

广元市人民政府文件

广府规〔2022〕2号

广元市人民政府 关于印发《广元市基本医疗保障办法》的通知

各县（区）人民政府，市级各部门，广元经济技术开发区、市天然气综合利用工业园区、广元国际铁路港管委会：

现将《广元市基本医疗保障办法》印发给你们，请结合实际认真组织实施。



广元市基本医疗保障办法

第一章 总 则

第一条 为健全基本医疗保障制度，规范基本医疗保障管理，维护群众基本医疗保障权益，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》、《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）、《四川省人民政府办公厅关于印发四川省建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法的通知》（川办发〔2021〕85号）、《四川省人民政府办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》（川办规〔2022〕6号）有关规定，结合实际，制定本办法。

第二条 建立健全以基本医疗保险为主体，大病保险为补充，医疗救助为托底的“三重”基本医疗保障体系。基本医疗保险包括城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）、城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）。大病保险包括职工大病保险、居民大病保险。生育保险与职工医保合并实施。

第三条 基本医疗保障的原则

（一）覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、多层保障；

(二) 公平与效率结合，权利与义务对应；

(三) 保障基本医疗需求，待遇水平与经济社会发展水平相适应；

(四) 实行基金市级统筹，基金风险市县共担。

第四条 本办法适用于广元市行政区域内的所有用人单位及其职工、城乡居民、基本医疗保障定点医疗机构、定点零售药店及医疗保障监管机构、经办机构等。

取得合法居住权的境外人员、港澳台人员，在我市长期居住、就业的人员按规定参加我市基本医疗保险。

第五条 各级人民政府应当加强对医疗保障工作的领导，将医疗保障事业纳入国民经济和社会发展规划，贯彻执行医疗保障法律、法规、规章和政策，对医疗保障事业给予组织和经费保障。

第六条 建立由政府部门、用人单位、医疗专家、参保人员等方面代表组成医疗保障专家组和社会监督组，分析、掌握医疗保障制度运行情况，对医疗保障工作提出咨询意见、建议并进行监督。

第七条 市医疗保障部门主管全市基本医疗保险工作。县（区）医疗保障部门负责本辖区的基本医疗保障工作。各级医疗保障经办机构负责具体实施工作。税务部门负责基本医疗保险费征缴工作。

发改、经信、教育、公安、民政、财政、人社、卫生健康、

退役军人事务、审计、市场监管、统计、乡村振兴、工会、妇联、残联等部门（单位）在各自的职责范围内负责有关医疗保障服务和监督管理工作。

第二章 基本医疗保险参保缴费

第一节 职工医保参保缴费

第八条 参保对象：

（一）用人单位职工。广元市行政区域内所有用人单位，包括党政机关、企事业单位、社会团体、各类企业、民办非企业单位、个体经济组织等应当依法为职工参加职工医保。

（二）灵活就业人员。无雇工的个体工商户、非全日制从业人员及其他灵活就业人员可以参加职工医保。

老红军、离休干部不参加基本医疗保险，医疗费用按原相关规定执行。退役军人参加职工基本医疗保险，按照国家相关规定执行。

第九条 建立“统账结合”“单建统筹”两种参保缴费制度。按“统账结合”参保的，建立统筹基金和个人账户；按“单建统筹”参保的，只建立统筹基金，不建立个人账户。

第十条 用人单位职工缴费基数按职工上年度工资总额计，新参加工作人员按职工当年工资总额计。缴费基数不低于上年全省

全口径城镇单位就业人员平均工资（全口径工资）的 80%。灵活就业人员缴费基数按上年度全省全口径工资 80%计。

第十一条 按“统账结合”参保的，缴费费率为 8.5%。用人单位职工，单位缴费 6.5%，个人缴费 2%；灵活就业人员全部由个人缴纳。

按“单建统筹”参保的，缴费费率为 5%。用人单位职工全部由单位缴纳，灵活就业人员全部由个人缴纳。

生产经营困难企业，经职工代表大会通过，可以按“单建统筹”参保缴费。

第十二条 建立职工医保最低缴费年限制度。累计最低缴费年限为：男 25 年、女 20 年，其中市内最低缴费年限 15 年。达到法定退休年龄且缴费达到最低年限的，办理医保在职转退休，退休后不再缴费享受职工医保退休待遇。

