

南府办发〔2022〕31号

**南充市人民政府办公室
关于印发《南充市全面做实医疗保险(生育保险)
市级统筹实施方案》的通知**

各县(市、区)人民政府、市政府有关部门:

《南充市全面做实医疗保险(生育保险)市级统筹实施方案》已经七届市政府第31次常务会议审议通过,现印发你们,请认真组织实施。

南充市人民政府办公室

2022年12月2日

南充市全面做实医疗保险（生育保险） 市级统筹实施方案

为全面做实我市医疗保险（生育保险）市级统筹，进一步完善医疗保险（生育保险）制度，增强基金抗风险能力，提高基金运行效率，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》（中华人民共和国国务院令 第735号）、《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《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》（医保发〔2021〕5号）、《中共四川省委 四川省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（川委发〔2021〕9号）等规定，制定本实施方案。

一、总体要求

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的二十大精神，全面落实党中央、国务院和省、市重大决策部署，坚持以人民为中心的发展思想，坚持和完善统筹城乡的民生保障制度，满足人民日益增长的美好生活需要，以人民群众最关心最直接的利益为切入点，把问题和短板作为完善政策的发力点，紧紧围绕健康南充建设，以增强制度公平性和基金抗风险能力为重点，建立更加公平、更可持续、更加完善的市级统筹医疗保障体

系，不断完善政府治理体系，推进治理能力现代化。

（二）基本原则

坚持人民至上，保障基本医疗（生育）待遇；坚持政府主导、稳步实施；坚持基金统一管理，提高基金抗风险能力；坚持政策标准、待遇水平与经济发展相适应，体现公平适度保障；坚持以收定支、收支平衡、略有节余，保证基金运行安全。

（三）主要目标

按照“制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体”要求，在全市范围内建立和完善“基本政策、待遇标准、基金收支、经办服务、定点管理、信息系统”等“六统一”的医疗保险（生育保险）市级统筹制度，推动医疗保障更加公平、管理服务更加规范、医疗资源利用更加有效，促进全民医保体系持续健康发展。

二、实施内容

（一）统筹范围

1. 职工基本医疗保险（生育保险）；
2. 职工大额医疗费用补助；
3. 城乡居民基本医疗保险；
4. 公务员医疗补助。

（二）主要任务

1. 制度政策统一

全市医疗保险（生育保险）制度政策统一，严格贯彻落实国家待遇保障清单制度规定的基本制度、基本政策及基金支付范围，

统一参保范围、统一筹资标准、统一保障待遇、统一支付方式，各险种参保缴费执行《南充市医疗保险（生育保险）参保缴费管理办法》（附件1），支付管理执行《南充市医疗保险（生育保险）待遇支付管理办法》（附件2）。

2. 基金统收统支管理

医疗保险（生育保险）基金按照年度计划、核实收支、风险共担的办法，实行全市统一管理。县（市、区）当年实际征收的医疗保险（生育保险）费，全部进入市级统筹基金，因不可抗力因素、重大公共卫生事件、医疗保险（生育保险）待遇政策调整等因素导致当年收支与预算出现较大差异的，由市、县（市、区）财政共同分担。县（市、区）除国家公务员医疗补助外的历年累计结余基金全部上缴至市财政专户，统一管理使用。

（1）医疗保险费实行分级征收，市级财政专户管理。全市医疗保险费年度征收计划，由市医疗保障经办机构根据当年省级部门下达的目标任务、市、县（市、区）医疗保险参保人数、缴费基数等因素编制，经市医疗保障局、市财政局、市税务局审核后，报市人民政府批准并下达县（市、区）人民政府执行。全市医疗保险（生育保险）基金收入应及时缴存至医疗保险基金市级统筹财政专户。

（2）全市医疗保险（生育保险）市级统筹基金年度支出计划，由市医疗保障经办机构年初依据本年度收入计划和近三年医疗保险（生育保险）费支出情况、医疗保险（生育保险）政策调整等

因素编制，经市医疗保障局、市财政局审核后，报市人民政府批准并下达各县（市、区）人民政府执行。

（3）城乡居民基本医疗保险各级财政补助资金直接划入市级统筹基金财政专户。

3. 管理服务一体化

（1）统一协议管理。全市制定并执行统一的医保定点医药机构协议管理办法，健全准入退出的动态管理机制，对申请纳入协议管理的医药机构执行统一的准入条件、评估规则和工作程序，签订统一的定点医药机构协议文本，执行统一的考核办法。

（2）统一经办服务。全市制定并执行统一的医保业务经办工作流程和服务规范。加强医疗保障公共服务标准化、数字化和便利化建设，健全统一协同的经办管理服务网络，实现市、县（市、区）、乡镇（街道）、村（社区）四级经办全覆盖。

