

市政府关于印发宿迁市医疗保障办法的通知

宿政规发〔2023〕19号

各县、区人民政府，市各开发区、新区、园区管委会，市各委、办、局，市各直属单位：

《宿迁市医疗保障办法》已经市政府六届三十二次常务会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

宿迁市人民政府

2023年12月29日

（此件公开发布）

宿迁市医疗保障办法

第一章 总则

第一条 为了健全医疗保障制度，规范医疗保障管理和服
务，维护参保人员医疗保障合法权益，根据《中华人民共和国社
会保险法》国务院《医疗保障基金使用监督管理条例》《江苏省
医疗保障条例》等法律、法规规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市行政区域内医疗保障的参保筹资、待遇支付、
基金管理、医药管理、公共服务和监督管理等活动适用本办法。

第三条 医疗保障事业应当以人民健康为中心，遵循覆盖全
民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的原则，坚持医疗
保障水平与经济社会发展水平相适应、权利与义务相对应，增强
公平性、可及性和均衡性。

第四条 本市依法健全以基本医疗保险为主体，大病保险为
补充，医疗救助为托底，补充医疗保险、商业医疗保险、慈善医
疗救助、医疗互助等其他医疗保障协调发展的多层次医疗保障制
度体系。

第五条 公民有依法参加基本医疗保险的权利和义务。用人
单位有保障职工参加职工基本医疗保险的义务。

用人单位和职工、城乡居民应当依法缴纳基本医疗保险费。

参加基本医疗保险的职工、城乡居民，按照规定享受相应的医疗保障待遇。

第六条 市人民政府建立完善医疗保障工作联席会议制度，贯彻落实国家、省关于医疗保障工作的重大决策部署，统筹解决医疗保障政策执行过程中的重大问题，促进医保、医疗、医药协同发展和治理。

县、区人民政府负责本行政区域内医疗保障工作，履行基本医疗保险、大病保险、医疗救助等工作职责，建立健全医疗保障工作协同机制和长效管理机制，维护医疗保障基金安全。

开发区（园区）、旅游度假区管理机构应当按照市人民政府规定的职责，做好本区域内医疗保障管理相关工作。

乡镇人民政府、街道办事处应当按照相关规定做好城乡居民基本医疗保险参保扩面、医保公共服务等医疗保障相关工作。

村（居）民委员会应当协助做好医疗保障相关工作。

第七条 政府各相关部门及单位按照规定依法履行医疗保障管理相关职责。

医疗保障部门负责医疗保障制度政策制定、组织实施、监督管理工作。医疗保障经办机构按照规定职责，承担医疗保障相关具体事务。

财政、卫生健康、税务、人力资源社会保障、公安、市场监管、审计、民政、农业农村、退役军人事务、教育、行政审批、金融监管、大数据等部门和单位按照各自职责，做好医疗保障相关工作。

第二章 医疗保障体系

第一节 基本医疗保险

第八条 基本医疗保险包括职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险。

第九条 本市行政区域内的各类用人单位及其职工，应当参加本市职工基本医疗保险。鼓励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（以下统称灵活就业人员）参加职工基本医疗保险。

未参加职工基本医疗保险的城乡居民，按照规定参加城乡居民基本医疗保险。未参加基本医疗保险的外地户籍居民，凭本市居住证可以参加城乡居民基本医疗保险。

参保人员不得重复参加基本医疗保险，不得重复享受基本医疗保险待遇。

第十条 参加基本医疗保险应当向当地医疗保障经办机构申请办理参保登记。

用人单位应当自成立之日起 30 日内申请办理医疗保险登记。职工与用人单位建立劳动关系的，用人单位应当自用工之日起 30 日内为职工申请办理职工基本医疗保险参保登记。

参加城乡居民基本医疗保险的人员可以在户籍所在地或者居住地办理城乡居民基本医疗保险参保登记。高等院校、职业院校（含技工院校）学生由学校统一办理参保登记。被认定为资助参保救助对象的学生，可以选择参加认定地基本医疗保险。

第十一条 公安、司法行政、人力资源社会保障、民政、卫生健康、教育、退役军人事务、税务等部门和工会，应当依托公共数据平台，与医疗保障部门、医疗保障经办机构及时共享下列信息：

