

雅安市人民政府文件

雅府发〔2020〕9号

雅安市人民政府 关于印发雅安市职工医疗保险办法的通知

各县（区）人民政府，经开区管委会，市政府各部门、各直属机构，有关单位：

《雅安市职工医疗保险办法》已经四届市政府第 79 次常务会议审议通过，现印发你们，请认真遵照执行。

雅安市人民政府

2020年7月31日

雅安市职工医疗保险办法

第一章 总则

第一条 为健全职工医疗保险制度，根据《中华人民共和国社会保险法》《国务院办公厅关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》（国办发〔2019〕10号）和《四川省医疗保障局等五部门关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的指导意见》（川医保规〔2019〕4号）等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 按照“保留险种、保障待遇、统一管理、降低成本”的要求，生育保险和职工基本医疗保险合并实施，实行统一参保登记、统一基金征缴和管理、统一医疗服务管理、统一经办和信息服务，实现参保同步登记，基金合并运行。

第三条 职工基本医疗保险实行市级统筹。

第四条 职工医疗保险以基本医疗保险为基础，以补充医疗保险、公务员医疗补助为补充。

第二章 参保范围和基金征缴

第五条 雅安市行政区域内的党政机关、事业单位、各类企业、民办非企业单位、社会团体和其他社会组织等所有用人单位（以下统称“用人单位”）应当为职工参加基本医疗保险，在参加职工基本医疗保险的同时，应为其在职职工同步参加生育保险。

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。

灵活就业人员、已达到法定退休年龄的退休人员、领取失业金的人员不参加生育保险。

第六条 用人单位按照属地管理原则在所属地医疗保障经办机构为其职工参加职工基本医疗保险。

灵活就业人员按照属地管理原则在所属地医疗保障经办机构参加职工基本医疗保险。

第七条 生育保险基金并入职工基本医疗保险基金，用人单位职工基本医疗保险费率按照用人单位参加生育保险和职工基本医疗保险的缴费比例之和确定，个人不缴纳生育保险费。

第八条 用人单位应当按规定向所属地医疗保障经办机构如实申报单位和职工个人基本信息并办理参保手续。新成立的用人单位应当在获准成立后的 30 日内，到所属地医疗保障经办机构办理参保手续。

用人单位新招（录）用人员的，应当在招（录）用后的 30 日内，到参保地医疗保障经办机构为其所招（录）用人员办理参保手续。

用人单位及其职工参保登记事项发生变更或用人单位依法终止的，应当自变更或终止之日起 30 日内，到参保地医疗保障经办机构办理变更或注销手续。

灵活就业人员持本人有效身份证件到所属地医疗保障经办机构办理参保、缴费、变更、注销等手续。

第九条 用人单位应当按月缴纳职工基本医疗保险费。用人单位未按时足额缴纳的，由医疗保险征缴机构责令限期缴纳或补足，并自欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金。用人单位破产时，应当依法清偿职工基本医疗保险费。

第十条 用人单位和职工应当按以下规定按月缴纳职工基本医疗保险费：

党政机关和其他由财政负担工资的单位以职工本人上年度工资总额为缴费基数，按 7.6% 的比例按月缴纳职工基本医疗保险费；企业和其他用人单位以职工本人上年度工资总额为缴费基数，按 8% 的比例按月缴纳职工基本医疗保险费。最低缴费基数为全市上年度全部单位就业人员平均工资的 80%；最高缴费基数为全市上年度全部单位就业人员平均工资的 3 倍。

在职职工个人按核定缴费基数的 2% 缴纳职工基本医疗保险费，由用人单位按月代扣代缴。

第十一条 灵活就业人员参加职工基本医疗保险的，以全市上年度全部单位就业人员平均工资为缴费基数，由个人按 8% 的比例按年一次性缴纳。

第十二条 失业人员在领取失业保险金期间，参加职工基本医疗保险，享受基本医疗保险待遇。

失业人员应当缴纳的基本医疗保险费从失业保险基金中支

付，个人不缴纳基本医疗保险费。缴费基数为全市上年度全部单位就业人员平均工资的80%，缴费比例9.5%。

第十三条 全市全部单位就业人员平均工资以市统计部门公布的数据为准。

职工基本医疗保险缴费标准，由市医疗保障部门根据国家规定、我市经济社会发展水平和基金运行情况适时进行调整公布。

第十四条 职工与用人单位终止或解除劳动关系后，须在终止或解除劳动关系后3个月内续保，3个月内未续保的视同中断医保关系，中断后再续保按新参保对待，前后缴费年限可合并计算。

