

攀枝花市职工医疗保险办法

第一章 总则

第一条 为进一步健全我市职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）和生育保险制度，根据《中华人民共和国社会保险法》《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）等文件精神，结合实际，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”的原则，职工医保和生育保险合并实施，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 职工医保和生育保险实行市级统筹，全市统一筹资政策、待遇标准、医保目录、协议管理、基金管理、经办流程、信息系统。

第四条 职工医保应遵循以下原则：

（一）基本医疗保障水平与全市经济发展水平及基金承受能力相适应；

（二）坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续；

（三）职工医保基金实行社会统筹和个人账户相结合；

（四）职工医保基金以收定支、收支平衡、略有结余。

第五条 坚持政府主导，部门协同配合，实现目标管理。各级医保行政部门是本行政区域内职工医保和生育保险的行政主管部门。市级医保行政部门负责制定全市职工医保和生育保险政策及工作规划。市级医保经办机构负责市本级管辖单位的职工医保和生育保险经办工作，并对县（区）医保经办机构进行工作指导；各县（区）医保经办机构负责本辖区职工医保和生育保险经办工作。建立将基金征缴纳入对县（区）人民政府重点工作目标考核机制。

第二章 参保登记

第六条 攀枝花市行政区域内的国家机关、企业、事业单位、社会组织、有雇工的个体工商户等用人单位（以下统称“用人单位”）职工应当参加职工医保和生育保险，其参保登记手续由用人单位负责办理。

失业人员领取失业保险金期间应当参加职工医保。

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”）可以参加职工医保。

已达到法定退休年龄的人员不得新参加职工医保。

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

第三章 基金筹集

第七条 职工医保费用由用人单位和职工个人共同按月缴纳。职工个人以本人上年度月平均工资收入为缴费基数按规定费率缴纳，缴费基数设置上下限；用人单位以本单位全部职工个人缴费基数之和按规定费率缴纳。

建立职工医保单位缴费费率动态调整机制。

第八条 自愿参加职工医保的灵活就业人员暂设两个缴费档次，参保人员可根据实际情况选择其中一个档次参保缴费，缴费标准由市级医保行政部门每年根据国家、省规定，结合我市经济发展水平和基金运行情况确定并公布。随着经济发展，适时合并为一个缴费档次。

失业人员在领取失业保险金期间参加职工医保应当缴纳的医疗保险费从失业保险金中支付，个人不缴纳医疗保险费。费率按单位参保职工和单位缴费费率之和计算。

第九条 参保单位合并、兼并、转让、联营、租赁、承包时，继续经营者应当承担其职工的基本医疗保险责任。

参保单位依法出售、拍卖资产时，应优先从资产拍卖所得中补齐欠缴的职工医保费及利息、滞纳金。

第十条 国有、集体企业改制时，职工医保费缴纳按国家、省、市相关规定执行。

第十一条 参保人员达到法定退休年龄办理职工医保在职转退休手续时，职工医保累计缴费年限（含视同缴费年限）、

实际缴费年限、我市实际缴费年限达到规定年限的，不再缴纳职工医保费，退休后继续享受职工医保待遇。

参保人员办理职工医保在职转退休手续时缴费不足规定年限的，可于退休当月按当年灵活就业人员缴费标准对缴费年限进行趸缴清算，也可继续缴费至规定年限，缴费期间享受在职职工医保待遇。继续缴费达到规定年限后，自办理医保在职转退休手续次月起享受退休人员职工医保待遇。参保人员未达到法定退休年龄的，不办理趸缴清算。

参保人员依法依规缴纳的职工医保费不予退还。

第十二条 职工医保基金由用人单位、职工和灵活就业人员等缴纳的职工医保费、利息收入、滞纳金、转移收入及其他按规定纳入职工医保基金的收入组成。

第十三条 职工医保基金纳入社会保障基金财政专户实行统收统支管理，执行国家统一的社会保险基金财务制度，实行预决算管理。职工医保基金（含当期收入和累计结余）难以维持正常待遇保障支付需要时，由市级医保行政部门商财政部门提出解决方案，报市政府研究审定。