第二节 居民医保参保缴费

第十三条 具有广元户籍和长期居住广元的市外户籍城乡居民，应当在居住地参加居民医保。依法应当参加职工医保的人员，不参加居民医保。

第十四条 居民医保筹资实行个人缴费与财政补助相结合，财政补助标准按国家规定执行，个人缴费标准由市医疗保障行政部门按国家要求确定，每年集中缴费期前向社会公布。

第十五条 每年 9—12 月为下年度居民医保集中缴费期，参保人员应当在集中缴费期内参保缴费，新生儿应当在出生 90 日内参保缴费，中断职工医保及其他医疗保障人员应当在 3 个月内参保缴费。

第十六条 医疗救助对象参加居民医保，个人缴费由医疗救助资金按规定分类资助；其他困难人员参加居民医保，相关部门可以给予资助，资助资金由主管部门负责。

第三节 生育保险参保缴费

第十七条 用人单位应当为职工参加生育保险，生育保险费由单位缴纳，职工个人不缴费。用人单位申报缴纳职工医保费时，一并进行生育保险登记，申报缴纳生育保险费。

第十八条 生育保险缴费基数与职工医保缴费基数一致。缴费费率：财政全额供养单位 0.5%、其他单位 0.8%。同一单位执行同一费率，不得拆分参保缴费。

第三章 基本医疗保险待遇

第一节 待遇期

第十九条 职工医保待遇期按月计，保费对应时间为待遇期。居民医保待遇期按自然年度计，每年 1 月 1 日至 12 月 31 日为待

遇期。

第二十条 参加职工医保人员，下列情形享受职工医保待遇起始时间为：

（一）连续缴纳职工医保费 6 个月以上，中断职工医保待遇 3 个月内补缴职工医保费，从中断之日起享受待遇。

（二）连续缴纳基本医保费 2 年以上，中断居民医保待遇 3 个月内缴纳职工医保费，从中断居民医保待遇之日起享受待遇。

第二十一条 参加居民医保人员，下列情形享受居民医保待遇起始时间为：

（一）集中缴费期缴费，从次年 1 月 1 日起享受待遇。

（二）新生儿出生 90 日内缴费，从出生之日起享受待遇。

（三）中断职工医保待遇 3 个月内缴费，从中断之日起享受待遇。

第二十二条 不符合前两条待遇享受时间的人员，除医疗救助等特殊困难对象外，设置 6 个月待遇等待期，从缴费之日起 6 个月后发生的医疗费用纳入医保报销。

第二节 个人账户

第二十三条 职工医保建立个人账户制度。享受“统账结合”医保待遇人员，退休前个人缴费部分划入个人账户，退休后按 2022 年全市退休人员平均养老金的 2.8% 划入个人账户。享受“单

建统筹”医保待遇人员，退休前后都不划入个人账户。

居民医保不建立个人账户，个人缴费和财政补助全部纳入统筹基金管理。

第三节 门诊统筹

第二十四条 建立职工医保门诊统筹制度，参保人员在定点医药机构就医购药的门诊医疗费纳入报销范围。

第二十五条 参加职工医保人员门诊医疗费按年度设置统筹基金起付标准、报销比例、支付限额。一个自然年度政策范围内医疗费超过起付标准的费用纳入医保报销范围，起付标准：在职人员 200 元、退休人员 150 元。报销比例：三级医疗机构和零售药店 50%、二级及以下医疗机构 60%，退休人员报销比例提高 10 个百分点。支付限额：按“统账结合”参保的，在职人员不超过 1500 元、退休人员不超过 2000 元；按“单建统筹”参保的，报销限额标准减半。

第二十六条 建立居民医保门诊统筹制度，参加居民医保人员在二级乙等及以下医疗机构（不含诊所）的门诊医疗费，不设起付标准，居民医保报销比例为 50%，一个自然年度内报销额不超过 110 元。

第四节 “两病”用药保障

第二十七条 建立高血压、糖尿病（“两病”）门诊用药保障制度，未享受特殊疾病门诊医保待遇的高血压、糖尿病患者，降血压、降血糖门诊药品费纳入医保报销范围。

第二十八条 参加职工医保人员报销比例 60%，参加居民医保人员报销比例 50%。一个自然年度内，高血压报销额不超过 200 元，糖尿病报销额不超过 300 元，同时患有“两病”的报销限额合并计算。

