

广医保发〔2022〕27号

**广元市医疗保障局等五部门
关于印发《广元市基本医疗保障办法
实施细则》的通知**

各县区医疗保障局、财政局、卫健局、退役军人事务局、税务局，
广元经济技术开发区相关部门：

现将《广元市基本医疗保障办法实施细则》印发你们，请认真组织实施。

广元市医疗保障局

广元市财政局

广元市卫生健康委员会

广元市退役军人事务局

国家税务总局广元市税务局

2022年12月25日

广元市基本医疗保障办法实施细则

为做好《广元市基本医疗保障办法》（广府规〔2022〕2号）（下称“办法”）实施工作，特制定本实施细则。

第一章 职工医保参保缴费

第一条 参加职工医保的单位和人员，应当先进行参保登记后缴纳职工医保费。用人单位在注册地参保登记，灵活就业人员在就业地或居住地参保登记。

第二条 用人单位应当自成立之日起30日内，持《基本医疗保险单位参保信息登记表》、统一社会信用代码证书到医保经办机构办理参保登记。

灵活就业人员持有效身份证件、《职工基本医疗保险参保登记表》到医保经办机构办理参保登记。

第三条 用人单位注销、拆分、合并、分立、歇业等，应当在30日内持《基本医疗保险参保单位信息变更登记表》、有权机关出具的批准文件到医保经办机构变更登记。

第四条 参保人员变更姓名、性别、身份证号、出生日期等个人信息，持有效身份证件、《基本医疗保险职工参保信息变更登记表》到医保经办机构或乡镇（街道）便民服务中心变更登记。信息变更后，医保信息系统与保费征收信息系统同步变更。

第五条 用人单位申报职工医保缴费，应当向经办机构提交《职工基本医疗保险缴费基数申报表》，自成立当月起足额申报应当缴纳的职工医保费。灵活就业人员参保登记后，直接按缴费渠道自主缴费。

第六条 用人单位职工缴费基数中的工资总额，按国家统计局工资总额统计口径执行，包括工资、奖金、津贴等。

第七条 用人单位通过社会保险费管理客户端、办税服务厅，灵活就业人员通过银行代扣代缴、网上自助缴费、办税服务厅和商业银行网点等征收渠道缴费。实行代扣代缴的，缴费人员应当与征收机构签订代扣代缴协议，并确保扣款时银行账户余额充足。

第八条 失业人员领取失业保险金期间的职工医保费，由失业保险经办机构按灵活就业人员“统账结合”代缴。领取失业保险金期间，参保人员已缴纳职工医保费的不重复缴费。

第九条 按照国家相关政策规定，由退役军人事务部门统一参加职工医保的退役军人，按“统账结合”参保缴费，单位缴费部分由财政资金负担，个人缴费部分由退役军人事务部门代收代缴。

第十条 用人单位欠缴职工医保费，由保费征收机构责令其当年内补缴，未按期补缴的，自欠费之日起，按日加收万分之五的滞纳金。灵活就业人员3个月内补缴中断的保费，按中断期间的标准补费；中断缴费超过3个月视为断保，补缴保费按缴费时的标准补费。

第十一条 生产经营困难的用人单位欠缴职工医保费，可以为离职员工单独补缴欠费（含滞纳金）。

第十二条 达到退休年龄未达到最低缴费年限的参保人员，可以按月继续缴费至最低年限退休，也可以按缴费当月灵活就业人员缴费标准一次性趸缴不足年限费用退休。按月缴费期间视同在职人员，办理在职转退休后享受医保退休待遇。

第十三条 退休前存在“单建统筹”缴费的，退休后享受“单建统筹”待遇。自愿申请退休后享受“统账结合”待遇的，2018年1月1日以后的“单建统筹”缴费时间，按办理在职转退休时缴费基数的1.5%补缴差额费用。已办理在职转退休的人员，退休待遇不变更。

第十四条 参加职工医保人员，职工医保、生育保险、大病保险费合并征收。补缴职工医保费（含补年限费用），应当缴纳的生育保险费、大病保险费合并补缴。

第十五条 因就业等原因重复缴费的，进入待遇享受期前，当年重复缴纳的统筹费用退还参保人。参保人员达到退休年龄后的缴费，超过最低缴费年限的统筹费用，办理医保在职转退休时退还参保人。