三、保障措施

（一）加强组织领导。全面做实医疗保险（生育保险）市级统筹是贯彻落实中央深化医疗保障制度改革、加强医疗保障体系建设的重要内容，事关改革、发展和稳定，各县（市、区）人民政府是医疗保障事业的责任主体，要切实加强领导，提高政治站位，强化大局意识，将全面做实医疗保险（生育保险）市级统筹工作纳入国民经济和社会发展规划，全额保障同级医疗保障部门工作经费，确保我市市级统筹工作顺利推行。

（二）加强协调配合。各地各部门要各司其职，协调配合，

形成工作合力，及时研究解决市级统筹工作中跨部门、跨区域、跨行业的重大问题，确保市级统筹制度平稳运行。

市医疗保障部门负责全市医疗保险（生育保险）的管理工作，要牵头抓好医疗保险（生育保险）市级统筹工作，出台相关配套管理政策。县（市、区）医疗保障部门负责本行政区域内医疗保险（生育保险）的管理工作。市医疗保障经办机构负责市本级职工基本医疗保险（生育保险）、职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助业务经办工作；县（市、区）医疗保障经办机构负责本行政区域内职工基本医疗保险（生育保险）、城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助业务经办工作。

市、县（市、区）财政部门要强化医疗保障基金的监督和管理，确保基金全额专户储存和安全运行，建立公共财政预算对基本医疗保险基金的补偿机制。

市、县（市、区）卫生健康部门要加强医疗机构综合监管和分级诊疗体系建设，健全医疗机构绩效考核体系，严格控制医疗费用不合理增长。

市、县（市、区）税务部门要切实履行保费征收职能，确保医疗保障基金应收尽收。

市、县（市、区）教体、民政、乡村振兴、残联等部门要组织做好在校学生、困难群体的参保工作。

市、县（市、区）审计部门要加强对医疗保障基金运行情况的审计监督，要结合年度审计项目计划实施。

市、县（市、区）编办、机关事务管理等部门要统筹协调，保障同级医疗保障部门的人员和办公场地需要。

市、县（市、区）人社、发改、市场监管等部门要按照各自的职责，主动参与，协同做好市级统筹工作。

（三）加强责任考核。市人民政府根据国家和省下达的医疗保险参保护面、基金征收等目标任务，细化分解并下达至各县（市、区），将扩面征缴、待遇支付、定点管理、基金预算管理、基金统收统支等落实情况纳入各县（市、区）工作责任考核和年度综合考核范围，加大考核力度，严格奖惩措施。各级各部门要严格执行市级统筹政策，不能乱开口子，因违反政策规定增加的医保基金支出由当地人民政府自行负责，并追究相关人员责任。对超额完成当年基金征收计划的，由市级财政根据超收情况安排一定的征收工作经费。

（四）加强宣传引导。要加强正面宣传和舆论引导，充分发挥报纸、广播、电视等传统媒体以及网络、微信等新媒体作用，对市级统筹相关政策做法进行深度解读，及时回应参保人员关注的参保缴费、待遇享受、参保关系转移等问题，让参保人员对市级统筹有全面、准确的认识，引导参保人员自觉遵守基本医疗保险政策规定，做到合理有序就医。

本《方案》自2023年1月1日起实施，有效期5年，由市医疗保障局负责制定相关配套文件。

附件：1. 南充市医疗保险（生育保险）参保缴费管理办法

2. 南充市医疗保险（生育保险）待遇支付管理办法

附件 1

南充市医疗保险（生育保险）参保缴费管理办法

第一章 参保范围和对象

第一条 驻南充市行政区域内所有用人单位（包括各种所有制和组织形式的企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业等）的在职职工、退休人员和个体经济组织及其从业人员应当参加职工基本医疗保险（生育保险）。

驻南充市行政区域内未达到法定退休年龄的灵活就业人员可以参加职工基本医疗保险（以下简称职工医保）。

第二条 我市职工医保覆盖范围以外具有本市户籍的城乡居民，高校中的大中专学生，中等专业（职业）学校、中小学在校学生以及居住在我市的外地户籍人员持居住证均可参加我市城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）。

第三条 参加职工医保的人员可同时参加职工大额医疗费用补助。

第四条 驻南充市行政区域内下列机关人员应当参加公务员医疗补助。

（一）符合中共中央组织部《公务员范围规定》的下列八类

机关中的工作人员（含在编工勤人员）及退休人员。

1. 中国共产党机关；
2. 人民代表大会及其常务委员会机关；
3. 行政机关；
4. 中国人民政治协商会议委员会机关；
5. 监察机关；
6. 审判机关；
7. 检察机关；
8. 各民主党派和工商联的机关。

（二）按照国家有关规定属参照《中华人民共和国公务员法》管理的事业单位的工作人员（含在编工勤人员）及退休人员。

第五条 医疗保险（生育保险）参保实行属地管理。驻南充市市辖三区市级及以上单位在市本级医疗保障经办机构参保，新增企业在所在区域参保；城乡居民、大中专院校学生在学校所在地的县（市、区）医疗保障经办机构参保。