第十五条 从市外转入我市的参保人员，按规定办理医保关系转移接续手续的，其原参保地的缴费年限累计计算。

第十六条 职工医疗保险基金按“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则进行筹集、管理和使用。

第十七条 职工基本医疗保险基金由下列项目构成：

（一）用人单位、职工和灵活就业人员缴纳的职工基本医疗保险费；

（二）职工基本医疗保险基金的利息收入；

（三）滞纳金收入；

（四）转移收入；

（五）其他收入。

第十八条 职工基本医疗保险基金通过预算实现收支平衡。

当基金出现支付不足时，由医疗保障部门提出方案，按程序报市人民政府同意后，由市、县（区）人民政府给予补贴。

第三章 统筹基金和个人账户

第十九条 用人单位、职工和灵活就业人员缴纳的职工基本医疗保险费，由医疗保障经办机构按规定建立职工基本医疗保险统筹基金和个人账户。

缴纳的职工基本医疗保险费按下列规定计入个人账户：

（一）单位参保在职职工及灵活就业人员：45 周岁以下的按本人缴费基数的 2.8% 计入，45 周岁及以上的按本人缴费基数的 3% 计入。

（二）参保退休（职）人员按本人上年度养老金（退休金、退職生活费）的 3.2% 计入。若养老金（退休金、退職生活费）低于上年度全市全部单位就业人员平均工资的，按照上年度全市全部单位就业人员平均工资 3.2% 计入。若养老金（退休金、退職生活费）高于上年度全市全部单位就业人员平均工资 3 倍的，按照上年度全市全部单位就业人员平均工资 3 倍的 3.2% 计入。

第二十条 个人账户按年计息。个人账户资金归个人所有，余额可以继承。

个人账户可用于支付职工本人及其配偶、夫妻双方父母、子女的下列费用：

（一）在定点医疗机构就医发生的普通门诊（含挂号）、门

诊特殊疾病、住院、健康体检、非计划免疫接种、远程诊疗和家庭医生签约服务等需个人负担的医疗服务费用。

(二) 在定点零售药店购买与疾病治疗和医疗康复相关的药品、医疗器械、医用耗材、辅助器具等费用。

(三) 参加城乡居民基本医疗保险、灵活就业人员参加的职工基本医疗保险、补充医疗保险等由政府开展的与医疗保障相关的社会保险个人需要缴纳的费用。

(四) 经批准的其他用途。

第二十一条 用人单位、职工和灵活就业人员缴纳的基本医疗保险费计入个人账户后的余额计入统筹基金。统筹基金用于支付参保人员符合规定的住院、门诊特殊慢性病和生育等待遇。

第二十二条 参保人员在向市外转移时，可将个人账户余额随同转移；个人账户余额无法转移的，可划转至本人金融账户。

第四章 职工基本医疗保险待遇

第二十三条 用人单位和职工按照本办法规定参加职工基本医疗保险的，从缴费的次月起享受职工基本医疗保险待遇。

参保后欠缴职工基本医疗保险费 3 个月以上的，停止享受职工基本医疗保险待遇，由用人单位按照本办法规定的标准支付其欠费期间产生的基本医疗保险待遇。待补缴后享受职工基本医疗保险相关待遇。

第二十四条 灵活就业人员第一次参保，在缴费期满 12 个

月后享受职工基本医疗保险待遇；参保后中断缴费 3 个月以上的按新参保对待，在新缴费期满 12 个月后享受职工基本医疗保险待遇，前后缴费年限可合并计算。已达到法定退休年龄人员新参加职工基本医疗保险并一次性缴费的，在缴费期满 12 个月后享受职工基本医疗保险待遇。

第二十五条 参保人员按照规定参加职工基本医疗保险，达到法定退休年龄时累计缴费年限满 15 年且在我市缴费年限满 10 年的，不再缴纳职工基本医疗保险费，享受职工基本医疗保险待遇。

