

攀枝花市职工医疗保险办法实施细则

第一章 总则

第一条 根据《攀枝花市人民政府关于印发〈攀枝花市职工医疗保险办法〉的通知》（攀府发〔2021〕16号）（以下简称《办法》）规定，制定本实施细则。

第二条 职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）和生育保险实行属地管理原则，下列单位和人员应当按照《办法》规定参加职工医保和生育保险。

中央和省驻攀单位、市直党政群机关、事业单位及其职工，应在市本级医保经办机构办理参保手续。其他城镇用人单位（含有雇工的个体工商户）应在单位所在地的医保经办机构办理参保手续。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保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”）自愿参加职工医保的，应在基本养老保险参保所在地医保经办机构办理职工医保参保登记手续，没有参加基本养老保险的，应在户籍所在地或常住地医保经办机构办理职工医保参保手续。

第三条 在我市行政区域内就业的港澳台地区人员、外籍人员纳入职工医保参保范围，由所在单位为其办理参保手续。

第二章 参保缴费

第四条 用人单位参加职工医保，应按照国家、省、市有关规定办理参保登记，并根据医保经办机构核定的缴费金额，在规定时间内足额缴费。

第五条 新成立的用人单位应在取得营业执照或获准成立的30日内，持统一社会信用代码证书或单位批准成立的文件等资料到所属地医保经办机构办理单位及其职工参保登记手续。

第六条 用人单位医疗保险登记事项发生变更或依法终止，应当自变更或终止之日起30日内到参保地医保经办机构办理变更或注销手续。

第七条 单位职工医保费由用人单位和职工个人共同按月缴纳。职工个人按本人上年度月平均工资收入的2%缴纳（上年度无工资收入的以参保当月工资收入作为缴费工资基数），由用人单位代扣代缴；用人单位按本单位全部在职职工工资收入总额的7.5%缴纳。

机关单位和纳入财政预算的事业单位生育保险缴费费率为0.2%，其他单位为0.5%，并与职工医保费一起缴纳。单位职工个人不缴纳生育保险费。

第八条 各类用人单位职工缴纳医保费的工资基数按照国家统计局规定列入工资总额统计项目的实际收入计算，包括计时工资、计件工资、奖金、津补贴、加班工资、特殊情况下支付的

工资、其他工资和特殊项目等。

职工本人上年度实际月平均工资收入低于上年度全省城镇全部单位就业人员月平均工资 100%的按 100%计算，高于 350%的按 350%计算。

第九条 用人单位在每年的 12 月底前申报下一年度职工医保缴费基数，缴费基数一经核定，年度内不予变更。

第十条 自愿参加职工医保的灵活就业人员，可根据实际情况选择其中一个档次参保缴费。一档：按上上年度全省城镇全部单位就业人员平均工资的 9.5%缴纳，实施统账结合；二档：按上上年度全省城镇全部单位就业人员平均工资的 4%左右缴纳，不建个人账户，具体缴费标准由市级医保行政部门根据国家、省相关政策规定测算公布。

失业人员在领取失业保险金期间参加职工医保，缴费基数以上年度全省城镇全部单位就业人员平均工资为基数，缴费比例为 9.5%，由失业保险经办机构统一按月缴纳。

第十一条 参保人员达到法定退休年龄或领取养老金后，符合条件的可办理职工医保在职转退休手续并自次月开始享受退休人员医保待遇。办理职工医保在职转退休手续需满足以下条件。

（一）2004 年 1 月 1 日以前在我市参保，并连续按“一档”标准缴费至退休的职工，退休时缴纳医保费的年限（含视同缴费年限，下同）须满 20 年。

(二) 2004年1月1日至12月31日期间在我市参保并连续按“一档”标准缴费至退休，或虽然在2004年1月1日以前参保但中断缴费后在2004年内续保并连续缴费至退休的职工，退休时缴纳医保费的年限男须满30年、女须满25年，其中实际缴费年限必须满10年。