第二章 缴费办法和标准

第六条 职工医保（生育保险）缴费办法、基数和费率

（一）缴费办法。单位参保人员职工医保费用由用人单位和职工个人共同缴纳，职工个人缴费由用人单位代扣代缴。生育保险费用由用人单位缴纳，职工个人不缴纳生育保险费，单位退休人员

不参加生育保险；灵活就业人员职工医保费由参保人员个人缴纳，不参加生育保险，不享受生育保险待遇。

（二）缴费基数。职工医保（生育保险）用人单位缴费基数为单位所有在职职工上年度工资总额，个人缴费基数为本人上年度工资收入，工资收入按国家工资总额统计口径计算，具体内容执行国务院和统计部门、人力资源社会保障部门相关政策规定。

职工本人月工资低于全市上年度职工月平均工资 80% 的，用人单位和个人均按全市上年度职工月平均工资 80% 为缴费基数；高于全市上年度职工月平均工资 300% 的，用人单位和个人均按全市上年度职工月平均工资 300% 为缴费基数。

灵活就业人员按全市上年度职工平均工资的 70% 为缴费基数。

（三）缴费费率。单位参保人员缴费费率为 9.9%，其中在职职工单位缴费费率为 7.9%，个人缴费费率为 2%；灵活就业人员缴费费率为 9.2%。

第七条 居民医保实行政府补助和个人缴费相结合。城乡居民由个人通过税务机关公布的缴费渠道缴费；在校学生（大中专院校学生、中小学生）、在园幼儿由所在学校组织参保并代收个人缴费、福利院供养人员由所在福利院组织参保并代收个人缴费。

（一）政府补助

政府对城乡居民参保缴费的补助由中央、省、市、县（市、区）财政补助构成，各级财政补助按规定执行。各县（市、区）承担资金应纳入年初财政预算，并于当年 12 月底前上缴市级统筹

财政专户。

（二）个人缴费

个人缴费标准由市医疗保障局、市财政局、市税务局根据国家 and 省规定，结合全市基金运行情况，于每年 8 月底前向社会公布。城乡居民年中参保缴费的，按全年度个人缴费标准缴费。

第八条 职工大额医疗费用补助按年一次性征收，缴费标准为每人每年 60 元，年中缴费的按全年度保费征收。单位参保人员原则上由单位和个人共同承担；无单位人员由个人承担；已移交医疗保险关系的退休人员从本人个人账户中扣缴，无个人账户的由个人年初缴纳。

第九条 移交政府安置的军队离退休干部按原有文件精神管理和缴费。

第十条 公务员医疗补助筹资标准为享受公务员医疗补助人员上年度月平均工资和退休费的 3.5%，由享受公务员医疗补助人员所在单位缴纳，个人不缴费。

第三章 职工医保缴费年限

第十一条 建立职工医保最低缴费年限制度。我市职工医保最低累计缴费年限为：男满 25 年、女满 20 年（视同缴费年限和在我市参加职工医保的实际全额缴费年限之和，其中在我市参加职工医保的实际全额累计缴费年限满 10 年）。

（一）参保人员达到国家法定退休年龄或正式办理退休手续时，达到我市职工医保最低累计缴费年限的，不再缴纳职工医保费，享受退休人员基本医疗保险待遇；未达到我市职工医保最低累计缴费年限的，可继续缴费至最低累计缴费年限，继续缴费期间，享受在职人员基本医疗保险待遇，也可一次性补足至我市最低累计缴费年限，一次性补足的次月享受退休人员基本医疗保险待遇。

（二）参保人员达到我市职工医保最低累计缴费年限的，但未达到国家法定退休年龄或正式办理退休手续，不能享受退休人员基本医疗保险待遇，应继续缴费至国家法定退休年龄或正式办理退休手续，继续缴费期间享受在职人员基本医疗保险待遇。

第十二条 职工医保参保人员达到法定退休年龄或正式办理退休手续时未达到我市最低累计缴费年限，一次性补足办法如下：

（一）退休时医保关系仍归属单位的单位参保人员：由参保单位一次性补足，补费标准按职工本人补费当年的缴费总额（单位和个人缴费之和）每年递增**10%**计算。

（二）单位合并后新增南充市行政区域外的退休人员：由参保单位一次性补足，补费基数按我市上年度职工平均工资每年递增**10%**计算。

（三）灵活就业人员：由本人一次性补足，补费标准按我市当年度灵活就业人员缴费标准每年递增**10%**计算。

补费年限与医疗保险缴费年限合并计算，一次性补费不能退还。

第十三条 特殊情况缴费年限认定

(一) 原公有制企业解除、终止劳动关系正式人员(由劳动部门正式招工), 2003年7月1日以前在单位参加养老保险的视同缴费年限和实际缴费年限作为我市职工医保的视同缴费年限。