第四章 统筹基金和个人账户

第十四条 用人单位、职工和灵活就业人员缴纳的职工医保费，由医保经办机构按规定建立职工医保的统筹基金和个人账户。职工医保个人账户计账办法由市级医保行政部门根据国

家、省规定结合我市基金运行情况确定。

第十五条 个人账户资金归个人所有，按规定计息，包干使用，滚存积累，可以按规定继承。

第十六条 用人单位、职工和灵活就业人员缴纳的医保费扣除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、门诊特殊疾病等费用。

第五章 基本医疗保险待遇

第十七条 用人单位与职工建立劳动关系并在规定时间内参保缴费的，不设置待遇等待期，参保职工自缴费当月起按规定享受职工医保待遇。新参加职工医保的灵活就业人员设置6个月待遇等待期。中断缴费的可设置适当待遇等待期，中断缴费期间和待遇等待期内发生的医疗费统筹基金不予支付。

第十八条 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的甲类费用全部纳入统筹基金支付范围，乙类费用个人先自付一定比例后再纳入统筹基金支付范围。

第十九条 下列医疗费统筹基金不予支付：

1. 应当从工伤保险基金支付的；
2. 应当由第三人负担的；
3. 应当由公共卫生负担的；
4. 在境外就医的；

5. 体育健身、养生保健、美容、健康体检等费用；
6. 国家规定的统筹基金不予支付的其他费用。

第二十条 统筹基金支付参保人员住院医疗费设置起付线标准、报销比例和最高支付限额，起付线标准以上政策范围内住院医疗费由统筹基金按规定比例报销。起付线标准和报销比例设置向基层定点医疗机构适当倾斜。一个统筹年度（自然年度）内统筹基金支付参保人员住院医疗费累计不得超过年度最高支付限额。

第二十一条 灵活就业人员住院生育医疗费、参加生育保险女职工因生育或计划生育手术并发症、合并症而产生的符合规定住院医疗费，按我市职工医保政策规定支付，灵活就业人员因生育住院使用药品，不受“限生育保险”药品的限制规定。

第二十二条 参保人员所患疾病需要长期门诊维持治疗的，纳入门诊特殊疾病管理范畴，具体办法由市级医保行政部门另行制定。

第二十三条 突发重大公共卫生事件和重大疫情期间的医疗保障按照国家、省、市有关规定执行。

第六章 特殊人群的医疗保障

第二十四条 离休干部不参加职工医保，其在定点医疗机构发生的合规医疗费据实报销。

第二十五条 离休干部医疗费实行社会统筹、分级管理、

分级负责。市本级机关、企事业单位（不含分支机构）的离休干部医疗费纳入市级统筹。

第二十六条 市级财政负担费用的机关、事业单位和原市属破产改制国有企业的离休干部医疗费由市级财政纳入预算，其他市直单位离休干部的医疗费统筹金，由单位缴纳。

第二十七条 一级至六级退出现役的残疾军人的医疗保障按国家和省有关规定执行。

第二十八条 涉军医疗保障事宜按照《中华人民共和国军人保险法》及相关规定执行。

第七章 医疗保险关系转移接续

第二十九条 医保关系转出。

参加我市职工医保的人员申请医保关系转移到市外的，按国家、省统一规定只转移个人账户，不转移统筹基金。个人账户余额原则上转移到申请人新参保地医保经办机构基金账户。

第三十条 医保关系转入。

（一）其他统筹地区职工医保参保人员转入我市参加职工医保的，其在我市职工医保启动前符合国家和省里规定的连续工龄和工作年限可认定为我市职工医保视同缴费年限，在我市职工医保启动后的异地实际缴费年限可与我市实际缴费年限累计计算，如两地缴费时段有重复，按照待遇就高原则计算一地

