单独支付”药品发生的医疗费用，不计起付线，按乙类药品报销政策自付10%后，余下费用按65%报销。

**第二十二条** 生育待遇。参保居民生育待遇按照《省医疗保障局 省财政厅关于完善积极生育医疗保障支持措施的通知》(鄂医保发〔2023〕45号)的规定执行。

**第二十三条** 居民医保统筹基金每人每年最高支付限额为10万元。

**第二十四条** 参保居民发生的门诊慢特病、住院、“单独支付”药品医疗费用，经居民医保基金支付后，个人年度累计负担的政策范围内且符合相关规定的医疗费用超过大病保险起付线以上的部分，由大病保险予以支付。

参保居民一个保险年度内，大病保险每人每年最高支付限额为30万元。符合大病保险保障范围的个人负担金额累计计算、分段报销、按次结算。累计金额在1.2万元以上3万元(含)以下部分赔付60%；3万元以上10万元(含)以下部分赔付65%；

10万元以上部分赔付75%。特困人员（含孤儿）、低保对象、返贫致贫人口大病保险起付线降低50%，报销比例提高5个百分点，取消年度封顶线。

**第二十五条** 参保人员属医疗救助对象的，经基本医疗保险、大病保险支付后，符合规定的自付医疗费用按《市人民政府办公室关于印发天门市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则的通知》（天政办发〔2022〕31号）规定给予救助。