第五节 特殊疾病门诊

第二十九条 建立特殊疾病门诊制度。参保人员罹患慢性疾病或重特大疾病，需要长期门诊药物维持治疗或者放化疗，且医疗费用较高的疾病纳入门诊特殊疾病。

第三十条 根据疾病特点和维持门诊基本治疗的医疗资源消耗，门诊特殊疾病分长期慢性疾病（一类）和重特大疾病（二类），具体病种、准入标准、诊疗目录由医疗保障部门会同卫生健康部门确定。

第三十一条 特殊疾病门诊医疗费报销比例按定点医疗机构住院费报销比例执行，定点零售药店药品费用和市外未联网结算（手工报账）的费用按三级医疗机构比例执行。一类疾病不设起付标准，一个自然年度报销额：职工医保不超过 2000 元、居民

医保不超过 600 元；二类疾病一个自然年度个人负担一个二级医疗机构住院费起付标准，与住院费用合并计算限额。

第六节 住院医疗

第三十二条 符合基本医保基金支付范围的住院费用实行单次结算，扣减统筹基金起付标准后，一次性按比例报销。

统筹基金起付标准：一级及以下医疗机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心）200 元、二级医疗机构 400 元、三级医疗机构 1000 元。

职工医保报销比例：一级及以下医疗机构 95%、二级医疗机构 88%、三级医疗机构 84%。

居民医保报销比例：一级及以下医疗机构 90%、二级医疗机构 80%、三级医疗机构 60%（未按规定转诊转院的降低 10 个百分点）。

第三十三条 职工医保、居民医保市外住院医疗费按医疗机构级别报销，按规定转诊转院的比市内同级别报销比例低 10 个百分点，未按规定转诊转院的比市内同级别报销比例低 20 个百分点。

第七节 生育保险待遇

第三十四条 参加生育保险人员，市内连续缴费满 6 个月享

受生育保险待遇。

第三十五条 医疗机构住院分娩实行单病种收费。顺产收费标准不超过：一级 2000，二级 3000，三级 4000 元；剖宫产收费标准不超过：一级 2500，二级 4000，三级 5500 元。每多生一胎增加 500 元。

第三十六条 医保基金住院分娩医疗费实行单病种付费。享受生育保险待遇人员，市内住院分娩，限额内费用生育保险全额报销；市外住院分娩，生育保险按不超过二级医疗机构限额标准报销。

第三十七条 生育津贴按国家规定的产假天数计发给用人单位，其标准按单位上年度日平均缴费工资计算。财政全额供养单位，不计发生育津贴。

第四章 医疗保险关系转移接续

第三十八条 参保人员因就业等个人状态变化，职工医保和居民医保跨险种、跨参保地转移参保关系的，按《国家医保局办公室 财政部办公厅关于印发〈基本医疗保险关系转移接续暂行办法〉的通知》（医保办发〔2021〕43号）执行。

第三十九条 参加职工医保人员跨统筹地区就业，职工医保关系随本人转移。达到退休年龄的人员应当在参保地办理职工医

保在职转退休，职工医保关系不转移。2001年后在我市已缴纳职工医保费的，可一次性补足最低缴费年限费用，在我市办理职工医保退休、享受退休待遇。参加居民医保人员跨统筹地区流动，在居住地按年度参保，居民医保关系不转移。

第四十条 参保人员重复参加职工医保、居民医保，不重复计算缴费年限，也不重复享受医保待遇。

第五章 大病保险

第四十一条 建立大病保险制度，作为基本医疗保险制度的补充。参加基本医疗保险人员同时参加大病保险，享受大病保险待遇。

第四十二条 职工大病保险费与职工医保费一并征收，缴费基数与职工医保一致，费率为0.5%。单位职工大病保险费由单位缴纳。享受医保退休待遇人员不缴纳职工大病保险费用。

