天津市基本医疗保险条例

（2019年12月11日天津市第十七届人民代表大会常务委员会第十五次会议通过）

目 录

第一章　总 则

第二章　参保与缴费

第三章　待遇与支付

第四章　基金管理

第五章　经办服务

第六章　监督检查

第七章　法律责任

第八章　附 则

第一章　总 则

第一条 为了规范基本医疗保险关系，维护公民参加基本医疗保险和享受基本医疗保险待遇的合法权益，促进基本医疗保险事业健康发展，根据《中华人民共和国社会保险法》等法律、行政法规，结合本市实际情况，制定本条例。

第二条 本条例适用于本市行政区域内基本医疗保险的参保、缴费、待遇保障、经办服务及监督管理等活动。

本条例所称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。

第三条 本市基本医疗保险坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续的方针，遵循保障水平与经济社会发展水平相适应、权利与义务相对应、公平与效率相结合的原则。

第四条 市和区人民政府应当加强对基本医疗保险工作的组织领导，将基本医疗保险事业纳入国民经济和社会发展规划，保障必要的经费投入，加强对基本医疗保险基金的监督管理，保障基金安全、有效运行。

乡镇人民政府、街道办事处按照规定职责做好基本医疗保险相关工作。

第五条 市和区医疗保障行政部门负责本行政区域的基本医疗保险管理工作。

发展改革、财政、人力社保、卫生健康、市场监管、教育、审计、民政、公安、退役军人事务等部门，在各自职责范围内负责有关的基本医疗保险工作。

医疗保险费征收机构负责基本医疗保险费的征收工作。

医疗保障经办机构负责提供基本医疗保险经办服务。

第六条 本市建立以基本医疗保险为主体，补充医疗保险、医疗救助、商业健康保险等为补充的、多层次的医疗保障制度体系。

第七条 市和区人民政府应当加强对基本医疗保险法律、法规、规章和政策的宣传，鼓励、引导全民参加基本医疗保险。

第八条 本市与北京市、河北省建立基本医疗保险协同发展工作机制，推进政策制定、经办服务、监督管理、异地就医直接结算、定点资格互认、医药产品采购、信息化建设等方面的合作，做好区域基本医疗保险协同工作。

本市加强与其他省、自治区、直辖市的基本医疗保险合作，按照国家规定做好基本医疗保险关系转移接续、异地就医直接结算等有关工作。

第二章　参保与缴费

第九条 国家机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位、有雇工的个体工商户等用人单位及其职工，应当参加职工基本医疗保险。

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），可以参加职工基本医疗保险或者城乡居民基本医疗保险。

学生、儿童和其他未就业城乡居民，可以参加城乡居民基本医疗保险。

第十条 用人单位应当依法为其职工申请办理基本医疗保险登记。企业在办理登记注册时，同步办理基本医疗保险登记。其他用人单位应当自成立之日起三十日内申请办理基本医疗保险登记。

参加职工基本医疗保险的灵活就业人员，应当自行申请办理基本医疗保险登记。

城乡居民基本医疗保险实行分类参保登记，具体办法由市医疗保障行政部门会同有关部门制定。

第十一条 职工基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳。灵活就业人员参加职工基本医疗保险的，由个人按照规定缴纳基本医疗保险费。领取失业保险金人员参加职工基本医疗保险的，应当缴纳的基本医疗保险费从失业保险基金中支付，个人不缴费。

城乡居民基本医疗保险费实行个人缴纳和政府补助相结合。最低生活保障家庭成员、特困供养人员、低收入家庭成员和重度残疾人等人员参加城乡居民基本医疗保险，所需个人缴费部分由政府补助。

第十二条 用人单位应当依法自行申报、按时足额缴纳基本医疗保险费，非因不可抗力等法定事由不得缓缴、减免。职工应当缴纳的基本医疗保险费由用人单位代扣代缴。参加职工基本医疗保险的灵活就业人员，应当向医疗保险费征收机构自行申报缴费。