参保人员达到法定退休年龄时，累计缴费年限不足 15 年或缴足 15 年但在我市缴费年限不满 10 年的，可一次性足额补缴后享受职工基本医疗保险待遇。未按规定缴费的，视为中断医保关系，不享受职工基本医疗保险待遇。

第二十六条 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、抢救的医疗费用，按照本办法规定在职工基本医疗保险基金中支付。其中，乙类药品、支付部分费用的诊疗项目及医疗服务设施标准发生的医疗费用，由参保人员先自付 20%后，其余 80%纳入职工基本医疗保险基金支付范围，按本办法规定支付。

参保人员在政府举办的社区卫生服务中心、乡（镇）卫生院及各级公立医疗机构住院治疗中使用中药饮片治疗的，中药饮片费用支付比例提高 5 个百分点。

医用材料的支付办法由市医疗保障部门另行制定。

第二十七条 职工基本医疗保险基金支付住院医疗费用设立起付标准，符合支付范围、起付标准以上的住院医疗费用由职工基本医疗保险基金按比例支付。

（一）市内定点医疗机构住院医疗待遇。

起付标准。政府举办的社区卫生服务中心、乡（镇）卫生院为 100 元，一级医疗机构为 200 元，二级医疗机构为 500 元，三级医疗机构为 800 元。转诊转院只计算一次最高起付标准。

支付比例。在职职工：政府举办的社区卫生服务中心、乡（镇）卫生院为 90%，一级医疗机构为 87%，二级医疗机构为 85%，三级医疗机构为 82%。退休（职）人员：政府举办的社区卫生服务中心、乡（镇）卫生院为 95%，一级医疗机构为 92%，二级医疗机构为 90%，三级医疗机构为 87%。

未定级医疗机构按照二级医疗机构起付标准和支付比例执行。

（二）已办理长期异地居住、退休异地安置、驻市外工作备案的参保人员，在其常驻地定点医疗机构住院的，其起付标准和支付比例按照我市同级定点医疗机构标准执行。

未办理长期异地居住、退休异地安置、驻市外工作备案的参保人员，在市外省内定点医疗机构住院起付标准为 1000 元，在省外国内（不含港澳台地区）定点医疗机构住院起付标准为 1200 元，支付比例：在职职工为 82%，退休（职）人员为 87%。

(三) 起付金额在一个自然年度内依次按比例递减，第一次住院按起付标准的 100%执行，第二次住院按起付标准的 70%执行，第三次及以上住院按起付标准的 40%执行。

(四) 参保人员因恶性肿瘤、精神病或慢性肾功能不全需透析治疗在市内定点医疗机构住院治疗的，一个自然年度内只计算一次起付标准，以参保人员该年度所住最高级别医疗机构起付标准执行。

第二十八条 建国前参加革命工作的老工人按规定参加职工基本医疗保险，享受职工基本医疗保险待遇；个人负担的符合支付范围的住院医疗费用由原用人单位承担，原用人单位已不存在或本人医保关系已剥离到医疗保障经办机构的，个人负担的符合支付范围的住院医疗费用在统筹基金中支付；符合支付范围的个人门诊医疗费用，其超过本人当年个人账户总额的部分，由统筹基金按 90%的比例支付。

第二十九条 在一个自然年度内，职工基本医疗保险基金支付参保人员医疗费用累计不得超过当年职工基本医疗保险基金最高支付限额。

第三十条 职工基本医疗保险基金最高支付限额、起付标准、支付比例等参保待遇由市医疗保障部门根据国家有关规定、我市经济社会发展水平和职工基本医疗保险基金运行状况适时调整、公布。

第三十一条 参保人员所患需长期依靠药物门诊治疗的特

殊慢性病，经批准纳入门诊特殊慢性病管理。门诊特殊慢性病管理办法由市医疗保障部门另行制定。

第五章 生育保险待遇

第三十二条 用人单位为其职工按本办法规定参加生育保险并在我市连续缴费6个月及以上的，享受生育保险待遇。职工在生育或施行计划生育手术当月前连续缴费不满6个月的，待缴费满6个月后享受生育保险待遇。职工在生育或施行计划生育手术当月前未参保或中断缴费的，由用人单位按照本办法规定的标准支付其生育保险待遇。