（一）公民出生、死亡和户口登记、迁移、注销以及居住证办理等信息；

（二）服刑人员服刑以及刑满释放等信息；

（三）领取失业保险金人员和退休人员等信息；

- (四) 医疗救助对象信息；
- (五) 在校学生学籍信息；
- (六) 基本医疗保险费缴纳信息；
- (七) 其他与医疗保障相关的信息。

有关部门履行职责确需使用基本医疗保险参保信息的，医疗保障部门、医疗保障经办机构应当依法及时共享。

第十二条 职工基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳，缴费基数按照社会保险缴费基数执行，灵活就业人员基本医疗保险费由个人缴纳，缴费基数按照省和市规定执行。缴费费率的确定和调整，由市医疗保障部门会同财政部门制定建议方案，经市人民政府研究确定，报省人民政府批准后执行。

第十三条 城乡居民基本医疗保险费实行个人缴费和政府补贴相结合。筹资标准应当与经济社会发展水平和居民人均可支配收入挂钩，不低于国家和省规定的最低标准，具体由市医疗保障部门会同财政部门、税务机关根据国家 and 省有关规定拟定筹资方案，报市人民政府批准后执行。

第十四条 用人单位应当按时足额向税务机关为职工缴纳基本医疗保险费，并对职工个人缴费实行代扣代缴，非因不可抗

力等法定事由不得缓缴、减免。用人单位应当按月将缴纳基本医疗保险费的明细情况告知职工本人。

失业人员在领取失业保险金期间，参加职工基本医疗保险，应当缴纳的基本医疗保险费，由领取地失业保险经办机构从失业保险基金中支付，个人不缴费。

第十五条 城乡居民基本医疗保险集中缴费期一般为每年的第四季度，参保人员应当在集中缴费期内一次性缴纳下一年度的城乡居民基本医疗保险费。城乡居民在非集中缴费期缴纳城乡居民基本医疗保险费的，应当一次性足额缴纳个人全年缴费部分。

第十六条 参保人员按照国家、省和市的规定，享受住院、门诊医疗费用报销待遇。

符合基本医疗保险药品、医用耗材、医疗服务项目、医疗服务设施等目录（以下统称基本医疗保险目录）的医疗费用，由基本医疗保险基金支付。基本医疗保险住院和门诊医疗费用的起付标准、最高支付限额和支付比例，由市医疗保障部门会同财政部门按照国家 and 省规定拟定方案，报市人民政府批准后执行。

第十七条 职工自用人单位为其足额缴纳职工基本医疗保险费到账的次日起，享受职工基本医疗保险待遇。

灵活就业人员首次参加职工基本医疗保险，自缴费到账当月开始计算，第3个月起享受职工基本医疗保险待遇。灵活就业人员中断缴纳职工基本医疗保险费不超过3个月可以补缴，补足中断期间职工基本医疗保险费的，视作连续参保，缴费年限累计计算，期间发生的医疗费用按规定享受职工基本医疗保险待遇。灵活就业人员中断缴纳职工基本医疗保险费超过3个月或者中断缴费3个月以内未足额补缴的，自重新缴费到账当月开始计算，第3个月起享受职工基本医疗保险待遇，期间发生的医疗费用统筹基金不予支付。

失业人员领取失业保险金期间，医疗保险待遇等按照有关规定执行。

第十八条 城乡居民在集中缴费期缴纳城乡居民基本医疗保险费的，自下一年度1月1日起享受城乡居民基本医疗保险待遇；城乡居民在非集中缴费期缴纳城乡居民基本医疗保险费的，自缴费当月开始计算，第3个月起享受城乡居民基本医疗保险待遇。职工个人账户余额可以用于本人或者家庭成员（父母、配偶、子女，下同）缴纳城乡居民基本医疗保险费。

新生儿90日内缴费的，自出生之日起享受缴费相应年度的居民基本医疗保险待遇。

高等院校、职业院校（含技工院校）学生个人缴费由学校代收代缴。新生入学参保并缴纳次年基本医疗保险费的，入学当年的9月1日起享受城乡居民基本医疗保险待遇。

第十九条 鼓励引导法定劳动年龄段已参加本市居民基本医疗保险的参保人员转换参加职工基本医疗保险，参加本市居民基本医疗保险的参保年限，原则上按照每参加1年居民基本医疗保险折抵3个月职工基本医疗保险参保年限折算，以学生儿童和大学生身份参加居民医保的年限除外。