参加城乡居民基本医疗保险人员应当在每年九月至十二月的集中参保缴费期内，一次性缴纳下一年度的基本医疗保险费；未及时缴纳的，可以按照规定补缴。

第十三条 基本医疗保险费实行全市统一征收。医疗保险费征收机构应当依法按时足额征收基本医疗保险费，及时向医疗保障经办机构提供缴费情况，并定期告知用人单位和个人。

医疗保险费征收机构应当加强对用人单位缴纳基本医疗保险费情况的检查。

第十四条 职工基本医疗保险缴费标准，按照本市缴费费率和个人缴费基数确定。

城乡居民基本医疗保险实行差别缴费制度。学生、儿童按照规定标准缴纳城乡居民基本医疗保险费；其他未就业城乡居民缴费标准设定不同的档次，由本人自愿选择缴纳。政府按照规定标准对个人缴费给予补助。

第十五条 本市职工基本医疗保险费费率、城乡居民基本医疗保险的缴费标准和政府补助标准，根据经济社会发展水平、基本医疗保险基金运行等情况确定并适时作相应调整。

市医疗保障行政部门应当会同市财政等有关部门及时提出职工基本医疗保险费费率、城乡居民基本医疗保险缴费标准和政府补助标准的具体方案和调整方案，报市人民政府批准后执行。

第三章　待遇与支付

第十六条 参加职工基本医疗保险的用人单位职工自缴费当月起、参加职工基本医疗保险的灵活就业人员自连续缴费满六个月起享受职工基本医疗保险待遇。中断缴费的，中止享受职工基本医疗保险待遇，中断期间的基本医疗保险费可以补缴。补缴和中断期间发生医疗费用报销的具体办法，由市医疗保障行政部门会同市有关部门制定。

参加职工基本医疗保险人员达到法定退休年龄时，累计缴费年限男不少于二十五年、女不少于二十年，且实际缴费年限不少于五年的，退休后不再缴纳职工基本医疗保险费，继续享受职工基本医疗保险待遇。不足上述年限的，可以按照规定一次性补足所差年限的基本医疗保险费后，享受职工基本医疗保险待遇。

职工跨统筹地区就业的，其基本医疗保险关系随本人转移，缴费年限累计计算。

第十七条 参加城乡居民基本医疗保险人员在集中参保缴费期内缴费的，享受待遇的期限为缴费次年的一月至十二月。本市对新生儿等享受待遇时间另有规定的，从其规定。

第十八条 参保人员按照国家和本市规定享受住院、门（急）诊普通疾病和门诊特定疾病等医疗费用报销待遇。

符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊、抢救等报销范围内的医疗费用，按照规定从基本医疗保险基金中支付，但有下列情形之一的除外：

（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。

第十九条 基本医疗保险基金支付的医疗费用设置起付标准、最高支付限额、支付比例。超过起付标准、最高支付限额以下的，由基本医疗保险基金和个人按照规定的支付比例分担。

市医疗保障行政部门应当会同市财政等有关部门，按照规定适时提出基本医疗保险基金支付医疗费用的起付标准、最高支付限额和支付比例的具体方案和调整方案，报市人民政府批准后执行。

第二十条 参保人员患有门诊特定疾病，经门诊特定疾病鉴定机构鉴定病情符合标准的，享受门诊特定疾病医疗费用报销待遇。门诊特定疾病的种类和鉴定标准，由市医疗保障行政部门会同市卫生健康等有关部门制定。

门诊特定疾病实行定点就医和特定的医药服务范围管理。

第二十一条 符合本市建立家庭病床规定条件的，参保人员可以申请家庭病床治疗。

市医疗保障行政部门应当会同市有关部门制定家庭病床医疗费用报销办法。

第四章　基金管理

第二十二条 基本医疗保险基金管理应当坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则，实行全市统筹，确保基金稳定、可持续运行。

第二十三条 基本医疗保险基金由用人单位和参保人员缴纳的基本医疗保险费、政府补助资金、社会捐助资金、滞纳金、利息以及其他资金构成。

第二十四条 基本医疗保险基金纳入财政专户管理。职工基本医疗保险基金和城乡居民基本医疗保险基金分别建账，分账核算，执行国家统一的基金财务制度、会计制度和基金预决算管理制度。

第二十五条 职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户组成。职工个人缴纳的基本医疗保险费全部计入个人账户；单位缴纳的基本医疗保险费按照比例分别划入统筹基金和个人账户，划入个人账户的比例由市医疗保障行政部门会同市财政等有关部门确定，报市人民政府批准后执行。个人账户的本金和利息归个人所有，可以结转使用和继承。