第三十三条 参保人员在定点医疗机构发生的符合国家、省计划生育政策规定，生育或施行计划生育手术的医疗费用按以下标准定额支付：

（一）生育医疗费用。

顺产（含7个月以上引产）2200元；难产（产钳助产和胎头吸引）、剖宫产3500元；妊娠4个月及以上、7个月以下引产（含人工引产）1500元；妊娠4个月以下流产（含人工流产）600元。

（二）计划生育医疗费。

放置宫内节育器（含宫内节育器）300元；摘取宫内节育器350元；皮埋术200元；皮埋取出术200元；输卵管结扎1500元；输精管结扎800元；输卵管复通术2800元；输精管复通术1800元。

生育、计划生育医疗费定额支付标准，由市医疗保障部门根据国家有关规定和雅安市实际情况适时调整、公布。

第三十四条 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执行。

生育津贴标准以所在用人单位上年度职工月平均工资和《女职工劳动保护特别规定》规定的假期天数计算，计算公式为：生育津贴=月平均工资（元）×12（月）÷365（天）×假期天数。

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，生育津贴由医疗保障经办机构支付给用人单位，用人单位应按照生育津贴与产假期间工资不重复享受的原则执行。

第三十五条 参加生育保险的职工未就业配偶因生育发生的医疗费用，按生育医疗费用、计划生育医疗费定额支付标准的50%支付，不享受生育津贴。

第三十六条 用人单位退休人员、灵活就业人员的生育住院医疗费用参照生育医疗费用支付标准，用人单位退休人员按100%支付、灵活就业人员按50%支付，不享受生育津贴。领取失业金的失业人员，按照《四川省失业保险条例》规定享受生育待遇。

第六章 补充医疗保险

第三十七条 参加职工基本医疗保险的用人单位及其职工（含退休、退职人员），应当同步参加补充医疗保险。参加职工基

本医疗保险的灵活就业人员，可同步参加补充医疗保险。

补充医疗保险待遇享受期按职工基本医疗保险住院待遇享受期执行。补充医疗保险与职工基本医疗保险未同步参加或中断1年以上的，需在参加补充医疗保险并缴费满1年后才能享受补充医疗保险待遇。

第三十八条 补充医疗保险费按以收定支的原则按年度缴纳，缴费标准不超过全市上年度全部单位就业人员平均工资的1%，具体标准由市医疗保障部门适时调整、公布。

属公务员医疗补助范围的党政机关、事业单位职工应缴纳的补充医疗保险费从公务员医疗补助中代扣代缴。其他用人单位原则上由单位缴纳。

第三十九条 补充医疗保险费由用人单位（或个人）在每年1月一次性缴纳当年的费用。当年中途参保缴费的，仍按年度缴纳。退休（职）人员和灵活就业人员所需缴纳的补充医疗保险费，可委托参保地医疗保障经办机构在其个人账户中代扣代缴。

第四十条 参保人投保有效期为1个自然年度，享受以下相应的补充医疗保险待遇。

（一）参保人员在职工基本医疗保险最高支付限额以下的医疗费用，其乙类费用的20%和甲类药品自付部分，分别由补充医疗保险支付80%和40%；

（二）参保人员超过职工基本医疗保险最高支付限额且符合支付规定的医疗费用，由补充医疗保险支付90%；

(三) 补充医疗保险最高支付限额由市医疗保障部门根据我市经济社会发展水平和补充医疗保险运行状况适时调整、公布。

第四十一条 补充医疗保险费实行单独核算、专款专用。补充医疗保险可由医疗保障经办机构办理，也可引入商业保险公司办理。由医疗保障经办机构办理的，其开展补充医疗保险所需工作经费由同级财政部门负责解决。