第十六条 职工医保最低缴费年限中，累计缴费年限为市内、市外的实际缴费时间之和，市内缴费年限为我市2001年以后职工医保的实际缴费时间。军人服现役时间和原在我市的大病统筹、公费医疗缴费时间，视同职工医保缴费时间计入累计缴费年

限。原城镇居民医保、新农合和现行城乡居民医保等缴费时间，不视同职工医保缴费时间。

第十七条 职工医保法定退休年龄以职工基本养老保险退休年龄计，参保人员达到法定退休年龄即可向参保地医保经办机构申报在职转退休。参加职工基本养老保险的，退休时间按基本养老保险管理部门认定的时间计；未参加基本养老保险的，退休时间按居民身份证时间计。

第十八条 医保经办机构依申请对参保人员在职转退休资格进行审核，符合退休资格的按规定办理医保退休，参保人员从次月起享受医保退休待遇。

第二章 居民医保参保缴费

第十九条 居民医保的参保缴费工作由医保和税务部门共同负责，医保部门负责参保登记，税务部门负责保费征收，县区、乡镇人民政府、街道办事处负责居民参保缴费组织工作，村、社区负责做好本辖区居民参保缴费具体工作。

第二十条 首次参加居民医保人员，应当持有效身份证件、《城乡居民基本医疗保险参保登记表》在户籍地或居住地医保经办机构或乡镇（街道）便民服务中心参保登记。参保人员变更个人信息或中断参保，应当持有效身份证件、《基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》变更登记，医保信息系统与保费征收信息系统同步变更。

第二十一条 参保人员按灵活就业人员职工医保的缴费渠道和方式缴费，具体内容见本细则第七条。

各类大中专院校、职业学校学生，除特殊人群外，由学校统一参保，保费由学校代收代缴。

第二十二条 男满 60 岁、女满 50 岁的被征地农民参加居民医保，个人缴费部分由土地征收部门按缴费时标准年增 10%，一次性缴费 15 年，个人终生不缴费享受居民医保待遇。男未满 60 岁、女未满 50 岁的被征地农民需在城镇就业的，按职工医保缴费标准给予 1 年缴费补助（男满 50 岁、女满 45 岁的大龄人员，每增加 5 岁增加 1 年），补助费由土地征收部门发放给被征地农民，被征地农民按职工医保政策参保缴费。

第二十三条 应当由财政资金资助下一年度居民医保个人缴费的人员，由县区主管部门向医保经办机构提供人员名册。集中缴费期前认定的人员，8 月 31 日前一次性提供名册；集中缴费期开始后新增或减少的人员，认定后 7 日内提供名册。医保经办机构按名册在医保信息系统加注标识，参保人员从认定之日起享受相应医疗保障待遇。

具备多重资助身份的人员，资助标准按照就高不就低原则给予资助。全额资助人员视同已参保缴费，差额资助人员个人部分未缴视同未参保缴费。

第二十四条 每年 6 月 25 前，参保资助资金由主管部门与保费征收机构结算。医疗救助对象资助标准按《广元市医疗救助市

级统筹实施办法》（广府办规〔2022〕1号）执行。残疾人资助标准按广元市残疾人联合会等《关于资助残疾人参加城乡居民基本医疗保险有关事项的通知》（广市残〔2020〕65号）执行。其他情形资助参保的，按主管部门确定的资助标准执行。

第二十五条 参保人员进入待遇享受期前（1月1日）参加职工医保、重复参保、参军、死亡等特殊情形中断、终止居民医保，个人缴纳的居民医保费依申请退还。

第三章 基本医疗保险待遇

第二十六条 参加职工医保人员，退休前个人账户资金在保费到达医保系统时同步划转至个人账户；退休人员个人账户资金每月底划转至个人账户，机关事业和企业退休人员划入金额分别为全市退休人员平均养老金的2.8%；退休时一次性趸缴不足年限费用和补缴“单建统筹”与“统账结合”差额费用，不划转个人账户。每年12月31日，个人账户资金按银行三个月整存整取利率结转本息。