**第二十六条** 下列费用医保基金不予支付：

（一）应当从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。

## 服务管理

**第二十七条** 居民医保实行医药机构定点管理，医保经办机构与定点医药机构签订服务协议，明确双方的责任、权利和义务。定点医药机构应当按照规定提供医药服务，提高服务质量，合理使用医保基金，维护公民健康权益。

**第二十八条** 参保人员应持本人医保凭证就医、购药，并主

动出示接受查验，其在定点医药机构就医、购药所发生的医药费用，个人承担的部分由个人支付；应由基金支付的部分，由医保经办机构按协议规定与定点医药机构结算。

**第二十九条** 探索第三方参与医保服务机制，在确保基金安全的前提下，以政府购买服务等方式，委托具有资质的商业保险机构等社会力量经办医保服务。

**第三十条** 优化医保公共服务，加快推进服务事项网上办理；完善医保定点管理政策和流程，做好宣传培训，提供政策咨询、信息查询等服务，保护数据安全，为定点医药机构和参保人员提供优质高效的经办服务。

### **基金财务管理**

**第三十一条** 按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，科学编制并严格执行医保基金收支预算，实行医保基金收支预决算公开，接受社会监督。

**第三十二条** 居民医保基金执行国家统一的基金财务管理制度、会计制度和内部审计制度，实行收支两条线管理、专款专用。

**第三十三条** 建立医保基金风险预警机制，基本医疗保险统筹基金累计结余可支付月数低于6个月时，医疗保障部门会同财政部门提出预警应对措施，报市人民政府批准后实施。

### **监督检查**

**第三十四条** 巩固完善部门间相互配合、协同监管的医保综

合监管制度。建立健全由政府部门、参保人员、用人单位、医药机构、工会及专家等代表参加的监督组织，加强对居民医保的社会监督。

**第三十五条** 建立监督举报奖励制度，对举报涉嫌居民医保基金使用违法违规行且经查证属实的，按规定给予举报人奖励，奖励资金由市财政部门统筹解决。

**第三十六条** 建立覆盖定点医药机构、医务人员以及参保人员的信用管理制度，根据信用评价等级分级分类监督管理，并将监督管理结果纳入社会信用体系管理范围，对信用评价等级较低的，按照国家有关规定实施惩戒。

**第三十七条** 加强大数据应用，强化居民医保基金运行实时监测管理，防范基金风险，提高使用效率，促进基金收支平衡、略有结余。

**第三十八条** 居民医保费的征缴管理、监督检查和罚则，依照《中华人民共和国社会保险法》《社会保险费征缴暂行条例》《湖北省社会保险费征缴管理办法》等有关规定执行。

**第三十九条** 医保经办机构、定点医药机构、参保人员等违反医疗保障或本办法相关规定的，按《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》等法律法规及服务协议处理。

**第四十条** 参保人员对医保或税务等部门的处罚决定不服的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。

## 附 则

**第四十一条** 根据国家及省有关政策、基金承受能力和实际运行情况，市医保局会同相关部门制定具体待遇支付标准，实行动态调整。

**第四十二条** 本办法由市医保局会同相关部门负责解释。

**第四十三条** 本办法自 2024 年 1 月 1 日起实施，此前出台的有关规定与本实施办法不一致的，以本实施办法为准。如国家、省有新规定的，从其规定。

# 天门市职工医疗保障实施办法

## 总 则

**第一条** 为加强我市医疗保障制度体系建设，切实维护参保职工的合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《省医疗保障局 省财政厅关于印发湖北省落实医疗保障待遇清单制度实施方案的通知》（鄂医保发〔2021〕63号）、《省人民政府办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》（鄂政办发〔2022〕25号）等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 坚持保障基本、公平享有、稳健持续、责任均衡、风险分担、多元保障的原则，切实维护参保单位和职工医疗保障权益。

**第三条** 落实国家、省医疗保障待遇清单制度，统一职工医疗保障制度，包括职工基本医疗保险（以下简称职工医保）、补充医疗保险（包括职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助）和医疗救助。

**第四条** 本办法适用于我市实施职工医疗保障制度的所有单位及人员。

**第五条** 市医保局主管职工医疗保障工作，会同有关部门制定相关政策和措施，并负责组织实施；医保经办机构负责职工医疗保险日常业务经办工作；市发改委负责将医疗保障事业纳入国民经济和社会发展规划；市财政局负责完善职工医疗保障基金财

务管理制度和会计制度，会同相关单位和部门做好职工医保基金的监督管理工作，按规定落实经办管理经费；**市卫健委**负责加强医疗服务监督管理，协助市医保局管理医疗保障定点医疗机构；**市税务局**负责职工基本医疗保险费的征收工作；**市公安局**依法打击涉及医疗保险领域的保险诈骗犯罪；**市审计局**负责医疗保障基金审计工作；**市市场监管局**负责加强药品流通使用环节监管，严厉打击药品安全违法违规行为；**民政、人社、退役军人事务**等相关部门按照各自职责范围配合做好职工医疗保障工作。

## 参保与筹资

**第六条** 所有用人单位职工、领取失业保险金人员、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。

**第七条** 参保登记。

（一）用人单位应当自用工之日起 30 日内为其职工向医保经办机构申请办理职工医保参保登记。

用人单位名称、地址、单位类型、法定代表人或负责人、开户银行账号等医保登记事项发生变更或者用人单位依法终止的，应当自变更或者终止之日起 30 日内，到医保经办机构办理参保信息变更或者注销登记手续。

用人单位参保人员发生工作调动、退休、死亡或与单位终止、解除劳动关系等变动，应当自变更或者终止之日起 30 日内由用人单位向医保经办机构申请办理变更或者注销登记。

(二)灵活就业人员直接向医保经办机构申请办理参保登记手续。

(三)领取失业保险金人员由失业保险经办机构统一办理参保登记手续。

#### **第八条 筹资渠道。**

(一)职工医保。职工由用人单位和职工共同缴纳基本医疗保险费。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由个人缴纳基本医疗保险费。领取失业保险金人员的基本医疗保险费由失业保险经办机构从失业保险基金中列支，个人不缴费。

(二)职工大额医疗费用补助。职工大额医保费由用人单位承担，灵活就业人员大额医保费由个人缴纳，领取失业保险金人员大额医保费由失业保险经办机构缴纳，与基本医疗保险费一并缴纳。