国家和本市对建立职工基本医疗保险基金个人账户另有规定的，从其规定。

城乡居民基本医疗保险基金按照规定建立统筹基金，不建立个人账户。

第二十六条 基本医疗保险基金银行存款实行统一计息办法。对存入收入户和支出户的活期存款实行优惠利率，按照不低于三个月整存整取定期存款基准利率计息。对存入财政专户的存款，利率比照同期居民储蓄存款利率管理。

第二十七条 基本医疗保险基金预算、决算草案的编制、审核和批准，依照法律和国务院规定执行。

第二十八条 医疗保障经办机构应当定期向社会公布参加基本医疗保险情况以及基本医疗保险基金的收入、支出、结余和收益情况。

第五章　经办服务

第二十九条 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。<javascript:void(0);>

医疗保障经办机构应当按时足额支付基本医疗保险待遇。

第三十条 医疗保障经办机构、医疗保险费征收机构等应当按照职责分工及时为用人单位和参保人员建立档案，完整、准确记录基本医疗保险登记、缴费、待遇支付等个人权益的相关信息，并提供查询、咨询等相关服务。

第三十一条 医疗保障经办机构根据管理服务需要，可以与医疗机构、零售药店签订服务协议，实行定点医疗机构和定点零售药店（以下统称定点医药机构）管理，规范医药服务行为。

市医疗保障行政部门应当按照国家规定，制定完善基本医疗保险定点医药机构协议管理办法。制定协议管理办法应当充分听取定点医药机构、相关行业协会、医师药师代表等方面意见，对合理意见应当吸收采纳。

第三十二条 定点医药机构应当优先在基本医疗保险报销范围内，为参保人员提供合理、必要的医药服务。为参保人员提供报销范围外的医药服务时，应当事先征得参保人员或者其监护人、亲属同意并提供费用明细。

定点医药机构应当加强实名就医和购药管理，在提供医药服务时核验参保人员的医疗保障有效凭证。

定点医药机构应当配备必要的信息化设备，与医疗保障经办机构实现医疗费用联网结算和信息实时共享。

第三十三条 医疗保障经办机构应当加强协议管理，对定点医药机构违反服务协议经审查核实的，依据服务协议给予相应处理。

定点医药机构违规申报费用经审查核实的，医疗保障经办机构不予支付。定点医药机构不得将被拒付的费用转由参保人员承担。

第三十四条 本市健全完善基本医疗保险服务医师、药师管理制度，实行名录管理。

第三十五条 参保人员享受基本医疗保险待遇就医或者购药，应当持本人医疗保障有效凭证，并遵守基本医疗保险有关规定。

参保人员因行动不便等特殊情况不能到定点医药机构购药的，可以委托他人持该参保人员的医疗保障有效凭证代为购买，受托人应当出示本人有效身份证明。

参保人员不得出借、出租本人医疗保障有效凭证。

第三十六条 本市为参保人员提供方便快捷的结算服务。参保人员在本市定点医药机构发生的医疗费用，优先实行联网直接结算。

参保人员异地就医发生的医疗费用具备联网直接结算条件的，优先实行联网直接结算。

第三十七条 市医疗保障行政部门按照国家规定对药品、诊疗项目、医用材料、疾病诊断编码和手术操作编码等基础编码实施标准化管理。

医疗保障经办机构应当采集定点医药机构的服务能力信息，加强医保数据库标准化建设，规范基础管理。

第三十八条 市医疗保障行政部门建立健全基本医疗保险基金总额预算管理下的复合式医保支付方式，引导定点医药机构合理控制医疗费用，提高基本医疗保险基金使用效率。

第三十九条 市医疗保障行政部门应当建立完善基本医疗保险信息系统。

医疗保障行政部门、医疗保障经办机构、定点医药机构、信息技术服务商等有关部门和单位及其工作人员应当加强信息安全管理，不得泄露或者非法向他人提供在工作中知悉的用人单位和个人信息。

第四十条 医疗保障经办机构、医疗保险费征收机构、定点医药机构以及其他相关部门和单位，应当妥善保管与基本医疗保险基金收支相关的登记、申报、支付结算等档案和凭证。

第六章　监督检查

第四十一条 医疗保障行政部门应当加强对基本医疗保险基金的收支、管理等情况，以及有关单位和个人遵守医疗保险法律、法规和规章等情况进行监督检查，发现存在问题的，应当提出整改建议，依法作出处理决定或者向有关行政部门提出处理建议。基本医疗保险基金检查结果应当定期向社会公布。

