

德宏州人民政府办公室关于印发 德宏州职工基本医疗保险实施办法的通知

德政办规〔2022〕1号

各县市人民政府，州直和中央、省驻德宏各单位：

《德宏州职工基本医疗保险实施办法》已经州人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

2022年11月30日

（此件公开发布）

德宏州职工基本医疗保险实施办法

第一章 总则

第一条 为健全和完善职工基本医疗保险制度，增强职工基本医疗保险基金抗风险能力，规范职工基本医疗保险的管理，切实保障职工基本医疗需求，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》《云南省社会保险费征缴暂行条例》《云南省城镇职工基本医疗保险暂行规定》等有关法律法规和政策规定，结合德宏州实际，制定本办法。

第二条 职工基本医疗保险实行州级统筹，全州统一实施范围、统一参保管理、统一基金筹集、统一待遇标准、统一费用结算、统一基金监管和定点管理、统一信息系统管理、统一经办流程。

第三条 职工基本医疗保险州级统筹坚持基本医疗保险筹资水平与全州经济社会发展水平相适应，贯彻“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则。

第四条 医疗保障部门应当会同有关部门做好职工基本医疗保险工作，切实维护广大参保人的合法权益。

（一）医疗保障部门是职工基本医疗保险的主管部门，负责制定医疗保险发展规划、医疗保险政策并组织实施和监督指导。医保经办机构具体承办各项职工基本医疗保险业务。

（二）税务部门根据医疗保障部门推送的应征清册和清欠计划，负责职工基本医疗保险费用的征缴、清欠工作，并协助医疗保障部门开展医疗保险扩面工作。

（三）财政部门按职能职责做好职工基本医疗保险基金专储、划拨等工作。

（四）卫生健康部门负责深化医疗卫生体制改革，大力发展社区卫生服务体系，推进分级诊疗制度实施，强化医疗服务管理，促进医疗机构提供质优、价廉、方便、规范的药品和诊疗技术服务。

（五）市场监管部门按职能职责做好医药机构的监督管理工作。

（六）人力资源社会保障部门负责确认参保人的连续工龄或工作年限。

(七) 审计部门依法对职工基本医疗保险基金的征缴和收支管理情况进行审计。

(八) 工会负责困难职工的认定。

(九) 公安部门负责依法查处打击各类欺诈骗保等犯罪行为。

第五条 各参保单位、定点医药机构应明确专兼职人员负责办理相应的医疗保险业务。

第二章 实施范围

第六条 德宏州辖区内所有用人单位，包括各类企业、国家机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工和退休人员，有雇工的个体工商户业主及其从业人员，应当参加职工基本医疗保险。

第七条 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(以下简称灵活就业人员)可以自愿选择参加职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险。

第八条 参加职工基本医疗保险的单位和個人，应当参加职工大额医疗费用补助。

第九条 州直机关、企事业单位以及驻芒市中央、省属机关、企事业单位职工基本医疗保险工作由州级医疗保障部门负责实施和管理；其他用人单位和個人职工基本医疗保险工作由所在地医疗保障部门负责实施和管理。

第三章 参保管理

第十条 用人单位和個人按《云南省社会保险费征缴条例》有关规定办理参保、变更、注销等手续。

第十一条 职工基本医疗保险费缴纳实行单一的缴费主体，用人单位根据医保经办机构核定的应缴费额直接向税务征收机构缴纳，并代扣代缴职工个人应当缴纳的医疗保险费。灵活就业人员由個人向所在地医保经办机构办理参保登记后，向税务征收机构缴纳。

第十二条 职工基本医疗保险参保人退休时，缴费年限男满30年、女满25年的，退休人员本人和单位不再缴纳基本医疗保险费，享受职工基本医疗保险的退休人员医疗保险待遇。缴费年

限含实际缴费年限和视同缴费年限，视同缴费年限指参保人2003年1月1日以前符合国家和省规定认可的连续工龄或工作年限。

第十三条 参保人退休时缴费年限未达到规定的，用人单位或参保人应以申请退休医疗待遇时的缴费基数和单位缴费费率，一次性补缴所差年限的职工医保费，也可按在职职工缴费至规定年限后，再办理医保在职转退休，享受退休人员职工医保待遇。

第十四条 参保人在享受退休人员职工医保待遇前，可随户籍或就业地办理医保关系转移接续，享受退休人员职工医保待遇后，不再办理医保关系转移接续。

第十五条 职工医疗保险的缴费年限异地互认，参保人在转出地职工医疗保险记录的缴费年限可作为视同缴费年限累计计入转入地职工医疗保险缴费年限记录。

第十六条 军人的服役年限作为视同缴费年限计入转入地职工医疗保险缴费年限记录；随军未就业的军人配偶在部队参加医疗保险的实际缴费年限可作为视同缴费年限计入转入地职工医疗保险缴费年限记录。