第二十七条 个人账户资金家庭成员共济使用，用于支付参保人员及其配偶、父母、子女的下列费用。

（一）在定点医疗机构由个人负担的医疗费用，包括诊疗项目、服务设施、预防接种、康复等费用；

（二）在定点医药机由个人负担的药品、器材费用，包括医疗器械、医用耗材、康复器械等费用；

（三）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个人缴费。

第二十八条 个人账户归个人所有，参保人跨统筹区转移，个人账户资金随之转移；参保人员死亡、出国定居等情形终止职工医保，个人账户资金一次性支取。符合个人账户资金转移、支取条件的，参保人员或法定继承人持有效身份证件、《职工基本医疗保险个人账户支取（划转）申请表》向参保地医保经办机构申请。

第二十九条 基本医疗保险先缴费后享受待遇。待遇期内，待遇享受时间和标准：门诊医疗费按就诊时间计、住院医疗费按出院时间计、生育津贴按生育或计划生育手术时间计。医保统筹基金报销的各项医疗费用，按类别纳入参保人员年度限额，跨年度费用不拆分。

第三十条 职工医保待遇结束后 3 个月为缴费缓冲期，3 个月内接续缴费的，追溯享受职工医保待遇，3 个月内医疗费纳入报销范围；3 个月内未接续缴费的，未缴费期间不能享受职工医保待遇，医疗费用不予报销。用人单位因欠缴职工医保费，职工应当享受的职工医保待遇由单位承担，单位补清全部欠费后可以向医保经办机构申请补报。

第三十一条 定点医药机构应当为参保人员提供医疗费联网结算服务，属职工医保、居民医保、生育保险、大病保险、医疗

救助报销的医药费，参保人员持医保电子凭证或社会保障卡在定点医药机构“一单制”联网结算。

第三十二条 申请手工报销医疗费应当提供下列资料：

- (一) 医保电子凭证、社保卡或身份证；
- (二) 收费票据原件；
- (三) 住院费用清单或门诊费用处方；
- (四) 出院记录、急诊诊断证明；
- (五) 参保人银行账户信息。

意外伤害住院医疗费报销，还应当提供《外伤入院登记表》、首次病程记录。有第三方责任的，提供外伤责任认定文书。无第三方责任的，提供《外伤无第三方责任承诺书》。

第三十三条 意外伤害医疗费，应当由第三方负担的不纳入医保报销范围；应当由第三方部分负担的，医保基金和第三方按责任比例分担；第三方部分负担但无责任比例划分法律文书的，待具体比例明确后纳入医保报销范围。纳入医保报销范围费用=政策范围内医疗费用×自负责任比例。

第三十四条 医保报销医疗费力的计算公式：

(一) 门诊、住院医疗费基本医保报销金额=[(单次医疗费-个人先行自付费用-不属于支付范围的费用)-起付标准]×统筹基金报销比例。不属于支付范围的费用包含全自费和超过医保支付标准的费用。

单次医疗费，门诊以发票金额计，住院以一次入院到出院的全部费用计。

(二) 大病保险赔付金额=[(年度政策范围内住院费用经基本医保报销后的自付部分-大病保险起付线) × 分段报销比例]之和。

大病保险政策范围内住院费用与基本医保一致，高值药品、二类门特、日间手术、家庭病床医疗费纳入大病保险赔付范围。单行支付药品、一类门特、门诊统筹、“两病”等费用不纳入大病保险赔付范围。

(三) 参保人员一个自然年度内分别参加职工医保和居民医保，医药费年度报销额按费用发生时的险种计。

第三十五条 参保人员享受生育保险待遇起始时间按市内缴费时间计，在市内变更参保单位，生育保险缴费时间连续计算。

第三十六条 住院分娩纳入单病种付费管理，享受生育保险待遇人员，限额内费用生育保险全额报销。不能享受生育保险待遇人员，限额内费用按职工医保、居民医保政策报销。

住院分娩期间出现严重并发症或合并症，住院分娩不纳入单病种管理，医疗费用按普通住院费报销。

第三十七条 享受生育保险待遇人员，定点医疗机构的产前检查费纳入生育保险报销范围，报销比例 50%，一个自然年度报销额不超过 400 元。

第三十八条 享受生育保险待遇人员，计划生育手术费实行限额报销。参保人员持定点医疗机构原始发票向参保地医保经办机构申报，限额标准内的费用生育保险据实报销。限额标准为：