第七章 公务员医疗补助

第四十二条 党政机关、事业单位职工（含退休、退職人员）在参加职工基本医疗保险和补充医疗保险的基础上，参加公务员医疗补助，享受公务员医疗补助待遇。

第四十三条 公务员医疗补助以职工本人上年度工资总额为缴费基数，由单位按 1.9%的比例按月缴纳。

经费来源按现行财政管理体制由同级财政列入预算，其中差额拨款和自收自支的事业单位由单位自筹。

第四十四条 参加公务员医疗补助并按规定缴费的人员，享受以下公务员医疗补助待遇：

(一) 起付线以上、统筹基金最高支付限额以下符合支付规定的住院医疗费用，按职工基本医疗保险和补充医疗保险规定支付后的余额，由公务员医疗补助支付 80%。

(二) 统筹基金最高支付限额以上、补充医疗保险支付限额以下符合支付规定的住院医疗费用，按补充医疗保险规定支付后

的余额，由公务员医疗补助支付 80%。

（三）补充医疗保险最高支付限额以上符合支付规定的住院医疗费用，由公务员医疗补助支付 90%。

（四）符合支付规定的住院医疗费用，按职工基本医疗保险、补充医疗保险、公务员医疗补助支付后，累计支付比例在政府举办的社区卫生服务中心（乡（镇）卫生院）和一级、二级、三级定点医疗机构分别未达到 75%、65%、60%、50%的，由公务员医疗补助分别补足到 75%、65%、60%、50%。

（五）年度筹集的公务员医疗补助资金，在按当年结余部分中提取 10%作为风险储备金后，剩余部分作为门诊医疗补助，具体办法由市医疗保障部门另行制定。

（六）符合政策规定享受医疗照顾的参保人员按相关文件规定执行，其医疗待遇在职工基本医疗保险、补充医疗保险支付后的剩余部分在公务员医疗补助中列支。

第八章 医疗服务及费用结算

第四十五条 职工医疗保险实行定点管理。市、县（区）医疗保障经办机构根据管理服务的需要与定点医药机构按年度签订医疗保险服务协议，明确双方的权利和义务。

第四十六条 参保人员凭社会保障卡或医保电子凭证在定点医药机构就医、购药和结算。定点医药机构应当核对就医人的参保凭证和身份凭证，确保就医真实性。

第四十七条 参保人员在市内、市外异地联网即时结算定点医药机构发生的医疗费用，应由参保人员个人自付部分，由其个人缴纳；应由基本医疗保险基金、补充医疗保险和公务员医疗补助支付部分，由定点医药机构如实记录并与医疗保障经办机构结算。

参保人员在异地非联网即时结算定点医疗机构住院医疗费用先由个人垫付，在医疗终结后 90 日内，由参保人或被委托人持相关有效凭据到参保地医疗保障经办机构或其指定、委托的经办点办理审核结算。

第四十八条 执行职工基本医疗保险基金付费总额控制制度。实行总额控制为基础，按病种付费、按项目付费、按次付费、按床日付费、按人头付费、按疾病诊断相关分组付费等多元复合式医保支付方式。

第九章 组织管理与职责

第四十九条 各相关部门、单位各司其职相互配合，共同做好职工医疗保险工作。

（一）市医疗保障部门是职工医疗保险工作的主管部门，具体负责职工医疗保险实施细则、经办规程及相关配套政策的制定和完善，支持商业保险机构参与职工医疗保障经办服务。市、县（区）医疗保障部门按照分级管理原则分别负责基金管理监督以及医疗保障经办队伍建设。

各级医疗保障经办机构按照分级管理原则负责医保政策执行、医保基金管理、医保费用结算等经办业务，负责辖区内定点医药机构协议管理工作。

（二）税务部门负责职工医疗保险费用的征收管理，负责征缴资金到账信息核对，及时将征缴明细信息传递给医疗保障部门，做好与国库部门的对账等工作。

（三）市、县（区）财政部门负责医疗保障部门工作经费的预算和保障、对基金财政专户的监督管理等工作。

（四）市、县（区）发展改革、卫生健康、公安、审计、市场监管等有关部门和单位，按照各自职责分工协同实施本办法。

第十章 法律责任

第五十条 定点医药机构违反《中华人民共和国社会保险法》规定的，由医疗保障部门依法处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第五十一条 以欺诈、伪造材料或者其他手段骗取参保待遇的，由医疗保障部门依照《中华人民共和国社会保险法》规定进行处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第五十二条 医疗保障部门以及医疗保障经办机构工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，造成职工医疗保险基金损失的，依法给予处分；构成犯罪的，移交司法部门，依法追究刑事责任。

第十一章 附则

第五十三条 本办法自 2020 年 9 月 1 日起施行，有效期 5 年。《雅安市人民政府关于印发〈雅安市城镇职工医疗保险办法〉的通知》（雅府发〔2015〕41 号）同时废止。

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，
市中级人民法院，市检察院，雅安军分区，川农大，雅职院。

雅安市人民政府办公室

2020 年 7 月 31 日印发