居民大病保险费不单独筹资，从居民医保基金中列支。

第四十三条 大病保险可以委托商业保险公司经办，也可以由医保经办机构自办。委托商业保险公司经办的，由医疗保障部门通过公开招标确定经办机构。

第四十四条 大病保险赔付范围与基本医保基金支付范围一致。一个自然年度内，符合基本医保基金支付范围的住院医疗费

用，经基本医保报销后个人自付部分，扣减一次起付标准费用，赔付比例分段计算，赔付金额累加支付，年度赔付金额不设封顶线。

第四十五条 居民医保参保人员，大病保险起付标准按上年度全市城乡居民可支配收入的 50% 计。赔付比例为：起付标准至 10 万以下 60%，10—20 万元 65%，20 万元以上 75%。参加居民医保的特困人员、孤儿、低保对象，大病保险起付标准减半，赔付比例提高 5 个百分点。

职工医保参保人员，大病保险起付标准按上年度全市城乡居民可支配收入的 10% 计。赔付比例为：起付标准至 10 万以下 70%，10—20 万元 75%，20 万元以上 85%。

第四十六条 建立大病保险风险调节机制。大病保险基金出现盈亏时，由商业保险公司经办的，盈亏部分由经办机构与医保基金按有关规定共同分担。

第六章 医疗救助

第四十七条 建立医疗救助制度，发挥医疗救助托底作用，确保困难群众不因罹患重特大疾病影响基本生活，同时避免过度保障。

第四十八条 医疗救助对象包括重点救助对象和一般救助对

象。重点救助对象为特困人员、孤儿、低保对象；一般救助对象为低保边缘家庭成员、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口、因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者。

第四十九条 医疗救助对象参加居民医保的个人缴费部分，医疗救助基金给予分类资助。特困人员、孤儿全额资助；低保对象、防止返贫监测对象按75%定额资助。

脱贫攻坚过渡期间，稳定脱贫人口参保资助执行全省统一渐退政策。

第五十条 符合基本医保基金支付范围的医疗费用，按照“先保险后救助”原则实施救助。特困人员、孤儿全额救助，年度救助限额 30000 元；低保对象按 70%的比例救助，年度救助限额 25000 元。其他救助对象按不高于上年全市居民人均可支配收入的一定比例确定起付标准，超过起付标准的费用按比例救助。防止返贫监测对象起付标准 5%，救助比例 65%，年度救助限额 20000 元；低保边缘家庭成员起付标准 10%、因病致贫重病患者起付标准 25%，救助比例 50%，年度救助限额 10000 元。

经医疗救助后个人自付仍超过当年防止返贫监测范围的医疗费用，给予倾斜救助，救助比例为 50%，年度救助限额 10000 元。

第五十一条 医疗救助对象应当执行分级诊疗制度。高级别医疗机构就医应当经基层医疗机构转诊转院，市外就医应当经市

内二级甲等及以上医疗机构转诊转院。未按规定转诊转院的医疗费用原则上不纳入医疗救助范围。

第七章 基金支付范围

第五十二条 医保基金支付范围执行国家、省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施项目范围目录（以下称“目录”）和国家医疗保障局《基本医疗保险用药管理暂行办法》。

第五十三条 下列医疗费用医保统筹基金不支付：

- （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）体育健身、养生保健、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。

第五十四条 目录内药品、诊疗项目和材料，甲类项目全额纳入医保报销范围。除门诊统筹、单病种付费外，乙类项目个人先行自付10%后纳入医保报销范围。

第五十五条 医用耗材按价格高低，个人先行按比例自费后，按目录类别（甲乙）纳入医保报销范围。自费比例为：1000

元以下职工医保、居民医保均不自费；1000—30000元，职工医保不自费，居民医保自费10%；30000元以上，职工医保自费10%，居民医保自费20%。

第五十六条 一个自然年度内医疗费，职工医保统筹基金报销额不超过上上年度全市职工平均工资的7倍，居民医保报销额不超过上上年度城乡居民可支配收入的7倍。

第八章 医药服务与管理

第五十七条 符合基本医疗保障定点条件的医疗机构（含养老机构内设医疗机构）、零售药店依申请纳入基本医疗保障定点医药机构，参保人员的医药费用按规定纳入医保报销范围。

第五十八条 定点医药机构实行协议管理，医保经办机构与定点医药机构签订基本医疗保障服务协议，确定双方的权利和义务。协议内容包括：服务对象、服务范围、服务规范、费用控制指标、医药费用结算办法、支付标准及违约责任等。