第二十条 职工依法办理退休手续、参加职工基本医疗保险的灵活就业人员达到国家规定的退休年龄时，参加职工基本医疗保险累计缴费年限（包含按照国家规定认可的视同缴费年限和实际缴费年限）男性满二十五年、女性满二十年的，按照规定享受退休人员基本医疗保险待遇；未达到规定年限的，可以继续按月缴费至规定年限后享受退休人员基本医疗保险待遇，继续缴费期间享受在职职工基本医疗保险待遇，个人账户按照规定划拨；也可以按照规定一次性趸缴至规定年限后享受退休人员基本医疗保险待遇，趸缴期间个人账户不予划拨。

第二十一条 灵活就业人员和城乡居民缴纳基本医疗保险费后，在待遇享受期开始前重复缴费或者死亡的，终止相关参保关系的同时，本人、继承人可以申请办理退费。

第二十二条 参保人员出国定居、死亡的，医疗保障经办机构应当按照规定及时终止参保关系。

职工基本医疗保险参保人员出国定居、死亡，参保关系终止的，本人、继承人可以申请一次性支取个人账户余额。

第二十三条 下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- （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）国家规定不予支付的其他费用。

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，属于基本医疗保险基金支付范围的费用由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第二节 大病保险

第二十四条 大病保险包括职工大病保险和城乡居民大病保险。

第二十五条 参加职工基本医疗保险的人员，按照规定参加职工大病保险。对职工大额医疗费用补助和职工大病保险制度进行归并整合。职工大病保险筹资标准和模式，由市医疗保障部门按照国家 and 省有关规定拟定方案，报市人民政府批准后执行。

第二十六条 参加城乡居民基本医疗保险的人员，按照规定参加城乡居民大病保险。城乡居民大病保险资金从当年筹集的城乡居民基本医疗保险基金中直接划拨。城乡居民大病保险筹资标准，由市医疗保障部门会同财政部门按照国家 and 省有关规定，根据当地大病医疗费用等情况拟定方案，报市人民政府批准后执行。

第二十七条 参保人员在一个结算年度内发生的住院、特殊病种门诊等医疗费用中，符合基本医疗保险基金支付范围的个人负担费用超过大病保险起付标准的部分，由大病保险资金和个人按照规定比例共同承担。

职工大病保险、城乡居民大病保险的起付标准，由市医疗保障部门会同财政部门按照国家 and 省有关规定拟定方案，报市人民政府批准后执行。

第二十八条 市医疗保障部门通过政府招标选定大病保险承办机构，并与承办机构签订合同，明确双方权利义务、经营风险和盈亏责任。

第三节 医疗救助

第二十九条 县级以上地方人民政府应当健全医疗救助制度，公平覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民，根据救助对象类别实施分类救助。县级人民政府应当对医疗救助对象参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费部分给予补贴。对医疗救助对象经过基本医疗保险、大病保险保障后由个人负担的符合规定的医疗费用给予补助。

第三十条 医疗救助标准按照经济社会发展水平、医疗救助基金筹集情况和医疗救助对象类别，由市医疗保障部门按照国家和省规定拟定方案，报市人民政府批准后执行。

第四节 其他医疗保障

第三十一条 本市支持发展满足人民群众多元医疗保障需求的商业医疗保险。鼓励个人购买商业医疗保险。鼓励用人单位为职工购买商业医疗保险。

职工基本医疗保险参保人员可以使用个人账户余额，为本人或者家庭成员购买符合规定的商业医疗保险产品。

第三十二条 支持医疗互助有序规范发展。鼓励工会等群团组织组织开展医疗互助。

鼓励和引导社会力量通过捐赠、设立基金、志愿服务等方式开展慈善医疗救助。

建立长期护理保险制度，健全完善互助共济、责任共担的多渠道筹资机制，为长期失能人员的基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供资金、服务保障。

第三章 基金管理

第三十三条 基本医疗保险基金按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，坚持“市级统筹、属地管理、分级负责”，实行专户管理，通过预算管理实现基本医疗保险基金收支平衡。全市依法统一编制年度预算、决算。