(三) 2005年1月1日及以后参保和虽然在此前参保但中断后在2005年1月1日后续保的职工，退休时累计缴纳医保费的年限男须满30年，女须满25年，最低实际缴费年限必须满15年（其中在我市缴费年限不得低于10年）。参保人员在职转退休后，需享受“一档”缴费标准对应待遇的，其“一档”实际缴费年限须满15年。

第十二条 参保人员身份证所载出生年月与档案记载出生年月不一致的，申请办理职工医保在职转退休手续时，以退休审批机关批准其退休时认定的出生年月为准。

第三章 参保待遇

第十三条 职工医保待遇是指参保人员普通门诊、门诊特殊疾病、住院以及其他政策规定的医疗费用支付待遇。

第十四条 参保人员达到法定退休年龄，累计缴费年限达到规定年限，但未及时办理医保在职转退休手续的，可予补办医保在职转退休手续，按规定补齐相应的待遇。

第十五条 用人单位和职工自建立劳动关系之日起3个月内按规定参加职工医保和生育保险的，不设置待遇等待期。3个月后参保的，自参保缴费当月起，设置与延迟参保时间相同月数的待遇等待期，最长不超过6个月。参保后欠缴职工医保费（含生育保险费）达3个月以上的，自补齐欠费当月起设置与欠缴时间相同月数的待遇等待期，最长不超过6个月。欠费期间及待遇等待期内发生的医疗费用、生育（含节育）费用、产前检查费用及生育津贴等由用人单位按本实施细则规定的待遇标准支付。

第十六条 参保人员在中断缴费前连续缴费满6期（含异地缴费），中断缴费3个月（含）以内以灵活就业人员身份接续医疗保险的，可按我市灵活就业人员缴费标准补缴中断期间的职工医保费，中断期间的待遇可按规定追溯享受；中断缴费3个月以上的，自办理接续手续当月起设置与中断时间相同月数的待遇等待期，最长不超过6个月，中断缴费期间和待遇等待期内费用不予报销。

第十七条 参加城乡居民基本医疗保险的人员，申请转换为按灵活就业人员身份参加职工医保的，可自愿按参保当年职工医保缴费标准自城乡居民医保参保之日起补足及缴纳满6期后次月起享受职工医保待遇。

第十八条 待遇享受期内的职工医保参保人员，可申请转换为城乡居民医保，自转换次月起享受城乡居民医保待遇，原已缴纳的职工医保费不予抵扣。

第十九条 以灵活就业人员身份参保的人员未达到法定退休年龄但缴费年限已达到规定年限的，应继续缴费至法定退休年龄，否则视为中断缴费，在中断缴费期间不享受职工医保待遇。

第二十条 参保人员住院发生的符合国家医保药品、医用耗材、医疗服务项目等目录中最高支付标准范围内的乙类费用先由参保人员个人自付 15%，其余 85%纳入职工医保报销范围。

第二十一条 办理了职工医保在职转退休手续的人员方可办理异地安置、异地长期居住备案手续，单位派驻异地工作人员可办理常驻异地工作备案手续。异地长期居住的自主择业军转干部参照异地长期居住人员管理，外出农民工和就业创业人员、援藏援疆干部、离攀赴上级机关及发达地区挂职干部等人员参照异地长期工作人员管理。

第二十二条 办理了异地安置、异地长期居住备案手续的人员，无特殊情况原则上 2 年内不予变更备案地，办理了常驻异地工作备案手续的参保人员原则上 1 年内不予变更备案地。

市内参保人员默认备案地为本市，办理了异地安置、异地长期居住、常驻异地工作备案手续的人员，备案地以实际备案情况为准。

第二十三条 职工医保统筹基金支付住院医疗费设立起付线标准，起付线标准以上费用按比例报销。

（一）备案地定点医疗机构住院起付线及报销比例。

起付线标准：三级定点医疗机构 700 元；二级定点医疗机构

400 元；一级及以下定点医疗机构 200 元（其中，社区卫生服务机构和乡镇卫生院为 150 元），50 岁以上人员降低 100 元。

报销比例：40 岁以下人员三级定点医疗机构报销比例为 80%，二级及以下定点医疗机构报销比例为 83%；满 40 岁不满 55 岁人员三级定点医疗机构报销比例为 87%，二级及以下定点医疗机构报销比例为 90%；满 55 岁不满 70 岁人员三级定点医疗机构报销比例为 93%，二级及以下定点医疗机构报销比例为 96%；满 70 岁人员在三级定点医疗机构报销比例为 95%，二级及以下定点医疗机构报销比例为 98%。