(三)医疗救助。通过各级财政补助、彩票公益金、社会捐助等多渠道保障。

**第九条 缴费基数。**参加我市职工医保的，执行省级每年统一制定公布的社保缴费基数标准。用人单位应当按照本单位职工实际工资收入（工资收入口径按国家统计局规定的统一口径计算），在社保缴费基数标准上限与下限范围内据实申报本单位职工的缴费基数。职工月工资收入低于缴费基数下限的，按下限申报，高于上限的，按上限申报。缴费基数每年调整一次，单位职工缴费基数年度核定时间为当年7月1日至次年6月30日。灵



活就业人员缴费基数年度核定时间为1月1日至12月31日，执行标准为省级每年统一制定公布的社保缴费基数标准。

## **第十条 缴费率。**

### **（一）职工医保。**

由用人单位和职工共同按月缴纳。用人单位缴费率为7.5%（含生育保险缴费率0.5%）；在职职工个人缴费率为2%，由用人单位按月从其工资中代扣代缴。未达到缴费年限的退休人员缴费率为9%，由用人单位缴纳。已达到缴费年限的退休人员不再缴费。

灵活就业人员缴费率为5.5%；领取失业保险金人员缴费率为9.5%（含生育保险缴费率0.5%），缴费期限与领取失业保险金期限一致。

**（二）职工大额医疗费用补助。**每月缴费标准为社保缴费基数标准的0.2%，与职工医保费实行一单核定，同步征收。

**第十一条** 职工医保参保人员达到法定退休年龄在医保经办机构办理在职转退休手续时，累计缴费（包括视同缴费年限和实际缴费年限）达到男满30年、女满25年，实际缴费年限不低于我市职工医保实际运行年限的，退休后不再缴纳职工医保费。

我市职工医保制度实施前，符合国家规定计算的连续工龄或工作年限（含退役士兵的服役年限和转业军人的军龄），作为视同缴费年限。我市职工医保制度实施后，参保人员实际参保并缴纳职工医保费的年限（含在其他统筹地区的职工医保缴费年限、军人服现役年限、随军未就业的军人配偶在部队参加医疗保险的

年限)，作为实际缴费年限。重复缴费期间的年限不重复计算。参保人员从居民医保转入职工医保的，居民医保缴费年限不计算为职工医保缴费年限。

参加职工医保的单位职工，达到法定退休年龄但未达到缴费累计年限的，用人单位按省级每年统一制定公布的社保缴费基数标准，继续缴费至累计年限后不再缴费，也可按趸缴当年缴费标准（含职工大额医保费）一次性趸缴至累计年限；未达到法定退休年龄但已达到连续累计缴费年限的，以在职职工身份正常缴费至法定退休年龄。

**第十二条** 灵活就业人员首次参保从缴费之日起 180 日后开始享受职工医疗保险待遇，等待期内已参加居民医保的享受居民医疗保险待遇。

**第十三条** 灵活就业人员参加职工医保，累计缴费年限男满 30 年、女满 25 年且达到法定退休年龄并办理退休手续的，不再缴纳职工医保费。达到法定退休年龄但未达到缴费累计年限的，可继续缴费至累计年限后不再缴费，也可按趸缴当年缴费标准（含职工大额医保费）一次性趸缴至累计年限。

**第十四条** 参保人缴纳居民医保费后，未进入待遇享受期前参加职工医保的，可在终止相关居民医保参保关系的同时，依申请为个人办理退费。待遇享受期开始后，暂停居民医保参保关系的，个人缴费不再退回。灵活就业人员按年度一次性缴纳职工医保费，中途就业随单位参加职工医保的，可依申请退回就业后当年剩余月份以灵活就业人员身份缴纳的职工医保费。