第三十四条 税务机关应当依法按时足额征收用人单位和职工个人应当缴纳的基本医疗保险费，按照规定征收城乡居民基本医疗保险费。

第三十五条 县、区基本医疗保险当期基金收入全额缴入市级国库后，划转至市级财政专户。县、区应当将各级财政补助部分及时划入至市级财政专户。

第三十六条 县、区应当完成年度预算收支计划，并按照规定执行医保政策，按照“征缴足额、补助及时、支出规范、管理严格”的要求，全面做好基本医疗保险基金收支管理工作。基本医疗保险基金参保扩面未完成年度目标任务的，基金缺口由属地财政负责补足；未补足的，相应扣减区域年度支出预算指标。

第三十七条 基本医疗保险基金累计结余连续2年备付能力在18个月以上的，经市人民政府批准后，可以调整待遇政策，控制基金累计结余率。

当期基金收不抵支，基金累计结余连续2年备付能力在6个月以下的，经市人民政府批准后，可以调整待遇政策，强化支出管理，控制支出增长，确保基金收支平衡。

第四章 医药管理

第三十八条 医疗保障经办机构受理医药机构定点申请后，应当组织评估，经评估符合规定条件并协商谈判达成一致的，签订医疗保障服务协议（以下简称医保协议），确定为定点医药机构。定点医药机构名单应当及时向社会公布。

第三十九条 医疗保障部门应当完善定点医药机构动态管理和退出机制。

对不再符合定点医药机构条件、严重违反医保协议或者发生欺诈骗保等重大违法违规行为等的医药机构，医疗保障经办机构应当及时解除医保协议、依法处理。

第四十条 经办机构与定点医疗机构结算医疗保险费用，实行基本医疗保险基金总额管理下按病种分值付费为主的多元复合医保支付方式，建立健全支付方式考核评估、监测机制。

第四十一条 参保人员在本市定点医疗机构双向转诊就医，由下级医疗机构向上级医疗机构转诊的，起付标准差额计算；由上级医疗机构向下级医疗机构转诊的，起付标准不再计算。

第四十二条 医疗保障部门应当建立药品和医用耗材医保支付标准机制。对集中带量采购药品，以中选价格为基准确定医保支付标准。对同通用名下的原研药、参比制剂、通过一致性评价的仿制药，实行统一医保支付标准。对功能和用途相同、材质和特征相似、临床可相互替代、医保管理趋同的医用耗材，实行统一医保支付标准。对其他药品、医用耗材、诊疗项目可以采取协商谈判的方式确定医保支付标准。

第四十三条 公立医疗机构使用药品、医用耗材应当按照规定通过省阳光采购监管平台公开交易，不得违反规定线下采购、线下议价，不得虚构采购数据。鼓励非公立医疗机构和便民药店

在阳光采购监管平台采购。医疗保障部门应当加强阳光采购监测监管。公立医疗机构应当参加集中带量采购，执行采购结果，优先使用中选药品和医用耗材。鼓励非公立医疗机构、有条件的定点零售药店或连锁销售公司参加集中带量采购。

医药企业应当保证产品质量和供应，医药机构应当按照约定据实及时结算货款。医药企业在医药购销中，应当按照合同约定供货和配送。

第四十四条 医疗保障部门应当规范医疗服务价格项目管理，建立价格监测及信息发布机制、价格动态调整机制。

医疗机构应当执行医疗服务价格政策，依法公示收费标准。

第五章 公共服务

第四十五条 全市执行省统一的医疗保障公共服务事项清单和服务指南，并且向社会公开。医疗保障部门、医疗保障经办机构与人力资源社会保障部门、社会保险经办机构应当加强协作，通过信息互通、数据共享等方式，实现基本医疗保险、社会保险参保登记等服务事项一站办理、联合办理。

第四十六条 医疗保障部门、医疗保障经办机构应当会同有关部门，在各级政务服务中心设立医疗保障服务窗口，提供一站式医疗保障公共服务；建立乡镇（街道）、村（社区）基层医疗

保障公共服务站点,提供便利可及的医疗保障公共服务。发挥“15分钟医保服务圈”医保便民功能,用好全市通办集成服务体系,推进医保高频服务事项“全市通办”,缩短群众办事距离。

医疗保障公共服务应当推行新型服务方式,运用互联网、大数据、人工智能等数字技术,实现服务事项网上办理;同步提供传统服务方式,加强适老化和无障碍设施建设,满足多样化办事需求。