未定级定点医疗机构按二级定点医疗机构的起付线标准和报销比例执行。

（二）参保人员在备案地外定点医疗机构住院，急（抢）救人员起付线标准在备案地同级别定点医疗机构起付线标准基础上提高 200 元，报销比例降低 10 个百分点，非急（抢）救人员起付线标准提高 400 元，报销比例降低 20 个百分点。办理了异地安置、异地长期居住、常驻异地工作备案的参保人员在我市定点医疗机构住院的，住院费用报销参照备案地外急（抢）救人员起付线和报销比例标准执行。

（三）参保人员在备案地定点医疗机构住院时主诊断为职工医保一类门诊特殊疾病病种或严重精神障碍规定疾病的，医疗费报销时不设起付线。

（四）参保人员因病情需要办理转院手续的，起付线标准累

计计算。备案地内转院的，报销比例不降低；省域内备案地外转院的，报销比例降低 5 个百分点；跨省转院的，报销比例降低 20 个百分点。

第二十四条 参保人员住院床位费执行攀枝花市医疗服务价格标准，按普通病房床位费的一级病房三人间标准纳入统筹基金支付范围，普通病房床位费加收部分按医疗服务价格实际标准纳入统筹基金支付范围。异地就医人员医疗费手工报销的，按照我市政策执行。

第二十五条 国家医保谈判药品和高值药品按国家、省有关政策规定执行。

第二十六条 因交通事故等导致产生的参保人员本人住院医疗费，按公安、司法等部门认定的本人责任比例纳入医保统筹基金支付范围。其中，因参保人员主观故意或严重违法行为导致产生的住院医疗费，医保统筹基金不予支付。

第二十七条 经二级以上精神专科定点医疗机构确诊患有抑郁症的参保人员，因自残、自杀导致产生的本人住院医疗费纳入医保统筹基金支付范围。

第二十八条 一个统筹年度（自然年度）内，职工医保统筹基金累计支付参保人员住院医疗费的最高限额为 10 万元。参保人员出院日期与结算日期不在同一统筹年度的，当次住院费用的统筹基金支付金额计算在结算日期所在年度。

第二十九条 生育保险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的产前检查费、住院分娩或门诊实施计划生育手术的医疗费用按以下定额标准支付：

（一）产前检查费。

生育保险参保人员符合规定生育的，其住院分娩前的产前检查费定额包干，标准为 800 元。

（二）医疗费。

1.三级定点医疗机构：顺产 2100 元；阴道难产助产 2300 元；剖宫产 4860 元；大月份引产 2200 元。

2.二级定点医疗机构：顺产 1750 元；阴道难产助产 2000 元；剖宫产 4050 元；大月份引产 1900 元。

3.一级及以下定点医疗机构：顺产 1440 元；阴道难产助产 1800 元；剖宫产 3320 元；大月份引产 1500 元。

多胞胎生育的，每多一胎增加支付标准的 15%。

4.放置宫内节育器 45 元；取出宫内节育器 46 元；输卵管结扎术 800 元（含住院费）；输精管结扎术 79 元；人工流产术 120 元（钳夹加收 12 元）；药物流产术 127 元（药流不全清宫加收 47 元）。

生育（节育）定额包干支付标准已包括挂号、常规检查、普通床位、接生、手术和药品等相关费用。

5.未参加生育保险和基本医疗保险的男职工配偶，符合计划生育政策规定的住院分娩医疗费（含产前检查费）按女职工定额标准的 50%支付；与用人单位解除劳动关系前怀孕并在解除劳动

关系后 10 个月内生育的（或参保单位被依法宣布撤销、解散、破产时，女职工怀孕 280 天内生育的），符合计划生育政策规定的住院分娩医疗费（含产前检查费）按女职工定额标准的 80% 支付。