第五十九条 定点医药机构应当严格执行医保、医疗、医药政策，自觉履行医保协议，为参保人员提供高效、便捷的医药服务。

第六十条 参保人员应当持医保电子凭证或社会保障卡实名就医购药，遵医嘱检查、治疗，服从定点医药机构管理，不得弄

虚作假骗取医保基金。

第六十一条 参保人员在定点医药机构的医药费实行联网即时结算，个人自付费用由参保人支付给医药机构，应当报销的费用由医保经办机构与医药机构结算。定点医药机构未开通联网结算的，参保人持相关资料，6个月内到参保地医保经办机构结算。

第六十二条 参保人员应当按照分级诊疗制度就地就近就医，因病情需要到市内二级甲等及以上医疗机构就医的，应当由低级别医疗机构转诊转院；到市外就医的，应当由市内二级甲等及以上医疗机构转诊转院。

第六十三条 参保人员在市内转诊转院，住院医疗费统筹基金起付标准连续计算。由低级别转高级别医疗机构，起付标准个人支付差额；由高级别转低级别医疗机构（含同级别），起付标准个人不支付。

第六十四条 长期市外居住人员应当进行异地长期居住备案，备案地统筹区内发生的医疗费按市内标准报销，备案地6个月内不变更。

第六十五条 建立谈判药品专项管理机制，符合用药条件的单行支付药品费，报销比例：职工医保70%、居民医保60%；一个自然年度报销额：职工医保不超过15万元、居民医保不超过10万元。高值药品费按乙类药品报销。

第六十六条 建立医疗机构和零售药店“双通道”供药机制，

符合用药条件的参保人员，在定点医疗机构、定点零售药店的药品费用按规定给予报销。

第六十七条 公立医药机构应当按规定参加药品和医用耗材集中带量采购，鼓励社会办医药机构积极参与。各级各类医药机构积极使用集采中选药械。

第九章 医药价格与医保付费

第六十八条 公立医疗机构取消药品和医用耗材价格加成，诊疗项目、医疗服务设施实行政府指导价。社会办医疗机构药品、耗材和医疗服务价格实行市场调节价。医保定点的社会办医疗机构，医保购买服务价格不超过同级同类公立医疗机构标准。

第六十九条 医疗保障部门负责制定医疗服务价格，定期对价格进行调整。医疗服务价格按医疗机构等级确定，原则上以二级甲等医疗机构价格为基准，三甲上浮不超过 20%，三乙上浮不超过 10%，二乙下调不低于 5%，二乙以下下调不低于 10%。合理控制大型检查检验价格，对新技术和人力资源成本高的服务项目给予价格倾斜。

第七十条 医保基金按支付标准支付医药费用。集中带量采购药械中选价格为医保支付标准；非带量采购药械，省药械采购平台实际交易价格为医保支付标准；诊疗项目、医疗服务设施以

政府指导价格为医保支付标准。

第七十一条 积极推进医保付费方式改革，建立健全按疾病诊断分组（DRG）付费、病种付费、人头付费、床日付费、医共体打包付费等复合型医保付费体系，建立控制医疗费用过快上涨长效机制，提高医保基金使用效率。

第七十二条 鼓励医疗机构开展日间手术，日间手术实行单病种管理，适合日间手术的病种，术前15日内门诊检查检验费纳入日间手术费范围，参保人员医疗费按住院费报销，医保基金按同病种DRG标准付费。

第七十三条 建立家庭病床服务制度。基层定点医疗机构可为长期卧床不起、行动不便的患者，提供建床、查床及医疗服务，医疗收费标准和医保报销标准按建床医疗机构标准执行。

第七十四条 鼓励基层定点医疗机构开展家庭医生签约服务，签约有偿服务费纳入医保门诊统筹报销范围。

第七十五条 健全医保支持中医药传承创新发展机制，将符合条件的中医医药机构纳入医保定点，适宜的中药和中医医疗服务项目纳入医保支付范围，完善适合中医药特点的支付政策，鼓励医疗机构使用中医中药。

第七十六条 发挥医保支付杠杆作用，促进医疗资源合理分配，引导患者常见病、多发病到基层医疗机构治疗，提高三级公立医疗机构收治危急重病患者的占比。

第七十七条 公立医疗机构应当优先使用医保目录内药品和诊疗项目，目录外费用按医疗机构级别控制在合理水平，减轻参保人员医疗费用负担。

第十章 公共服务管理

第七十八条 建立市、县、乡、村四级医疗保障经办服务体系，市、县（区）设立医疗保障经办服务大厅，乡镇（街道）设立医疗保障服务窗口，村（社区）能够办理医疗保障相关服务事项，为参保群众提供便捷高效的医疗保障服务。