**第十五条** 依据相关法律、法规，用人单位未按时足额缴纳职工医保费给职工和退休人员造成的损失，由用人单位承担。

## 待遇支付

**第十六条** 参保人员按规定享受职工医保、职工大额医疗费用补助和医疗救助待遇。

**第十七条** 职工医保基金和医疗救助基金按照规定的药品、医用耗材、医疗服务项目支付范围支付。

**第十八条** 职工医保门诊待遇支付。

（一）普通门诊统筹。参保人员在定点门诊医药机构发生的属于医疗保险药品、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准目录范围内的普通门诊（含急诊）医疗费用，一个自然年度内累计超过普通门诊统筹起付标准以上、最高支付限额以下的部分，由医保基金按比例支付。

1. 起付标准。普通门诊统筹起付标准按年度设定，在职职工为 600 元，退休人员为 500 元。在一个自然年度内累计计算，参保人只负担一次。

2. 支付比例。一级医疗机构（含社区卫生服务机构）支付比例为 80%，二级医疗机构支付比例为 65%，三级医疗机构支付比例为 50%。退休人员支付比例在以上基础上相应提高 10 个百分点。

3. 最高支付限额。在职职工为 2000 元，退休人员为 2500 元。普通门诊统筹的最高支付限额与住院、门诊特殊疾病和门诊慢性

病（以下简称门诊慢特病）、国家医保谈判药品中“单独支付”政策及参照“单独支付”药品的最高支付限额分别控制，合并计入职工医保统筹基金最高支付限额。一个自然年度内普通门诊统筹最高支付限额仅限于当年使用，不得结转累加到次年。

## （二）个人账户。

### 1. 个人账户的计入办法。

（1）在职职工个人账户计入标准为本人参保缴费基数 $2\%$ ，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金；

（2）原一次性趸缴单位退休人员、在职职工退休后个人账户由统筹基金按定额划入，划入标准为我市2021年基本养老金平均水平的 $2.5\%$ ，标准以具体数据测算；

（3）灵活就业人员不建立个人账户；

（4）因流动就业、就业状态变化等在不同时间段分别以统账结合、单建统筹方式参加职工医保的退休人员，其缴费年限一次性清算后，个人账户按照退休人员个人账户配置定额对应统账结合缴费年限/实际缴费年限的比值标准计入；

（5）原国有关闭破产改制困难企业退休职工不配置个人账户；

（6）参保人员达到法定退休年龄，累计缴费年限达到本市规定年限或按规定补缴的，从次月起为其变更个人账户计入比例。

### 2. 个人账户的使用管理。

（1）参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策

范围内自付费用；

(2) 在实现信息系统支撑的前提下，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，以及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；

(3) 探索用于参保人员本人参加我市职工大额医疗费用补助、长期护理保险等个人缴费，以及配偶、父母、子女参加我市城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、长期护理保险等个人缴费。

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。

(三) 门诊慢特病。建立基本医疗保险门诊特殊疾病和门诊慢性病管理制度，参保人患病在门诊治疗且病情达到门诊慢特病鉴定标准，经认定可享受门诊慢特病待遇。具体病种、待遇标准按《天门市基本医疗保险门诊慢特病保障实施办法》（天医保发〔2023〕8号）及有关规定执行。

**第十九条** 参保职工的住院医疗费用，起付标准以下的由个人自付，对于起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的住院费用，由统筹基金按比例支付。参保人员在住院期间，不能同时享受普通门诊统筹待遇。

(一) 起付标准。市内外一级、二级、三级定点医疗机构分别为 200 元、300 元、800 元。

(二) 支付比例。市内一级、二级、三级定点医疗机构分别

为 95%、90%、80%。

（三）异地就医。异地安置退休人员、异地长期居住人员和常驻异地工作人员办理登记备案后，在备案地就医时，执行市内就医报销政策；异地转诊就医人员（含急诊抢救人员）备案后，到异地备案医院住院的，一级、二级、三级定点医疗机构支付比例分别为 85%、80%、75%。其他临时外出就医人员备案后，到异地备案医院住院的，一级、二级、三级定点医疗机构支付比例分别为 75%、70%、60%。

