

雅安市医疗保障局文件

雅医保办〔2022〕10号

雅安市医疗保障局 关于印发《雅安市职工医疗保险实施细则》 的通知

各县（区）医疗保障局，各有关单位：

《雅安市职工医疗保险实施细则》已经中共雅安市医疗保障局党组 2022 年第 6 次会议审议通过，现印发给你们，请认真遵照执行。



雅安市职工医疗保险实施细则

第一章 总则

第一条 根据《雅安市职工医疗保险办法》(雅府发〔2021〕12号)(以下简称《办法》)规定,制定本实施细则。

第二条 职工基本医疗保险实行属地管理原则,下列单位和人员应当按《办法》规定参加职工医疗保险:

中央和省驻雅单位及其职工、市直属用人单位及其职工、外商投资企业及其职工,应在市本级医疗保障经办机构办理参保手续。

驻各县(区)的用人单位及其职工,应在属地县(区)医疗保障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基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活形式就业人员(以下简称“灵活就业人员”),应在其属地医疗保障经办机构办理参保手续。

第三条 在我市辖区内就业的外籍人员、港澳台人员纳入职工基本医疗保险参保范围,由其单位在属地医疗保障经办机构为其办理参保手续。

第二章 参保缴费

第四条 新成立的用人单位应在取得营业执照或获准成立30日内,持统一社会信用代码证书或单位批准成立的文

件等到所属地医疗保障经办机构办理单位和职工参保登记。

第五条 用人单位的医疗保险登记事项发生变更或者用人单位依法终止的，应当自变更或者终止之日起三十日内，到参保地医疗保障经办机构办理变更或注销基本医疗保险登记。

第六条 用人单位应在每年 1 月向参保地医疗保障经办机构申报职工花名册及缴费工资，由医疗保障经办机构审核确认职工基本医疗保险缴费基数。

公务员医疗补助缴费基数和职工基本医疗保险缴费基数相同。

第七条 各级医疗保障经办机构依据《中华人民共和国社会保险法》、《社会保险稽核办法》负责基本医疗保险稽核工作、履行稽核职责。

第八条 参保单位在缴费期内有人员增减变动的，应在当月 20 日前向参保地医疗保障经办机构申报。未按规定申报造成的缴费差额及其后果由参保单位自行承担。

第九条 以灵活就业人员身份新参保的人员，当年缴费金额按参保之月至当年12月的实际月份计算；续保人员下一年度的医保费应在当年7月1日至12月20日缴纳。

第十条 职工基本医疗保险最低缴费年限按以下规定执行。

2020 年 8 月 31 日以前的参保人员最低缴费年限按我市

原规定执行。

2020年9月1日以后首次在我市参加职工基本医疗保险的人员，最低累计缴费年限满15年且在我市实际缴费年限满10年的，达到法定退休年龄后，不再缴费。

第十一条 个人跨统筹地区就业，职工基本医疗保险关系转入我市的，其转出地医疗保障经办机构认定的实际缴费年限可累计计算。

医疗保险市级统筹之前，市本级和各县（区）按当地政策已经认定的累计缴费年限继续执行。

第十二条 参保人员在办理医保退休手续时，缴纳职工基本医疗保险未达到规定年限的，可一次性缴纳不足部分。补费办法如下：

单位参保退休一次性缴费的计算公式为：当年申请一次性缴费的按本人在职最后一月缴费基数 $\times 7.6\%$ （党政机关和其他由财政负担工资的单位）或 8% （企业和其他用人单位） $\times$ 应补缴费月数；未在当年申请一次性缴费的按本人最近一月缴费基数 $\times 7.6\%$ （党政机关和其他由财政负担工资的单位）或 8% （企业和其他用人单位） $\times$ 应补缴费月数，最近一月缴费基数低于本人在职最后一月缴费基数的，按本人在职最后一月缴费基数 $\times 7.6\%$ （党政机关和其他由财政负担工资的单位）或 8% （企业和其他用人单位） $\times$ 应补缴费月数。

灵活就业人员法定退休年龄一次性缴费的计算公式为：

办理医保退休当月灵活就业人员的缴费基数 $\times 8\%$ $\times$ 应补缴费月数。

第三章 参保待遇

第十三条 职工基本医疗保险参保待遇是指参保人员住院、特殊疾病门诊、生育或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时，最低累计缴费年限和最低实际缴费年限达到我市规定的，应在达到法定退休年龄当月办理医保退休手续，次月起享受退休人员医保待遇。