的缴费年限。

原在我市参保的人员，其在原统筹县（区）和单位启动医保之前符合国家、省规定的连续工龄或工作年限计算为我市职工医保视同缴费年限。

已达到法定退休年龄人员不办理医保关系转入手续。

（二）经县级及以上组织人事部门批准，从市外调动到我市党政群机关、事业单位工作的人员和符合人才引进政策规定经组织人事部门批准到我市工作的高层次人才及其随迁配偶和子女，以及经组织批准调入或因企业兼并（重组）等情况转入或录用到我市大中型国有、集体企业工作的人员，其在原参保地职工医保启动前符合国家和省里规定的连续工龄可按我市视同缴费年限计算，达到法定退休年龄累计缴费年限和实际缴费年限满足规定条件的即可办理医保在职转退休手续。

第八章 生育保险待遇

第三十一条 用人单位为其职工按本办法规定参加生育保险，自参保缴费当月起享受生育保险待遇。职工在生育（含节育，下同）当月未参保缴费或中断缴费的，由用人单位按照我市规定的标准支付其生育保险待遇。

第三十二条 参保人员在定点医疗机构发生的符合计划生育政策规定的产前检查费、生育产生的医疗费，按定额标准支付。

第三十三条 女职工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限计算。

财政供养的机关事业单位参保女职工产假工资仍按原渠道解决。非财政供养的其他用人单位参保女职工符合计划生育政策规定的生育津贴按规定支付，但与产假工资不重复享受，生育津贴标准若低于本人工资的，由用人单位补足。

第三十四条 未参加生育保险和基本医疗保险的男职工配偶以及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，符合计划生育政策规定的生育医疗费和产前检查费按规定标准支付。

第九章 补充医疗保险

第三十五条 为化解参保人员基本医疗保险封顶线以上大额住院费用风险，由市级医保行政部门建立全市统一的职工大额医疗费用补助保险制度。所有参加职工医保的人员，可同步参加职工大额医疗费用补助保险，保险费由参保人员个人承担。建立了个人账户的参保人员，保险费原则上从个人账户按月支付；未建立个人账户的参保人员，个人在缴纳职工医保费的同时一并缴纳。选择退休后不建个人账户的灵活就业人员，在办理职工医保在职转退休手续时，应当按当年职工大额医疗费用补助的保险费标准一次性缴纳到上年度我国居民平均预期寿命年龄。

第三十六条 职工大额医疗费用补助待遇享受期与职工医保住院待遇享受期一致。

第三十七条 参保人员在职工大额医疗费用补助待遇享受期内，一个统筹年度内统筹基金支付住院医疗费累计超过基本医疗保险统筹基金最高支付限额后，个人负担的政策范围内费用由职工大额医疗费补助按规定报销，一个统筹年度内职工大额医疗费补助资金累计支付参保人员住院医疗费不得超过当年最高支付限额。

第三十八条 职工大额医疗费补助资金实行单独核算、专款专用。职工大额医疗费补助运营及具体业务经办，原则上通过政府招投标方式引入商业保险机构经办，也可由医保经办机构经办。由医保经办机构经办的，财政等相关部门给予开展工作的必要保障。

第三十九条 职工大额医疗费补助由商业保险机构经办的，保险费标准、费用报销原则由市级医保经办机构和承保的商业保险机构协商确定；由医保经办机构经办的，根据资金运行收支情况确定。

第四十条 按规定参加职工医保并足额缴纳医保费的企业，可根据实际情况为其职工和退休人员建立企业内部补充医疗保险。企业内部补充医疗保险所需费用在工资总额 4% 以内的部分，从福利费中列支，福利费不足列支的，可从成本中列支。

第十章 公务员医疗补助

第四十一条 国家公务员（含基本医疗保险制度建立前执行公费医疗制度的事业单位）在参加职工医保的基础上，实行公务员医疗补助，具体办法由市级医保行政部门商同级财政部门另行制定。