(一) 放置宫内节育器 300 元; (二) 取出宫内节育器 300 元; (三) 长效缓释避孕皮下埋植剂植入术 400 元; (四) 长效缓释避孕皮下埋植剂取出术 300 元; (五) 输卵管结扎术 1800 元; (六) 输精管结扎术 1200 元; (七) 人工流产 400 元; (八) 药物流产 500 元; (九) 中期孕引产 2000 元; (十) 结育复通手术 1500 元。

第三十九条 生育津贴计发时间按《女职工劳动保护特别规定》(国务院令 619 号) 执行。妊娠不满 4 个月流产的 15 天、妊娠满 4 个月以上 7 个月以下流产的 42 天、妊娠满 7 个月以上 98 天、难产的增加 15 天、多胞胎生育每多生育一胎增加 15 天。生育津贴计发标准按用人单位上年度日缴费工资计, 新成立单位按生育前 12 个月日缴费工资计。

第四十条 参保职工生育后 3 个月内, 用人单位向参保地医保经办机构申领生育津贴。生育津贴用于女职工在生育、产假期间应享受的工资及福利待遇。不足以支付的, 差额部分由女职工所在单位补足。有结余的, 其结余归入女职工所在单位的职工福利费。

第四十一条 全省全口径在岗职工平均工资、城乡居民可支配收入等统计数据公布前, 医疗保险费征收、医疗保障待遇计发基数按原标准执行。

第四章 医疗保险关系转移接续

第四十二条 转移接续手续办理。

市内转移职工医保、居民医保，参保人员直接在新参保地申报缴费，不办理参保关系转移，待遇享受时间连续计算。

跨统筹区转移职工医保，参保人员应当向转入地医保经办机构申报，医保关系通过医保信息系统自动转移。

居民医保跨统筹区不转移，到市外参加职工医保、居民医保，应当自行申报中断我市居民医保；到我市参加职工医保、居民医保，出具参保凭证的，市内外缴费时间合并判断待遇享受时间。

第四十三条 参保人员跨统筹区转移医保关系，应当持下列资料向转入地医保经办机构申报。

- (一) 有效身份证件、医保电子凭证或社保卡；
- (二) 《参保凭证》；
- (三) 《基本医疗保险关系转移接续申请表（联系函）》。

第五章 大病保险

第四十四条 职工医保、居民医保大病保险经办管理由医疗保障经办机构负责，也可以通过招标委托商业保险公司承办。一次招标的承办期限 3-5 年，承办合同每年签订。

第四十五条 大病保险实际赔付率低于净赔付率 10 个百分点以内的资金结余额，按 50%的比例返还医保基金；实际赔付率低于净赔付率 10 个百分点以上的资金结余额，全部返还医保基金；实际赔付率高于 100%时，在 100%-110%之间的亏损额由医保基金分担 50%，超过 110%以上的亏损额医保基金不再分担。

第四十六条 参保人员在定点医药机构发生的大病保险费与基本医保费“一单制”结算，由医保经办机构统一支付给医药机构。

第四十七条 医保经办机构按合同约定向承办大病保险的商业保险公司支付保费，每月发生的大病保险费由保险公司向医保经办机构据实支付。大病保险费按年度进行清算。

第六章 医药服务与管理

第四十八条 定点医药机构的准入、管理按照国家医保局《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医保局令第2号）《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医保局令第3号）和《四川省医药机构医疗保障定点评估细则》（川医保规〔2021〕22号）的规定执行。

第四十九条 取得基本医保定点资格的诊所和零售药店，可以申请职工医保门诊统筹（“两病”）定点。其中，使用云MIS管理系统、药品零售价格不高于四川省药械集中采购及医药价格监管平台同产品挂网价格、所售药品实现电子可追溯的纳入定点，其药品费纳入门诊统筹报销。