（四）一个保险年度内，参保职工 15 日之内再次住院的，合并为一次住院结算；一个保险年度内二次及以上住院的，起付标准减半。

（五）参保职工在目录内的特殊诊疗项目和乙类药品费用，由个人首先自付 10%，余下部分由统筹基金按政策支持。

（六）参保患者门诊（急诊急救）确诊需转本院住院的，该次门诊（急诊急救）的医疗费用并入住院费用；因疾病抢救无效死亡发生的门诊费用、门急诊留观费用按住院费用支付。

（七）参保职工在定点医疗机构就医，因特殊情况未能直接结算的，由个人全额支付后，凭身份证复印件、住院病历、费用收据、费用明细等资料，到医保经办机构办理报销手续。自出院之日起超过两年未办理报销手续的医疗费用，医保经办机构不再予以结算。

（八）参保职工因无第三方责任外伤住院治疗发生的医疗费用，由医保经办机构或第三方经办服务机构进行核实后，按基本

医疗保险住院政策报销。

**第二十条** 将符合条件的国家医保谈判药品纳入“单独支付”管理，执行单独支付政策。住院使用“单独支付”药品发生的医疗费用，按乙类药品报销政策自付10%后，再按现行医保住院待遇政策执行。在定点医疗机构门诊使用或定点零售药店购买“单独支付”药品发生的医疗费用，不计起付线，按乙类药品报销政策自付10%后，余下费用按80%报销。

**第二十一条** 参保职工的住院及门诊医疗费用（门诊统筹、门诊慢特病、“单独支付”药品）基本医疗保险统筹基金每人每年最高支付限额为13万元。

**第二十二条** 生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴，所需资金从职工医保基金中支付。具体政策和待遇标准按照《省医疗保障局 省财政厅关于完善积极生育医疗保障支持措施的通知》（鄂医保发〔2023〕45号）、《天门市生育保险和职工基本医疗保险合并实施细则》（天政办发〔2019〕48号）规定执行。

**第二十三条** 参保职工发生的门诊慢特病、住院和“单独支付”药品费用，经职工医保基金支付后，个人年度累计负担的政策范围内医疗费用超过职工大额医疗费用补助起付线以上的部分，由职工大额医疗费用补助予以支付。

参保职工一个保险年度内，大额医疗费用补助每人每年最高支付限额为50万元。符合大额医疗费用补助保障范围的个人负担金额累计计算、分段报销、按次结算。累计金额在0.6万元以

上 3 万元(含)以下部分支付比例为 85%; 3 万元以上 10 万元(含)以下部分支付比例为 90%; 10 万元以上部分支付比例为 95%。

**第二十四条** 参保人员属医疗救助对象的,经基本医疗保险、大额医疗费用补助支付后,符合规定的自付医疗费用按《市人民政府办公室关于印发天门市健全重特大疾病医疗保险和救助制度实施细则的通知》(天政办发〔2022〕31号)规定给予救助。

**第二十五条** 待遇衔接。

(一)用人单位职工首次参保从参保缴费之日起享受待遇。参保人员未按规定及时足额缴纳医疗保险费的,从欠费次月起视为停保,停保期间不享受医保待遇。

(二)已连续 2 年以上参加基本医保的,中断缴费不超过 3 个月的,缴费后即可正常享受医保待遇,中断期间的待遇可追溯。中断缴费超过 3 个月但未满 12 个月的,补足欠缴费用后,自补缴之日起享受医保待遇。中断缴费超过 12 个月的,自补缴之日起 3 个月后享受医保待遇。

(三)连续参加基本医保未满 2 年的,且中断缴费不超过 3 个月的,自补缴之日起享受医保待遇;中断缴费超过 3 个月的,自补缴之日起 3 个月后享受医保待遇,中断期间的待遇不追溯。

(四)居民医保待遇享受期内因就业等个人状态变化参加职工医保的(非灵活就业人员),参保缴费之日开始享受职工医保待遇,暂停原居民医保参保关系及待遇。因辞职或辞退等原因退出职工医保的,恢复居民医保待遇。