第四十七条 医疗保障经办机构应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度,提供参保登记、权益记录、待遇支付、医疗保险关系转移接续办理、基金拨付等医疗保障公共服务,做好协议管理、费用监控和结算管理等工作。

第四十八条 医疗保障部门、医疗保障经办机构应当建立健全基本医疗保险、大病保险、医疗救助等相衔接的医疗费用一单制直接结算机制。

参保人员在定点医药机构发生的医疗费用中应当由医疗保障基金支付的部分,由医疗保障经办机构与定点医药机构直接结算;有其他特殊情况的,参保人员可以向医疗保障经办机构申请手工零星报销。

第四十九条 参保人员异地就医的,按照规定的条件、程序、待遇标准执行。异地就医应当按照转诊备案清单规范管理,并加强费用审核。鼓励市内参保人员优先选择到宿迁国家区域医疗中心就医,按规定给予政策支持保障。

医疗保障经办机构应当按照规定,及时预付和清算异地就医结算资金。

第五十条 用人单位有权查询单位缴费记录,参保人员有权查询本人权益记录,可以要求医疗保障经办机构提供医疗保障咨询等相关服务。

第五十一条 参保人员发生的医疗费用应当及时报销。如有特殊情形的,可以在出院后2年内到参保地经办机构办理零星报销;超过2年的,按照规定报销比例的50%执行。

第六章 监督管理

第五十二条 县、区人民政府应当健全完善医疗保障基金监督管理机制,加强医疗保障基金监督队伍建设,可以将基层定点医药机构医疗保障基金使用监管纳入乡镇、街道综合执法范围。

第五十三条 医疗保障部门应当对医疗保障经办机构、定点医药机构、有关医药企业、用人单位和参保人员遵守医疗保障法律、法规情况开展监督检查,对与医疗保障基金支付范围相关的

医疗服务行为和医疗费用加强监督管理，规范医疗保障经办业务，依法查处违法违规使用医疗保障基金的行为。

公安机关负责依法查处各类欺诈骗保等犯罪行为，对移送的涉嫌犯罪的欺诈骗保线索及时立案侦查。

税务机关应当加强对用人单位缴费情况的检查。卫生健康、市场监管、人力资源社会保障等部门按照各自职责，做好相关监督管理工作。

财政部门、审计机关按照各自职责，依法对医疗保障基金的收支、管理等情况实施监督。

第五十四条 医疗保障经办机构应当加强对定点医药机构使用医疗保障基金的稽查审核，发现被检查对象存在违反医保协议行为的，按照医保协议予以处理。发现定点医药机构违反医保法律、法规、规章的，应当责令改正；拒不改正或者依法应当由医疗保障部门处理的，及时移交医疗保障部门处理。

第五十五条 市医疗保障部门对全市医疗保障基金使用监管实施指导，可以根据监管工作需要组织县、区交叉执法检查，必要时直接查处各县、区属地的违法违规使用医疗保障基金行为。

第五十六条 定点医药机构涉嫌骗取医疗保障基金支出的，医疗保障部门可采取增加监督检查频次、加强费用监控等措施，防止损失扩大。定点医药机构拒不配合调查的，可以按照规定要求医疗保障经办机构暂停医疗保障基金结算。

参保人员涉嫌骗取医疗保障基金支出且拒不配合调查的，医疗保障部门可以要求医疗保障经办机构暂停医疗费用联网结算。暂停结算期间发生的医疗费用，由参保人员全额垫付。

第五十七条 医疗保障部门应当加强与有关部门的信息交换和共享，推进监督管理信息化建设，应用大数据和人工智能技术，对医疗保障基金使用实施智能监控。

第五十八条 鼓励和支持社会各方面参与医疗保障基金监督。医疗保障部门可以聘请社会监督员，参与医疗保障基金监督工作。

医疗保障部门应当畅通举报、投诉渠道，依法及时处理有关举报、投诉，并对举报人的信息保密；对查证属实的举报，按照国家 and 省有关规定给予举报人奖励。

第七章 附 则

第五十九条 本办法自2024年2月1日起施行，有效期至2029年1月31日。《市政府关于印发宿迁市基本医疗保险办法》

 **宿迁市行政规范性文件**

（宿政规发〔2020〕4号）《市政府关于印发宿迁市城乡居民基本医疗保险办法的通知》（宿政发〔2017〕156号）同时废止。