市医疗保障行政部门可以委托市医疗保障行政执法机构，具体实施基本医疗保险监督检查等行政执法工作。

第四十二条 财政、审计部门按照各自职责，依法对基本医疗保险基金的收支、管理等情况实施监督。

第四十三条 医疗保障行政部门、医疗保险费征收机构会同公安、卫生健康、市场监管等部门建立健全基本医疗保险违法违规行为查处的沟通协调和信息共享机制，根据工作需要可以开展联合检查。

医疗保障行政部门在监督检查过程中，对涉嫌骗取基本医疗保险基金的单位和人员拒绝调查、逃匿或者转移、隐匿、销毁证据等，需要采取紧急措施的，应当及时通报公安机关，公安机关应当依法及时予以处置。

第四十四条 医疗保障行政部门或者其他有关行政部门可以采取下列措施，依法对基本医疗保险基金使用情况开展监督检查：

（一）进入被监督检查单位的有关场所进行调查、检查；

（二）运用大数据、云计算等现代信息技术开展实时监测；

（三）通过查阅、记录、复制等形式收集相关的证据材料，对可能被转移、隐匿或者灭失的资料予以封存；

（四）询问与调查事项有关的单位和个人，要求其对与调查事项有关的问题作出说明、提供有关材料；

（五）对隐匿、转移、侵占、挪用基本医疗保险基金的行为予以制止并责令改正；

（六）依法可以采取的其他调查、检查措施。

医疗保险费征收机构对用人单位缴纳基本医疗保险费等情况实施检查，依据相关法律、法规及有关规定执行。

第四十五条 有关单位和个人应当配合医疗保障行政部门、医疗保障行政执法机构的监督检查。被检查者应当如实反映情况，提供必要的资料。

参保人员涉嫌骗取基本医疗保险待遇且拒不配合调查的，医疗保障行政部门可以暂时调整其医疗费用结算方式，在调整医疗费用结算方式期间，发生的医疗费用按照全额垫付方式审核、报销。

第四十六条 鼓励支持单位和个人对违反基本医疗保险相关法律、法规的行为进行举报，经查证属实的，按照有关规定给予奖励。接受举报的部门，应当对举报人的相关信息予以保密。

第七章　法律责任

第四十七条 本市各级人民政府、医疗保障行政部门和其他负有监督管理职责的部门在基本医疗保险管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第四十八条 定点医药机构骗取基本医疗保险基金支出，有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令退回骗取的医疗保险金，处骗取金额三倍以上五倍以下的罚款；由医疗保障经办机构按照协议追究责任，情节严重的，可以解除与其签订的服务协议；对有执业资格的直接负责的主管人员和其他直接责任人员，由授予其执业资格的有关主管部门依法吊销其执业资格：

（一）虚构医药服务或者伪造、变造就诊记录、票据的；

（二）办理冒名就医、虚假住院的；

（三）伪造、变造相关证明办理门诊特定疾病登记的；

（四）申报非定点医药机构或者暂停服务协议医药机构发生的费用的；

（五）冒用、敛存他人医疗保障有效凭证骗取基本医疗保险基金，或者冒用基本医疗保险服务医师、药师名义申报医疗费用的；

（六）违反法律、法规和国家有关规定骗取基本医疗保险基金支出的其他情形。

第四十九条 参保人员或者其他人员骗取基本医疗保险待遇，有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令退回骗取的医疗保险金，处骗取金额三倍以上五倍以下的罚款：

（一）使用他人医疗保障有效凭证冒名就医购药，或者将本人的医疗保障有效凭证出借、出租的；

（二）伪造、变造报销票据、医疗文书等的；

（三）伪造、变造相关证明骗取门诊特定疾病待遇资格的；

（四）非法使用医疗保障有效凭证套取药品耗材等，倒卖牟利的；

（五）违反法律、法规和国家有关规定骗取基本医疗保险待遇的其他情形。

第五十条 本市对违反基本医疗保险相关法律、法规规定的单位和个人依法实施失信联合惩戒。医疗保障等行政部门应当按照规定将依法查处的违法信息纳入信用信息共享平台或者市场主体信用信息公示系统。

第五十一条 违反本条例规定的行为，法律或者行政法规已有行政处罚规定的，从其规定；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第八章　附 则

第五十二条 本条例自2020年3月1日起施行。