(五)享受资助参保的医疗救助对象在职工医保和居民医保之间切换参保、转移接续参保关系时，以及军人退出现役后、由部队保障的随军未就业军人配偶实现就业后，按规定参加职工医保并办理关系转移接续的，均不设待遇享受等待期。

**第二十六条** 下列费用医保基金不予支付：

(一)应当从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。

## 服务管理

**第二十七条** 职工医保实行医药机构定点管理，医保经办机构与定点医药机构签订服务协议，明确双方的责任、权利和义务。定点医药机构应当按照规定提供医药服务，提高服务质量，合理使用医保基金，维护公民健康权益。

**第二十八条** 参保人员应持本人医保凭证就医、购药，并主动出示接受查验，其在定点医药机构就医、购药所发生的医药费用，个人承担的部分由个人支付；应由个人账户资金、基金支付的部分，由医保经办机构按协议规定与定点医药机构结算。

**第二十九条** 探索第三方参与医保服务机制，在确保基金安

全的前提下，以政府购买服务等方式，委托具有资质的商业保险机构等社会力量经办医保服务。

**第三十条** 优化医保公共服务，加快推进服务事项网上办理；完善医保定点管理政策和流程，做好宣传培训，提供政策咨询、信息查询等服务，保护数据安全，为定点医药机构和参保人员提供优质高效的经办服务。

### 基金财务管理

**第三十一条** 按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，科学编制并严格执行医保基金收支预算，实行医保基金收支预决算公开，接受社会监督。

**第三十二条** 职工医保基金执行国家统一的基金财务管理制度、会计制度和内部审计制度，实行收支两条线管理、专款专用。

**第三十三条** 建立医保基金风险预警机制，基本医疗保险统筹基金累计结余可支付月数低于6个月时，医疗保障部门会同财政部门提出预警应对措施，报市人民政府批准后实施。

### 监督检查

**第三十四条** 巩固完善部门间相互配合、协同监管的医保综合监管制度；建立健全由政府部门、参保人员、用人单位、医药机构、工会及专家等代表参加的监督组织，加强对职工医保的社会监督。

**第三十五条** 建立监督举报奖励制度，对举报涉嫌居民医保基金使用违法违规行爲且经查证属实的，按规定给予举报人奖励，奖励资金由市财政部门统筹解决。

**第三十六条** 建立覆盖定点医药机构、医务人员以及参保人员的信用管理制度，根据信用评价等级分级分类监督管理，并将监督管理结果纳入社会信用体系管理范围，对信用评价等级较低的，按照国家有关规定实施惩戒。

**第三十七条** 加强大数据应用，强化职工医保基金运行实时监测管理，防范基金风险，提高使用效率，促进基金收支平衡、略有结余。

**第三十八条** 职工医保费的征缴管理、监督检查和罚则，依照《中华人民共和国社会保险法》《社会保险费征缴暂行条例》《湖北省社会保险费征缴管理办法》等有关规定执行。

**第三十九条** 医保经办机构、定点医药机构、参保人员等违反医疗保障或本办法相关规定的，按《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》等法律法规以及服务协议处理。

**第四十条** 用人单位、参保人员对医保或税务等部门的处罚决定不服的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。

## 附 则

**第四十一条** 离休人员、一至六级残疾军人医疗费用实行单独列支、单独统筹，其医疗待遇按原办法执行。

**第四十二条** 公务员医疗补助政策，由市医保局会同相关部门另行制定。

**第四十三条** 根据国家及省有关政策、基金承受能力和实际运行情况，市医保局会同相关部门制定具体的待遇支付标准，并实行动态调整。

**第四十四条** 本办法由市医保局会同相关部门负责解释。

**第四十五条** 本办法自 2024 年 1 月 1 日起实施，此前出台的有关规定与本实施办法不一致的，以本实施办法为准。如国家、省有新规定的，从其规定。

---

抄送：市委各部门，市人武部，各人民团体。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市监察委，市法院，  
市检察院。

---

天门市人民政府办公室

2023年11月24日印发

---