第五十条 基本医疗保障服务协议由医保经办机构与医药机构签订，报同级医保行政部门备案。

第五十一条 定点医药机构应当按《医疗保障基金结算清单》内容，将患者信息实时传输到医保信息系统。参保人员要求提供

纸质病历、处方、报告、费用清单等资料的，定点医药机构应当提供。

第五十二条 除单行支付药品、高值药品外，参保人员住院期间不另行报销门诊费用。确需委托院外定点医疗机构协助检查、治疗的，由医疗机构对接，其费用纳入当次住院费。

第五十三条 定点医药机构在医疗服务中，原则上优先使用目录内的甲类药品和诊疗项目，优先使用集采药械，减轻参保人员个人负担。提供自费医药服务的，应当经患者或其近亲属、监护人同意。

第五十四条 定点医药机构提供特殊疾病门诊服务，应当查验患者备案病种，治疗本病及主要并发症的门诊医药费用，纳入特殊疾病门诊费用报销。

第五十五条 定点医疗机构收治意外伤害患者住院治疗，应当详细询问受伤经过并在病历中如实记载。无第三方责任的，应当督促患者如实填写《外伤无第三方责任承诺书》。

第五十六条 各级医疗机构的门诊或住院患者，因病情需要转诊转院，转出机构应当及时办理转诊转院手续，出具转诊转院通知。转入市内的由转出医疗机构在医保信息系统登记备案，转出市外的由参保人员向医疗保障经办机构登记备案。

第五十七条 参保人员持转诊转院通知进行入院登记的，享受转诊转院待遇。二级甲等及以上医疗机构收治住院患者，应当查验转诊转院手续。除危急重症患者急诊抢救外，三级医疗

机构未经转诊转院的住院患者，居民医保报销比例降低 10 个百分点。

第五十八条 高级别医疗机构病情稳定的患者，应当转入低级别医疗机构维持治疗，符合出院条件的应当及时办理出院手续。拒绝转入低级别医疗机构或出院的，自医疗机构通知后的医疗费用不纳入医保报销。

第五十九条 国家谈判药品中的单行支付药品和高值药品实行“五定”管理，即认定机构、定治疗机构、定责任医师、定供药机构、定用药患者，全省范围内“五定”结果互认。参保人员使用单行支付药品和高值药品应当向认定机构申请，建立实名档案，药品费用按标准单独报销。其中，高值药品纳入乙类药品目录，药品费基本医保报销比例与单行支付药品一致，个人自付费用纳入大病保险和医疗救助范围。经办管理流程按四川省医疗保障局《关于进一步做好单行支付药品和高值药品经办管理服务工作的通知》（川医保发〔2022〕4号）执行。

第六十条 市属三级医院、县区人民医院、中医医院、剑阁县第一人民医院、万江眼科医院、爱尔眼科医院为我市单行支付药品和高值药品的认定、治疗、供药机构，广元市特殊药品定点供药药店为我市单行支付药品和高值药品的供药机构。

第七章 异地就医

第六十一条 异地就医实行登记备案管理，原则上先备案后

就医。符合备案条件的，医疗费结算前可以补办备案手续。异地就医人员通过线上线下渠道向参保地医保经办机构申报异地就医备案，备案地统筹区内医疗费在医药机构直接联网结算。

第六十二条 异地就医备案范围主要包括三类人员：

（一）异地长期居住。异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在市外工作、居住、生活的人员应当进行异地长期居住备案。备案时应当提供的资料：

1. 医保电子凭证、有效身份证件或社保卡；
2. 《异地长期居住备案登记表》；

3. 异地长期居住认定材料（户口簿或常住人口登记证、居住证明、工作单位证明、工作合同、个人承诺书任选其一）。

（二）异地转诊转院。因病情需要转诊转院至市外就医人员，应当向参保地医保经办机构申报转诊转院备案，6个月内备案地享受转诊转院待遇。备案时需提供的资料：

1. 医保电子凭证、有效身份证件或社保卡；
2. 二级甲等及以上医疗机构出具的转诊转院通知等资料。

（三）其他临时外出就医。因各种情形临时外出就医的人员，除就医地需要备案的外，异地医疗费联网结算免备案。其中，急诊抢救人员住院医疗费按转诊转院标准报销。

第六十三条 异地就医医疗费联网直接结算，执行就医地目录（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围）及有关规定，执行参保地待遇政策（起付标准、支付比例、最