(二) 原机关、事业单位等离职、分流正式人员以及机关、事业单位工作人员, 组织、人社部门认定的2003年7月1日以前的工龄作为我市职工医保的视同缴费年限。

(三) 军队转业、复员和退役人员, 军龄作为我市职工医保视同缴费年限, 部、省、市另有规定的按规定执行。

(四) 服刑、劳教人员, 服刑、劳教前在我市参加职工医保的实际缴费年限累计计算。

(五) 职工医保转为居民医保, 保留原职工医保缴费年限, 转回时累计计算。

(六) 在南充市外参加职工医保, 转移参加我市职工医保的, 在南充市外参加职工医保的视同缴费年限和实际缴费年限均作为我市职工医保的视同缴费年限。

(七) 参加我市居民医保转移参加职工医保的, 可将参加我市居民医保的缴费年限折算为职工医保的实际缴费年限。折算方式为每参加居民医保1年折算为职工医保实际缴费年限2个月。折算年限不划个人账户。

(八) 已享受退休医保待遇人员服刑、劳教的, 服刑、劳教期满后, 不再重新计算缴费年限, 继续享受退休人员基本医疗保险

待遇。

(九) 享受在职医保待遇人员服刑、劳教的，2003年7月1日以前的视同缴费年限不再作为职工医保的视同缴费年限。

第四章 缴费及待遇享受时间

第十四条 职工医保（生育保险）

(一) 单位参保。新参保单位人员缴费的次月开始建立职工医保个人账户，连续缴费满3个月的次月开始享受医疗保险住院待遇和生育保险待遇。欠费期间暂停享受医疗保险（生育保险）待遇，欠费12个月以内补缴并按规定缴纳滞纳金后享受欠费期间的全部医疗保险（生育保险）待遇；欠费超过12个月视为断保，不补费，不享受断保期间的医疗保险（生育保险）待遇，重新连续缴费满3个月的次月开始享受医疗保险住院（生育保险）待遇。

(二) 灵活就业人员参保

1. 新参保。灵活就业人员新参保缴纳当年剩余月份费用，次月开始建立职工医保个人账户，连续缴费满3个月的次月开始享受医疗保险住院待遇。

2. 续保。续保人员在集中缴费期内（每年1—6月）缴费的，连续享受医疗保险待遇，超过集中缴费期参保缴费的，视为断保，不补费，不享受断保期间的医疗保险待遇，缴纳当年剩余月份医

疗保险费满3个月的次月开始享受医疗保险住院待遇。

第十五条 居民医保

(一)居民医保的集中缴费期为上年9月1日至当年2月底，在集中缴费期内参保缴费的无待遇等待期，享受缴费年度的医疗保险待遇；超过集中缴费期参保缴费的，缴费满3个月的次月开始享受医疗保险待遇。

(二)新出生婴儿在出生后90天内参保缴费的，待遇享受期从出生之日起至当年12月31日止。出生后90天跨年度的，缴纳上年度和当年度个人缴费金额，待遇享受期从出生之日起至补费当年12月31日止。

第十六条 职工大额医疗费用补助不单独征收，每年年初与基本医疗保险费同步征收。年中新参加基本医保的，可同步参加职工大额医疗费用补助，职工大额医疗费用补助享受待遇时间节点与基本医疗保险同步。

第十七条 公务员医疗补助与基本医疗保险费同步征收，享受待遇时间节点与基本医疗保险同步。

第十八条 医保关系转移接续办理

参保人员跨统筹地区流动，不得重复参保和重复享受待遇，应按规定办理医疗保险关系转移接续手续。

(一)在南充市外参加职工医保的，符合我市职工医保参保条件，未达到法定退休年龄、未办理退休手续，可转入参加我市职工医保。中断缴费时间不超过3个月的，可办理补缴手续，补

缴后连续实际缴费年限（南充市外和南充市内连续实际缴费年限之和）达到3个月的不设待遇等待期，缴费当月即可享受职工医保待遇，中断期间的待遇可追溯享受；补缴后连续实际缴费年限不满3个月的，缴费满3个月的次月开始享受医疗保险住院待遇；中断缴费时间超过3个月的，中断期间的医疗保险费不能补缴，缴费满3个月的次月开始享受职工医保住院待遇。

（二）在南充市外连续2年（含2年）以上参加职工医保的，因就业等个人状态变化转移参加我市城乡居民医保，中断缴费时间不超过3个月的，连续享受居民医疗保险待遇；中断3个月跨年度的，需补缴上年度和当年度居民医保费才能连续享受居民医保待遇。中断缴费时间超过3个月的，缴费满3个月的次月开始享受居民医保待遇（在集中缴费期缴费除外）；参保人员在南充市外职工医保连续缴费不满2年，转移参加我市居民医保的，缴费满3个月的次月开始享受居民医保待遇（在集中缴费期缴费除外）。