第十七条 缴费年限认定。参保人实际缴费年限、视同缴费年限由属地医保经办机构确认；参保人提前退休或缴费年限认定有争议的，视同缴费年限由属地组织人事部门认定。参保人退休

证注明有养老保险视同缴费年限的，可作为医疗保险的视同缴费年限，其他视同缴费年限的认定以个人档案记载为准。

第十八条 灵活就业人员未参加基本养老保险的，缴费年限男满 30 年、女满 25 年的，其享受退休人员职工医保待遇的年龄按男满 60 周岁、女满 55 周岁执行。

第四章 基金筹集

第十九条 以单位参保的，基本医疗保险费由用人单位和在职工共同缴纳，其中职工个人缴费部分由用人单位在职工本人工资中扣缴；以灵活就业人员参保的，基本医疗保险费由个人缴纳。财政供养的机关事业单位由用人单位按当年单位缴费费率将职工基本医疗保险单位缴费部分纳入部门预算。

第二十条 用人单位的缴费基数为本单位职工工资总额。个人缴费基数为本人工资收入。职工医保以上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资核定个人缴费基数上、下限，上限为上年度云南省城镇单位就业人员平均工资的 300%，下限为上年度云南省城镇单位就业人员平均工资的 60%。灵活就业人员的缴费基数为上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资。

第二十一条 职工医保的单位缴费费率为 7.5%，个人缴费费率为 2%。灵活就业人员缴费费率，以统账结合方式参保的为本地统筹地区单位和个人缴费费率之和，以单建统筹方式参保的为本地统筹地区单位缴费费率。

第二十二条 基本医疗保险费不计征税费。

第二十三条 基本医疗保险应征数据由州、县医保经办机构按月提供同级税务部门。参保单位按月、灵活就业人员按年向参保地税务部门缴纳职工基本医疗保险费。

第五章 统筹基金和个人账户管理

第二十四条 职工基本医疗保险基金（以下简称医保基金）由基本医疗保险统筹基金和个人账户构成。统筹基金和个人账户按照各自的支付范围，分别核算，不得相互挤占。

第二十五条 医保经办机构为参加职工基本医疗保险的人员建立医疗保险个人账户。个人账户的使用管理按照职工门诊共济保障制度规定执行。

第二十六条 职工医疗保险单位缴费部分全部计入统筹基金，个人缴纳部分全部计入本人的个人账户。退休人员个人账户由统筹基金按德宏州上年度基本养老金平均水平的2%定额划入。

第二十七条 统筹基金主要用于支付职工住院起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用和需要由统筹基金支付的特殊医疗费用。

第二十八条 参保人工作调动、劳动关系转移、死亡等医保事项变更时，应及时到参保地医保经办机构办理基本医疗保险关系转移接续或注销手续。

第六章 医疗待遇

第二十九条 依照本办法按时足额缴纳基本医疗保险费的，享受当年基本医疗保险待遇。新签订劳动合同的参保人，用工开始时间核定为缴费起始时间，当年足额缴纳保费后从缴费起始时间享受医保待遇。灵活就业人员当年按时足额缴纳基本医疗保险费，自当年1月1日起享受基本医疗保险待遇。

第三十条 统筹基金的支付范围和标准，按照国家基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准执行。其中，特殊

检查、特殊治疗、血液制品、200 元以上的国产和集采耗材（含进口）先行自付 10%后按比例支付，200 元以上的进口耗材（非集采）先行自付 20%后按比例支付。

第三十一条 一个自然年度内，参保人在医疗保险定点医疗机构发生的符合医保基金支付范围的住院医疗费用，按以下待遇标准执行：

（一）起付标准：三级医疗机构第一次住院 800 元，第二次住院 500 元，第三次及以后住院 300 元；二级医疗机构第一次住院 600 元，第二次住院 400，第三次及以后住院 200 元；一级及以下医疗机构第一次住院 300 元，第二次住院 200 元，第三次及以后住院 100 元。70 周岁以上参保人住院起付标准降低 50%。

（二）支付比例：在职职工三级医疗机构 85%，二级医疗机构 88%，一级医疗机构 90%；退休人员提高 5 个百分点。

（三）重大疾病住院政策范围内费用经职工基本医保、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助综合保障后，支付比例达不到 90%的，由职工医保支付到 90%，不受住院医疗费用医保基金最高支付限额限制。

(四)最高支付限额:基本医疗保险统筹基金最高支付限额按年度累计计算,超过最高支付限额以上的医疗费用,按职工大额医疗费用补助规定支付。

第三十二条 职工基本医疗保险住院医疗待遇与分级诊疗挂钩。在同一疾病治疗周期内,下级医疗机构规范上转上级医疗机构时,参保人只需补计上下级医疗机构起付标准差额;上级医疗机构规范下转下级医疗机构时,参保人不再另计起付标准。规范办理转诊转院和异地就医备案手续的,医保基金支付比例按有关规定执行,不符合转诊转院和异地就医备案规范到州外住院,医保基金支付比例降低5个百分点。