高支付限额、门诊慢特病病种)。因特殊原因未能联网结算的可向参保地医保经办机构申请手工报账,执行参保地目录和待遇政策。

第六十四条 异地长期居住备案人员,备案地和参保地双向享受本地医保待遇,其中以个人承诺方式办理异地长期居住备案的,应履行承诺事项,在补齐相关备案材料后双向享受本地医保待遇。

第八章 医药价格与医保付费

第六十五条 定点医疗机构医疗服务价格和医保支付标准按医疗机构等级确定。定点医疗机构级别调整,应当向所属医保经办机构申报,医疗服务价格和医保支付标准从次月起相应调整。高级别医疗机构可以自主选择低级别收费,参保人员待遇标准、医保付费标准按低级别执行。一个自然年度内,级别变更不超过1次。

第六十六条 享受我市职工医保、居民医保待遇的人员,在市内乡镇卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室就诊免交一般诊疗费,一般诊疗费由医保经办机构统一结算,在居民医保基金中支付。一般诊疗费含挂号费、诊查费、注射输液费、药事服务成本费。

第六十七条 一般诊疗费以乡镇卫生院、社区卫生服务中心为单位核算,一个自然年度,医保经办机构按居民医保参保人数

人均 20 元支付。村卫生室由所属乡镇、社区管理，一般诊疗费由乡镇卫生院、社区卫生服务中心结算。

第六十八条 享受我市职工医保、居民医保待遇人员，在市内县级及以上公立医疗机构就诊，门诊诊查费医保基金按每人每次 6 元标准给予补助。同一医疗机构门诊诊查费每天补助一次。挂牌县级医院的乡镇卫生院执行一般诊疗费，不收取门诊诊查费。

第六十九条 定点医药机构应当由医保基金支付的医药费，医保经办机构按月结算，按年度清算。定点医药机构每月 10 日前通过四川省医保信息平台向医保经办机构申报上月费用，并提供《定点医药机构清算申请结算单》。

第七十条 医保经办机构对定点医药机构的费用进行审核，可疑数据应当通知医药机构复核。不符合医保基金支付范围的费用和违反医保协议的费用，从医药费用中扣除。应当支付的费用，在协议约定时间内拨付给医药机构。

第七十一条 各级定点医疗机构纳入 DRG 付费范围的住院医疗费，按医疗机构级别统一付费标准，合理控制级别之间的差异，全市范围内实行同级同病同价。

第七十二条 健全单病种付费制度，在住院分娩、血液透析单病种付费基础上，把更多病情单一、临床路径清晰、费用相对恒定的疾病纳入单病种付费管理。按单病种付费的疾病，医疗费不区分医保目录甲乙类，医疗机构限额收费，参保人员在限额内分担费用，医保基金按定额标准与医疗机构结算。

第七十三条 建立床日付费制度，将精神病、康宁疗护等长期住院治疗的医疗费纳入床日付费管理，床日付费标准由市医疗保障部门参照医疗机构历年实际和医保基金承受能力确定，全市统一。

第七十四条 门诊血液透析治疗按《关于慢性肾功能衰竭门诊血液透析治疗费用报销有关事项的通知》（广医保发〔2019〕41号）执行，限额收费标准调整为：

项 目	三甲综合	二级及以上	二级以下
血液透析（元/次）	580	510	470
血液透析滤过（元/次）	800	700	640
血液透析联合血液灌流（元/次）	1230	1080	990
年度合计（元）	110000	95000	89000

第七十五条 建立医共体打包付费制度，实行人、财、物、信息系统统一管理的紧密型医共体，医保基金应当支付的医疗费用由牵头总医院与医保经办机构清算。

第七十六条 经医疗保障部门备案的日间手术，术前15日内的门诊检查检验费纳入日间手术费。日间手术费参保人员按住院医疗费标准报销，医保基金参照上年度DRG同级同病组医疗费标准向医疗机构付费。各级医疗机构日间手术与医疗机构功能定位相匹配，不得超范围开展日间手术，严禁将门诊手术纳入日间手术。