（三）在南充市外连续2年（含2年）以上参加居民医保的，因就业等个人状态变化转移参加我市职工医保的，且中断缴费时间不超过3个月的，补缴中断期间的医疗保险费后连续享受职工医疗保险待遇，中断缴费时间超过3个月的，中断期间的医疗保险费不能补缴，缴费满3个月的次月开始享受职工医保住院待遇；参保人员原在南充市外连续参加城乡居民基本医疗保险不满2年，因就业等个人状态变化转移参加我市职工医保的，缴费满3个月

的次月开始享受职工医保住院待遇。

第十九条 重复参保处理

（一）原则上不允许重复参保。重复参加职工医保的，原则上保留就业地参保关系；重复参加居民医保的，原则上保留常住地参保关系；学生重复参保的，原则上保留学籍地参保关系；跨制度重复参保且连续参加职工医保一年以上（含一年）的，原则上保留职工医保参保关系。以上各类情形在保留一个参保关系同时，应及时终止重复的参保关系。以非全日制、临时性工作等灵活就业形式的跨制度重复参保，保留一个可享受待遇的参保关系，暂停重复的参保关系。

（二）参保人员在居民医保缴费后，在相应待遇享受期未开始前因重复缴费、参加职工医保或其他统筹地区居民医保，可在终止相应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，对暂停的居民医保参保关系，原则上个人缴费不再退回；已通过医疗救助渠道享受参保缴费补贴的救助对象，可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；灵活就业人员按年度一次性缴纳职工医保费后，中途就业随单位参加职工医保的，可依申请退回其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。

第二十条 参保人员已连续2年（含2年）以上参加我市基本医保，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系的，中断缴费时间不超过3个月的，可按规定办理基本医保

补缴手续，补缴后不设待遇等待期，缴费当月即可享受医保待遇，中断期间的待遇可追溯享受；中断缴费时间超过3个月的，中断期间的医疗保险费不能补缴，缴费满3个月的次月开始享受医疗保险待遇；参保人员连续参加基本医疗保险不满2年，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系的，缴费满3个月的次月开始享受医疗保险待遇（在集中缴费期参加城乡居民医保除外）。

第五章 离退休人员基本医保费清偿

第二十一条 已享受退休医保待遇人员遇下列情况需由医保关系所在单位一次性清偿退休（工残）人员基本医疗保险费后方可继续享受退休医保待遇，清偿标准如下：

（一）参保单位分立、破产、改制、解散、撤销的，一次性清偿本单位退休（工残）人员10年基本医疗保险费。

（二）参保单位在职职工医疗保险成批量转移出本市的，其退休人员随在职职工转移。参保单位申请保留退休（工残）人员我市医疗保险待遇的，清偿10年基本医疗保险费。

（三）参保单位以货币形式一次性清偿，缴清费用次月开始享受退休人员基本医疗保险待遇。移交工残人员等未达到法定退休年龄的，先按本办法第三章第十二条足额清偿职工医保缴费年

限，再按本条款清偿 10 年基本医疗保险费，达到法定退休年龄前享受在职人员医疗保险待遇。已缴纳的清偿费用不能退费。

企业清偿标准：我市上年度职工平均工资×职工医保缴费费率×10 年。

事业单位清偿标准：我市上年度事业单位职工平均工资×职工医保缴费费率×10 年。红军遗属按事业单位清偿标准移交医疗保险。

第二十二条 单位分立、破产、改制、解散、撤销等一次性以货币形式清偿离休人员和 1—6 级伤残军人、建国前参加革命工作的老工人医疗费。清偿标准按上年度参保地离休人员平均医疗费清偿 10 年医疗费用，缴清费用次月开始享受医疗费报销待遇。

第六章 附 则

第二十三条 为确保政策平稳过渡，本《实施方案》实施前已参加公务员医疗补助的事业单位工作人员可继续按本《实施方案》规定参加公务员医疗补助。

第二十四条 医疗保险登记、基金征缴、经办、监督、法律责任等严格执行《中华人民共和国社会保险法》和《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院第 735 号令）等相关法律法规的规定。

第二十五条 本办法实施过程中政策调整由市医疗保障局商市财政局提出，报市人民政府批准后执行。

第二十六条 市级其他职工医保（生育保险）、居民医保、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助参保缴费文件同时废止，以本办法为准。

附件 2

南充市医疗保险（生育保险）待遇支付管理办法

第一章 医疗保险（生育保险）统筹基金支付范围

第一条 参保人员按规定参保缴费，在待遇享受期内按本办法规定享受医疗保险（生育保险）待遇。

第二条 医疗保险（生育保险）统筹基金支付下列符合本办法规定报销范围内的费用：

- （一）住院医疗费用；
- （二）属于门诊特殊疾病的门诊医疗费用；
- （三）门急诊抢救治疗无效死亡、急诊观察病人直接转住院治疗发生的门急诊医疗费用；门诊 CT、MRI 检查确诊为颅脑损伤、脑出血、恶性肿瘤直接转住院治疗当次 CT、MRI 检查费用；
- （四）居民医保门诊统筹费用、“两病”门诊医疗费用；
- （五）职工医保普通门诊统筹费用、职工“两病”费用；