第七十九条 深化医疗保障领域“放管服”改革，全面实行综合柜员制，高频医保服务事项下放基层办理。拓宽线上线下医保服务渠道，实现医保业务全程网办、医税联办、镇村同办。

第八十条 各级医保部门应当做好参保人员权益保障记录，建立医疗保障档案，完整、准确记录参保单位、参保人员、定点医药机构的参保登记、申报缴费、费用结算、待遇享受、个人信息变更等情况，妥善保管相关凭证。有条件的，业务档案实行电子化管理。

第八十一条 加强医保信息化建设，参保单位和参保人员缴费信息、待遇享受情况通过医疗保障信息平台查询，就医备案、个人信息变更、待遇申报通过网上大厅办理。

第八十二条 医疗保障部门应当定期向社会公布医疗保障制度运行情况以及医保基金的收入、支出和结余情况。

第八十三条 医疗保障部门及其工作人员，应当依法为参保单位和个人信息保密，涉及用人单位商业秘密、个人权益及举报人和投诉人的信息，不得泄露。

第十一章 基金管理

第八十四条 医保基金通过保费收入、利息收入、财政补贴、社会捐赠等渠道共同筹集，纳入社会保障基金财政专户，实行收支两条线管理。医保基金包括职工医保（含生育保险）统筹基金、职工医保个人账户基金、居民医保基金、大病保险基金、医疗救助基金等专项基金。

第八十五条 医保基金分类建账、分开核算、专款专用，任何组织和个人不得侵占挪用。生育保险基金并入职工医保统筹基金合并使用，独立建账。

第八十六条 医保基金实行年度预决算管理，医疗保障部门按照国家基金管理规定建立基金收支预决算制度、财务会计制度和内部审计制度，确保基金安全运行。

第八十七条 医疗保障部门应当加强基金风险防控管理，建立和完善筹资与待遇平衡动态调整机制，确保各项医保基金安全。

第八十八条 市医疗保障行政部门、财政部门和审计部门按照各自职责，对医保基金的收支、管理和投资运营情况实施监督检查和审计。

第十二章 监管与法律责任

第八十九条 医疗保障部门应建立监督检查常态机制，实施大数据实时动态智能监管。依法对参保单位、参保人员、定点医药机构各类违法违规行为进行查处，维护医保基金安全。

第九十条 医保经办机构负责开展医保协议管理、考核，对医药机构违反协议的行为进行处理。

第九十一条 用人单位应当按时足额缴纳职工基本医疗保险费用。非职工医保缴费对象应当依法缴纳居民医疗保险费用。

第九十二条 用人单位与职工因基本医疗保险参保、缴费、待遇等引发的争议，可依法申请调解、仲裁或者提起诉讼。

第九十三条 用人单位或参保人员未在规定时间内申报、结算职工医保、居民医保、大病保险医疗费和生育津贴的，其费用由相关单位或责任人承担。

第九十四条 建立举报奖励制度，鼓励社会各界积极提供医疗保障领域欺诈骗保线索。积极引入第三方监管力量，强化社会监督。

第九十五条 参保人骗取医疗保障基金，按《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》等法律法规追究责任。

第九十六条 医疗保障部门和经办机构工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，导致医疗保障基金流失，依法承担责任。涉嫌犯罪的移交司法机关处理。

第十三章 附 则

第九十七条 本办法由广元市医疗保障局负责制定实施细则，结合我市经济社会发展水平和管理需要，对部分指标适时进行调整。

第九十八条 因重大公共疫情或大规模自然灾害影响造成的医疗费，以及特定群体、特定疾病的医药费豁免政策按照国家、省有关规定执行。

第九十九条 鼓励发展健康商业保险，支持商业保险公司开展健康商业保险服务。

第一百条 本办法从2023年1月1日起实施，有效期5年。本办法实施期间国家、省另有规定的，从其规定。

信息公开选项：主动公开

抄送：市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室，市纪委监委机关，
市法院，市检察院，广元军分区。

广元市人民政府办公室

2022年12月2日印发