第十一章 医疗服务及费用结算管理

第四十二条 符合国家、省规定的管理条件并自愿申请定点的医药机构纳入定点协议管理，由医保经办机构按规定程序办理并签订《服务协议》，规范医疗服务行为。

第四十三条 参保人员持社会保障卡、医保电子凭证等在定点医药机构就医、购药，医疗费用实现联网结算。

第四十四条 参保人员在定点医药机构发生的符合职工医保基金支付范围的医疗费用，应由个人承担的部分，由参保人员与定点医药机构结算；应由职工医保基金及职工大额医疗补助、公务员医疗补助、医疗救助等资金支付的部分，由医保经办机构与定点医药机构直接结算。

第四十五条 参保人员因病情需要转市外住院，须经本市三级甲等综合医院或二级及以上专科医院提出转院建议并办理相关手续，住院医疗费按转院相关规定报销。

第四十六条 参保人员转院或因探亲、出差、休假等在市外住院的，住院医疗费报销时可适当提高起付线标准、降低报销比例。

第十二章 基金管理和监督

第四十七条 职工医保基金纳入市级财政专户统一管理，实行单独建账、分别核算、专款专用和“收支两条线”管理。实行年度预算管理，按基金预算管理原则和风险预控机制，编制年度基金预算。

第四十八条 持续推进医保支付方式改革，控制医疗费用不合理增长。科学选择支付方式，实行区域总额预算下，以按疾病诊断相关分组（DRG）付费为主的多元复合式医保支付方式改革，引导医疗机构主动控制成本，规范诊疗行为。

第四十九条 基金监督。

（一）内部监督检查。市、县（区）医保、财政、税务部门定期或不定期对职工医保基金收支预（决）算执行、基金运行等情况进行内部审计，对医保经办机构经办情况进行监督检查，确保基金安全。

（二）信息化监督管理。定点医药机构应将 HIS 系统、基卫系统、购销存管理信息系统等内部监控管理网络系统与医保信息系统全面对接，实时传输医保结算有关数据，提升智能审

核和智能监管水平。

（三）建立信用管理制度。构建以信用为基础的新型监管体制，建立定点医药机构信息报告制度，实行医药机构及其相关工作人员、参保人员以及参保单位医保信用记录、信用评价制度和记分管理制度。创新定点医药机构综合绩效考评机制，将信用评价结果、综合绩效考评结果与预算管理、检查稽核、定点协议管理等相关联。加强和规范医疗保障领域守信联合激励和失信联合惩戒对象名单管理工作，依法依规实施守信联合激励和失信联合惩戒。积极开展定点医药机构信用承诺和信用提醒约谈，形成事前提醒教育、事中监督与事后惩戒并重的信用管理格局。

（四）建立健全综合监管制度。加强部门协调配合，医保、卫生健康、市场监管等相关部门每年定期或不定期开展对定点医药机构的联合检查。

（五）建立案件线索违纪违法移送和行刑衔接制度。对涉嫌违纪违法、涉嫌犯罪的线索和问题，按规定移交纪检监察机关、司法机关依纪依法处理。

第十三章 组织实施

第五十条 有关部门按照下列规定做好职工医保工作：

（一）医保部门负责职工医保工作的组织实施、参保登记、

基金管理和业务经办。

（二）税务部门负责职工医保基金征收，完成市政府下达的目标任务，确保应收尽收。

（三）卫生健康部门负责对定点医疗机构医疗服务行为、质量的监督和管理。

（四）公安部门负责户籍信息提供、查询、比对，负责对涉嫌欺诈骗取医保基金犯罪案件的立案侦办。

（五）财政部门负责统筹安排基金监管相关工作专项经费；配合医保部门做好基金监督管理工作。

（六）审计部门负责（或组织第三方）开展对医保部门、定点医药机构的医保基金管理、使用进行审计监督。

（七）市场监管部门负责对定点医药机构药品、医疗器械的质量安全和价格、医疗服务价格等进行监督检查。

第十四章 附则

第五十一条 市级医保行政部门根据本办法制定《实施细则》及相关配套政策。

第五十二条 本办法自 2022 年 2 月 1 日起施行，有效期 5 年。《攀枝花市人民政府关于印发〈攀枝花市城镇职工基本医疗保险暂行办法〉的通知》（攀府发〔2001〕32 号）同时废止。