- (六) 计划内生育、计划生育手术费用；
- (七) 单行支付药品、高值药品费用；
- (八) 参加生育保险女职工的生育津贴。

第二章 基本医疗保险统筹基金起付标准

第三条 职工、居民医保参保人员住院发生的医疗费用，符合基本医疗保险基金支付范围的部分，扣除起付标准后，由统筹基金按比例支付。起付标准按入院次数计算，各等级医疗机构起付标准如下：

(一) 南充市内医疗机构：一级及以下医疗机构 **200** 元，二级医疗机构 **450** 元，三级乙等三级丙等医疗机构 **600** 元，三级甲等医疗机构 **800** 元。

(二) 南充市外医疗机构：三级医疗机构 **1200** 元，三级以下医疗机构按市内同等级医疗机构标准执行。

第四条 职工医保一个自然年度内在二级及以上医疗机构第二次及以上住院起付标准下降 **50** 元，跨年度住院的起付标准按入院年度计算。

第五条 上级转下级医疗机构，不再计算起付标准；下级转上级医疗机构补计两级之间的起付标准差额。

第六条 计划内生育、计划生育手术、特殊门诊补助、特殊疾病跟踪服务、居民“两病”、居民门诊统筹、职工“两病”、按病种付费、精神分裂症、恶性肿瘤放化疗、单行支付药品、高值

药品不计算起付线。

第七条 享受职工医保退休人员待遇的人员，起付标准下降**150元**。

第三章 基本医疗保险统筹基金支付比例和标准

第八条 符合基本医疗保险规定的住院医疗费用由基本医疗保险统筹基金按以下比例支付。

（一）职工医保

1. 南充市内医疗机构：二级及以下医疗机构**84%**，三级医疗机构（符合分级诊疗程序就医的）**80%**。不符合分级诊疗程序直接到市内市级及以上三甲综合医疗机构就医的普通病、常见病参保患者（**65岁**以上老人、重度残疾人、重症精神病人除外），报销比例为**70%**。

2. 南充市外医疗机构：急诊抢救、转诊转院在备案地就医的，在南充市内同等级医疗机构标准上下浮**5%**，非急诊且未转诊的，在南充市内同等级医疗机构标准上下浮**10%**。

3. 基本医疗保险缴费年限**11—20年**上浮**2%**，**21—30年**上浮**5%**，**31年**及以上上浮**8%**，主要治疗精神分裂症不分缴费年限均上浮**8%**。享受退休人员医疗保险待遇人员上浮**3%**，红军遗属享受缴费年限**31年**以上退休人员待遇。计算待遇时缴费年限不足一年按一年计算。

（二）居民医保

1. 南充市内医疗机构：一级及以下医疗机构 80%，二级医疗机构 77%，三级乙等三级丙等医疗机构 72%，三级甲等医疗机构（符合分级诊疗程序就医的）63%。不符合分级诊疗程序直接到市内市级及以上三甲综合医疗机构就医的普通病、常见病参保患者（65 岁以上老人、0-6 岁以下婴幼儿、重度残疾人、重症精神病人除外），报销比例为 53%。

2. 南充市外医疗机构：转诊人员和急诊抢救人员按规定备案后，支付比例在南充市内同等级医疗机构的基础上下浮 10%，非急诊且未转诊的，支付比例在南充市内同等级医疗机构的基础上下浮 20%。

未成年人主要治疗先天性心脏病和白血病统筹基金支付比例为 100%。

慢性肾功能衰竭门诊血液透析（含门诊腹膜透析）：三级甲等医疗机构 73%，三级乙等、三级丙等医疗机构 76%，二级医疗机构 84%，一级及以下医疗机构 89%。

（三）主要治疗精神分裂症、恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、艾滋病、狼疮性肾病、帕金森氏综合症、再生障碍性贫血、血友病、骨髓增生异常综合症、瘫痪，器官移植和抗排异药物治疗、植物人维持治疗、未成年人脑瘫治疗支付比例上浮 5%。

第九条 异地长期居住人员在备案地、大学生在原户籍地（实习地、见习地）定点医疗机构就医，起付标准和支付比例按市内住院待遇报销。

第十条 基本医疗保险年度累计报销金额不超过统筹基金最高支付限额。跨年度住院的费用计入出院年度。职工医保统筹基金最高支付限额为上年度全市职工平均工资的**6**倍；居民医保统筹基金最高支付限额为上年度全市城乡居民人均可支配收入的**6**倍。