第七十七条 家庭病床原则上由二级乙等及以下医疗机构负责实施。家庭病床建床服务费每次100元，医疗服务收费标准、

参保人员报销标准按建床医疗机构住院标准执行。医保付费标准由市医疗保障部门制定。

第七十八条 通过医保杠杆引导，做实家庭医生签约服务。家庭医生签约有偿服务实行打包收费，收费包最高标准每人每年不超过100元。收费包内项目据实计费，其费用医保基金、个人、公共卫生按5:4:1分担。

第九章 医保基金管理

第七十九条 医保基金年度预算由市医疗保障部门会同税务部门，按照国家、省相关要求，结合医保基金运行情况、医保重点改革任务和我市经济社会发展水平等因素编制。各级医疗保障部门和医保经办机构按预算执行，按月分析预算执行情况，防控基金风险。

第八十条 每年末，市医疗保障部门按照国家、省医保基金管理相关要求编制、审核年度医保基金决算草案。

第八十一条 医疗保障基金收入全部纳入市级财政专户管理。中央、省、市财政补助资金和税务部门征收的保费划入市级财政专户；县区财政补助资金、基金利息收入每年12月底前划入市财政专户。

第八十二条 每月10日前，各县区根据上月基金支出情况，分险种向市医疗保障部门提交支付申请，市医疗保障部门按照预算执行进度，每月25日前下拨基金至县区基金账户。

第八十三条 各县区医保基金支出账户预付金应不低于上年

度月平均支付额的 1.5 倍，预付金不足时，每年 1 月向市医疗保障部门申请补足。连续 12 个月医保基金累计结余可支付月数达到 6 个月以上险种，对符合条件的定点医疗机构可实行医保结算费用预付，具体政策按四川省医疗保障局等三部门《关于印发〈四川省基本医疗保险费用结算预付管理暂行办法〉的通知》（川医保规〔2021〕19 号）执行。

第八十四条 生育保险基金并入职工医保基金，不单列生育保险收入项目，职工医保统筹基金待遇支出中设置生育待遇支出项目。

第十章 医保监管与法律责任

第八十五条 医疗保障部门应当充分利用信息技术，加大医保基金监管力度，通过大数据筛查、智能监控、引入三方监管、飞行检查等手段，加强对用人单位、医药机构、参保人员执行医疗保障政策情况进行监督管理。

第八十六条 定点医药机构违反服务协议的，医疗保障经办机构督促其履行服务协议，按照服务协议约定暂停或者不予拨付费用、追回违规费用、中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务，直至解除服务协议。

第八十七条 定点医药机构违反医保政策、医保协议、医疗规范，造成医疗保障基金损失的，责令追回医保基金并处造成损失金额 1 倍以上 2 倍以下的罚款，对拒不改正的，处 1 万元以上 5 万元以下的罚款。

第八十八条 定点医药机构骗取医保基金，处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款，暂停 6 个月以上 1 年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务。

第八十九条 参保人员骗取医保基金，处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款，暂停其医疗费用联网结算 3 个月至 12 个月。

第九十条 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医保基金超过 5000 元以上的，医疗保障行政部门应当移交司法机关处理。

第九十一条 用人单位未按期足额缴纳职工医保费，由医疗保险费征收机构责令限期缴纳或补足，未缴清欠费的由保费征收机构依法处理。

第九十二条 鼓励组织和个人对侵害医疗保障基金的违法违规行为进行举报、投诉，对查证属实的，医疗保障部门给予举报人举报奖励。线索来源于定点医药机构及其工作人员的，加大奖励力度。

第十一章 附 则

第九十三条 医疗救助按《广元市医疗救助市级统筹实施办法》（广府办规〔2022〕1号）执行。

第九十四条 1-6 级残疾军人医疗补助由退役军人事务部门按相关政策办理。

第九十五条 本《细则》由市医疗保障局负责解释。

第九十六条 本《细则》自 2023 年 1 月 1 日起实施。