第三十三条 门诊慢性病、门诊特殊病、协议期内国家谈判药品门诊保障、日间手术、门诊急诊抢救按国家和省有关部门制定的支付政策统一执行。德宏州的地方病、特殊病依程序报省医保局备案同意后执行。

第三十四条 除国家、省规定以外,以下情形发生的医疗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)应当由第三方负担的;
- (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、健康体检的；

（六）因违法犯罪、吸毒、打架斗殴产生的；

（七）国家规定的医保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，由医保基金先行支付。医保基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第七章 费用结算

第三十五条 参保人就医、购药可凭中华人民共和国社会保障卡进行结算，也可使用微信、支付宝、一部手机办事通、国家医保服务平台等 APP 开通医保电子凭证进行结算。

第三十六条 参保人在统筹区内定点医疗机构和统筹区外开通异地结算的定点医疗机构发生的医疗费用实行“一站式”即时结算。个人承担部分由个人与医疗机构即时结算；统筹基金支付部分由医保经办机构按月与定点医疗机构结算。

第三十七条 参保人在尚未实现联网结算的定点医疗机构发生的医疗费用或特殊原因不能即时结算的，由患者个人先行垫付，待医疗终结后，持中华人民共和国社会保障卡和有效单据（医疗费发票、病情证明、费用清单）到参保地医保经办机构报销，报销截止时间原则上为次年3月31日前。不在规定时限内报销的医疗费用（特殊情况除外）由个人承担。

第三十八条 异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员、异地出差、临时外出在国内探亲旅游的参保人在统筹区外开通异地联网结算的定点医疗机构就医的，按异地就医有关规定即时结算；在未开通异地联网结算的定点医药机构就医发生的医疗费用，先由本人垫付，待医疗终结后，持中华人民共和国社会保障卡和有效单据（医疗费发票、病情证明、住院费用清单）到参保地医保经办机构报销。

第三十九条 参保人因患急病，不能到定点医疗机构就诊的，可在就近医疗机构临时就诊，病情平稳后办理转院手续到定点医疗机构继续治疗并及时报备参保地医保经办机构，未转诊治疗或未报备自行选择在非定点医疗机构就诊的，医保基金不予支付其产生的医疗费用。

第四十条 医保经办机构与定点医药机构按月结算医疗费用。定点医药机构应于每月 10 日前将上月发生的医疗费用向属地医保经办机构申报，医保经办机构审核通过后将医疗费用划拨定点医药机构。

第四十一条 医保适时推行以总额预付、疾病诊断有关分组（DRG）付费、病种付费、床日付费、日间手术、项目付费等复合医保支付方式进行费用结算。

第七章 基金监管和定点医药机构管理

第四十二条 医保基金实行税务征收、财政专户存储，收支两条线管理，专款专用，不得挤占、挪用，也不得用于平衡财政预算。

第四十三条 医保基金纳入社会保险基金预决算。各级医保经办机构要严格执行医保基金的预决算制度、财务会计制度和内控制度，切实加强医保基金财务管理，确保基金安全。

第四十四条 参保单位必须定期向职工公布医疗保险费的缴纳情况，接受职工监督，确保职工基本医疗保险权利不受侵犯。

第四十五条 职工基本医疗保险的缴费费率、统筹基金起付标准、支付比例和最高支付限额按照国家、省的有关规定，由医

疗保障部门、财政部门结合经济社会发展和医保基金收支运行情况适时调整。

第四十六条 医保基金按《医疗保险基金使用监督管理条例》有关规定进行监督管理。定点医药机构按国家医疗保障局《医疗机构医保定点管理暂行办法》和《零售药店医保定点管理暂行办法》进行管理。

第八章 附则

第四十七条 各级人民政府及有关部门、各参保单位应当加强对职工基本医疗保险有关政策规定的宣传，切实提高参保单位和参保人遵纪守法的自觉性，确保医疗保险制度的平稳运行。

第四十八条 州、县财政部门根据职工基本医疗保险业务工作的需要给予必要的经费保障。

第四十九条 突发性、流行性传染病和自然灾害等因素所造成的大范围急、危、重病人抢救的医疗费用，由各级人民政府协调解决。

第五十条 离休干部、建国初期参加工作人员医保政策、职工基本医疗保险门诊共济保障制度、生育保险制度等另有规定的从其规定。

第五十一条 本办法自 2022 年 12 月 31 日起施行，本办法施行后，国家和省有新规定的，按新规定执行。《德宏州城镇职工基本医疗保险州级统筹实施办法》（德宏傣族景颇族自治州人民政府公告第 35 号）同时废止。

第五十二条 本办法由州医保局负责解释。