第四章 生育保险基金支付范围和标准

第十一条 生育保险待遇包括生育津贴、生育医疗费、计划生育手术医疗费。

第十二条 生育医疗费和计划生育手术医疗费由定点医疗机构与生育职工直接结算，生育津贴由医疗保障经办机构与用人单位结算。对财政供养人员，不予支付生育津贴；对非财政供养的企事业单位人员，生育津贴与产假期间的工资不重复享受。生育津贴支付期限按照《女职工劳动保护特别规定》等法律法规规定的产假期限执行。

第十三条 生育津贴按照职工本人生育前**12**个月（不足**12**个月的按实际月数计算）生育保险缴费基数除以**365**天再乘以法律法规规定的产假天数（含法定节假日）计算，具体产假天数如下：

（一）怀孕不满四个月流产的，**15**天。

（二）怀孕满四个月引产的，**42**天。

（三）正常生育（顺产）的，**98**天。符合下列一项或多项条件的，在正常生育（顺产）的基础上累加计算。

1. 难产的，增加**15**天（难产包括施行产钳术、臀位助娩术和

剖宫产)。

2. 多胞胎生育的，每多生育一个婴儿，增加 15 天。

产假天数根据《女职工劳动保护特别规定》等法律法规规定的调整而调整。

第十四条 生育医疗费包括女职工因生育发生的检查费、接生费、手术费、住院床位费和药品费等，按以下标准定额支付（支付额不超过总费用）。

（一）怀孕不满四个月流产的 700 元。

（二）怀孕满四个月引产的 1000 元。

（三）正常生育的，符合按病种付费的，实行按病种付费，付费标准执行《南充市医疗保障局关于调整生育医疗病种收付费政策的通知》（南医保〔2020〕28号）；不符合按病种付费的，执行职工医保按项目报销政策。

第十五条 计划生育手术医疗费包括计划生育实施放置（取出）宫内节育器、绝育手术所发生的费用，按以下标准实行限额支付。

（一）宫内施行放置（取出）节育器 200 元。

（二）输精管结扎术 300 元。

（三）输卵管结扎术 1800 元。

符合基本医疗保险报销政策的住院计划生育费用在按以上标准报销后，对参加职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助的，剩余的费用纳入职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助报销范围。

第十六条 参加生育保险的男职工，其配偶生育、未享受生育医

疗费用待遇的，可以按照本章第十四条规定的职工生育医疗费用享受一次性生育医疗费补助，由医保经办机构通过用人单位支付。

第十七条 参加职工医保的灵活就业人员生育和实施计划生育手术的，同步执行本章第十四条和第十五条规定的生育医疗费和计划生育手术费；参加居民医保的城乡居民生育的，正常生育（顺产、剖宫产）执行《南充市医疗保障局关于调整生育医疗病种收付费政策的通知》（南医保〔2020〕28号）文件规定，流产、引产的医疗费和计划生育手术费分别按本章第十四条和第十五条标准的**50%**执行。

第五章 职工大额医疗费用补助标准和范围

第十八条 职工大额医疗费用补助是在基本医疗保险的基础上，对参保职工患大病发生的高额医疗费用给予进一步保障。参保职工年度内住院（特殊疾病跟踪服务、高值药品）发生的大病医疗费用经职工医保报销后，个人自付的合规医疗费用按下列比例分段累进报销：**0**—起付线（含起付线，下同）不予报销，起付线以上—**30000**元报销比例为**50%**，**30000**元以上—**60000**元报销比例为**60%**，**60000**元以上—**100000**元报销比例为**70%**，**100000**元以上报销比例为**80%**。

第十九条 职工大额医疗费用补助起付线根据南充市上一年度城乡居民人均可支配收入进行动态调整，由市医疗保障局、市财政局向社会公布。

第二十条 合规医疗费用是指参保人员在基本医疗保险定点医药机构发生的符合《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《南充市基本医疗保险诊疗项目目录》《南充市基本医疗保险医疗服务设施项目范围》以及国家、省、市基本医疗保险政策规定应纳入支付范围的医疗费用，包括基本医疗保险起付线和乙类先期自付部分。

第六章 公务员医疗补助基金支付标准和范围

第二十一条 公务员医疗补助基金主要用于补助参加公务员医疗补助的公务员的门诊和住院医疗费用。

（一）门诊补助。对公务员门诊医疗费用按公务员缴费基数**的 2%**划入职工医保个人账户。

（二）住院补助。对公务员个人年度内住院（特殊疾病跟踪服务、高值药品）医疗费用经职工医保、职工大额医疗费用补助报销后，剩余的**的合规医疗费用按 85%**比例进行补助。

（三）医疗照顾人员在就诊、住院时符合规定的费用补助。医疗照顾人员范围及补助标准按原有关文件规定执行，国省有新的规定从其规定。

第七章 门诊费用保障

第二十二条 职工和居民医保实行门诊特殊疾病管理。

（一）职工医保门诊特殊疾病包括特殊门诊和特殊疾病跟踪

服务两类病种。特殊门诊病种补助无起付线，统筹基金支付比例为**60%**，年度最高支付限额为**800**元。特殊疾病跟踪服务病种按住院报销比例报销。病种分类、报销范围和最高报销限额由市医疗保障局负责制定和调整。