第三十条 女职工生育津贴计算天数为：

顺产 158 天；难产（含剖宫产）173 天；引产 42 天；人流术 15 天；输卵管结扎术 21 天；产后输卵管结扎术 14 天；放置宫内节育器 2 天；取出宫内节育器 1 天。

多胞胎生育的，每多一胎增加 15 天。

女职工所在用人单位在女职工生育上年度及以前参加职工医保的，生育津贴具体标准以用人单位上年度职工医保平均月缴费基数为基数；上年度未参加职工医保的，以生育之前本单位职工月平均缴费工资为基数，按照女职工生育津贴计算天数计发。计算公式为：实际计发金额=月平均缴费基数（元）÷30（天）×生育津贴计算天数。

第四章 就医结算

第三十一条 参保人员应在定点医疗机构住院治疗（含异地就医，下同），因病情紧急需急（抢）救的，可就近在非定点医疗机构救治，待病情缓解后及时转往定点医疗机构救治，不符合规定发生的住院医疗费职工医保统筹基金不予支付。

第三十二条 参保人员因病情需要转往备案地外上级医疗机构就医的，原则上转往备案地所属省内指定定点医疗机构。

第三十三条 参保人员住院前的急（抢）救费用纳入住院费用按规定给予报销，因门诊急（抢）救无效死亡发生的门诊医疗费按单独一次住院医疗费报销。

第三十四条 参保人员在定点医疗机构住院，医疗费未实现联网结算的，原则上在出院后 90 日内持相关资料到所属地医保经办机构办理报销。

第三十五条 未参加生育保险和基本医疗保险的男职工配偶、与用人单位解除劳动关系前怀孕并在解除劳动关系后 10 个月内住院分娩的，以及其他符合计划生育政策规定的住院分娩医疗费没有实现联网结算的，在出院后 90 日内持相关资料到所属医保经办机构办理报销。

第三十六条 参保人员在定点医疗机构就医，因病情需要在院外定点医疗机构检查或购药、供药机构购药的，属于政策范围内的费用按规定报销。

第五章 管理和监督

第三十七条 医保经办机构建立健全职工医保财务管理制度、定点医药机构考核制度、内部审计制度、信息公开制度。

第三十八条 医保经办机构要定期不定期分析职工医保基

金运行情况，确保基金运行安全、完整和制度可持续。

第三十九条 医保经办机构应加强内部控制，定期对费用审核、基金征缴、基金财务等方面开展内控自查工作，精准识别风险点，形成风险点清单，分级分类明确防控措施，制定年度及日常内控检查计划，对经办业务的各环节及岗位进行全过程监督管理，及时发现问题并整改。

第四十条 医保经办机构应当加强对定点医药机构、参保单位、参保人员遵守医疗保险法律、法规和规章等情况的监督检查，并有权调阅定点医药机构的医疗文书、会计核算资料及药品进销存凭据等有关材料。定点医药机构、参保人及其他相关单位、人员应当如实提供，不得伪造、变造或者隐匿。

第四十一条 定点医药机构应当遵守医疗保险有关政策规定，建立和完善医疗保险内部管理制度，明确医疗保险工作机构，确定医疗保险专（兼）职工作人员，做好本单位医疗保险管理和服务工作。

第四十二条 定点医药机构应当根据医疗保险联网结算和实时监控的要求，配备必要的信息管理系统，遵守医疗保险信息技术规范和信息安全相关规定，及时上传医疗保险结算费用等相关信息。

第六章 附则

第四十三条 职工医保缴费费率及待遇等由市级医保行政部门商有关部门根据国家、省、市相关政策规定及基金运行情况适时调整公布。

第四十四条 本实施细则由市级医保行政部门负责解释。

第四十五条 本实施细则自 2022 年 2 月 1 日起施行，有效期 5 年。原《攀枝花市劳动局关于印发〈攀枝花市城镇职工基本医疗保险暂行办法实施细则〉的通知》（攀劳发〔2001〕61 号）同时废止。国家、省有新规定的，从其新规定。