（二）居民医保门诊特殊疾病分为甲、乙、丙、丁四类病种，病种分类、报销范围和最高报销限额由市医疗保障局负责制定和调整。原享受特殊门诊补助待遇的城乡居民，统筹基金支付比例为**60%**，年度最高支付限额为**600**元。

第二十三条 建立健全职工医保门诊共济保障机制，具体管理办法另行制定。

第二十四条 居民医保普通门诊费用实行门诊统筹管理。门诊统筹基金用于支付参保城乡居民本人在门诊统筹定点医疗机构（指社区卫生服务中心、社区卫生服务站、卫生院、村卫生室、大中专院校医务室）发生的符合规定的一般诊疗费用和普通门诊医疗费用。

（一）社区卫生服务中心、乡镇（中心）卫生院每门诊**1**人次门诊统筹基金支付一般诊疗费**10**元；社区卫生服务站、村卫生室每门诊**1**人次门诊统筹基金支付一般诊疗费**4.5**元。参保居民在门诊统筹定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用由门诊统筹基金按**60%**比例进行支付，每年每人最高支付限额为**120**元。

（二）市内门诊统筹定点医疗机构实行一般诊疗费用总额预算管理，由基本医疗保险基金按定点医疗机构管辖区参保人数预

算给门诊统筹定点医疗机构（每年每人 20 元），基本医疗保险基金与门诊统筹定点医疗机构预算内据实结算，超支不补。

（三）长期异地居住人员，在居住地医保定点基层医疗机构〔指社区卫生服务中心、社区卫生服务站、乡镇（中心）卫生院、村卫生室〕发生的普通门诊医疗费用按本条第一款规定的比例和限额报销。

第八章 目录管理

第二十五条 职工医保（生育保险）、居民医保、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助均执行《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以下简称《药品目录》）、《南充市基本医疗保险诊疗项目目录》和《南充市基本医疗保险医疗服务设施项目范围》和国家、省、市相关文件规定。

第二十六条 未列入《药品目录》、超出《药品目录》限制支付范围、医疗保险最高结算限价以上的部分属于自费，医疗保险（生育保险）基金不予报销。甲类药品按统筹基金支付比例报销；乙类药品由参保个人先期自付规定比例后按统筹基金支付比例报销。

第二十七条 诊疗项目和医疗服务设施目录

放开和特需医疗服务项目、医疗保险（生育保险）基金不予支付、医疗保险最高结算限价以上的部分属于自费，基金不予报销；医疗保险支付部分费用的为乙类，个人先期自付规定比例后按统筹基金支付比例报销；纳入南充市医疗服务项目价格管理但

未列入《诊疗项目和医疗服务设施目录》的为甲类，按统筹基金支付比例报销。床位费和部分医用材料、人工器官、诊疗费实行医疗保险最高结算限价管理。临床用血按甲类诊疗项目管理，献血保证金及储血费不纳入医疗保险基金支付范围。

第二十八条 非公立医疗机构按市内同等级公立医疗机构标准纳入医保支付范围。

第二十九条 工伤保险政策覆盖范围人员，因工伤住院期间医疗费用、旧伤复发医疗费用、后期康复和后遗症治疗费用均不纳入医疗保险支付范围。

第三十条 下列医疗费用不纳入医疗保险（含生育保险）支付范围：

- （一）应当从工伤保险基金支付的；
- （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。

第九章 附 则

第三十一条 药品、诊疗项目、医疗服务设施先期自付比例和

医保最高结算限价由市医疗保障局根据基金运行情况制定和调整。

第三十二条 就诊管理、“两定”单位管理、医疗费用结算、《药品目录》和《诊疗项目和医疗服务设施目录》执行市医疗保障局相关规定，市医疗保障局可根据国家、省、市精神和运行情况进行调整。

第三十三条 基本医疗保险统筹基金最高支付限额和职工大额医疗费用补助起付线、公务员医疗补助起付线由市医疗保障局、市财政局每年根据本《实施方案》规定的标准进行调整并公布。

第三十四条 离休干部、医疗照顾人员、建国初期参加革命工作的部分退休干部、老红军医疗费用和1—6级残疾军人等医疗费用补助的资金渠道和医疗待遇按原文件精神执行。建国前参加革命工作的老工人医疗待遇执行1—6级残疾军人标准。国省有新的规定从其规定。

第三十五条 本办法实施过程中政策调整由市医疗保障局商市财政局提出，报市人民政府批准后执行。

第三十六条 市级其他职工、城乡居民基本医疗保险、生育保险、职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助文件与本办法不一致的，以本办法为准。