参保人达到法定退休年龄时，未达到规定缴费年限的，可一次性补足所差月份的基本医疗保险费，并自次月起享受退休人员的基本医疗保险待遇；无力一次性补足所差月份基本医疗保险费的，可按年继续缴费，继续缴费期间享受在职职工的基本医疗保险待遇，继续缴费达到规定年限后，自办理医保退休手续次月起享受退休人员的医保待遇。

第十五条 参保人员达到法定退休年龄且累计缴费（含视同缴费）达到规定年限，但未及时办理医保退休手续的，可予补办医保退休手续并补划个人账户、补报相应医疗保险待遇；达到法定退休年龄未缴足规定最低年限，且在达到退休年龄之日起3个月内补足所差月份基本医疗保险费和办理退休手续的，补划个人账户、补报相应医疗保险待遇，达到

法定退休年龄未缴足规定最低年限且未在3个月内补费的，属中断缴费，缴费后重新计算待遇等待期。

造成补充医保中断的，不补报补充医保待遇，并重新计算待遇等待期。

第十六条 参保人员未达到法定退休年龄的，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基本医疗保险待遇。在达到法定退休年龄时已中断缴费但累计缴费达到规定年限的，待待遇等待期满后享受职工基本医疗保险待遇，符合医疗保险转移接续的，待遇享受期按转移接续办法认定。

第十七条 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，在达到法定退休年龄之日起6个月内以其缴费之月的灵活就业人员缴费基数，由个人一次性缴纳15年职工基本医疗保险费，在缴费后满12个月享受职工基本医疗保险待遇，符合医疗保险跨险种转移的，待遇享受期按转移接续办法认定。

第十八条 参保人员被判处拘役、有期徒刑或无期徒刑的，在服刑期间不再享受基本医疗保险待遇，不缴纳医疗保险费，不累计计算缴费年限；服刑期满释放或被判处管制、宣告缓刑、假释和暂予监外执行（依法实行社区矫正）的人员，凭相关材料到医保经办机构办理续保手续，按规定享受基本医疗保险待遇，并可接续服刑前的医疗保险缴费年限。

服刑前已缴清最低年限并办理医保退休的参保人员，刑满释放后按规定享受基本医疗保险待遇，不设待遇等待期；服刑前已达到法定退休年龄并已缴清最低年限但未及时办理医保退休的参保人员，刑满释放后可补办医保退休手续。

第十九条 灵活就业人员缴费期间发生以下情况的，医疗保障经办机构核实后可退还其缴纳的基本医疗保险费：

个人已经以灵活就业人员身份缴费后又经审批由失业保险代缴或进入用人单位就业的重叠缴费部分；达法定退休年龄时确认当年多缴费的，退还退休当年多缴时段基本医疗保险费；续保缴费的，在缴纳下一年度基本医疗保险费后未进入下一年度即已死亡的，退还其缴纳的下一年度基本医疗保险费。

在本地以灵活就业人员身份参保，异地在单位参保或以灵活就业人员身份参保的，可退还其本地重复参保部分基本医疗保险费用（需扣除已划入个人账户费用），如已在本地享受医保待遇（统筹基金报销），自待遇享受当年及之前年度不予退费。

第二十条 参保人员死亡后，个人账户余额可以继承，由医疗保障经办机构退还其个人账户余额。无法定继承人的个人账户基金退回医保基金。

第二十一条 从市外转入本市的参保人员，按规定办理职工基本医疗保险关系转移接续手续的，其原参保地所缴年

限可合并计算（不计算重复缴费年限），缴费当月开始划入个人账户，其职工基本医疗保险支付待遇按转移接续的规定执行。

第二十二条 用人单位未按时足额缴纳基本医疗保险费的，依法暂停职工基本医疗保险待遇。

用人单位欠费3个月以内按规定足额补缴的，可补划个人账户和补报基本医疗保险支付待遇；用人单位欠费3个月以上的，停止享受医疗保险待遇，职工在此期间发生的医疗费用，由所在单位按《办法》规定标准支付，单位补缴欠费后补划个人账户、支付新发生的医疗费用。

未在招（录）用后的30日内办理参保手续的，在补缴费用的次月享受职工基本医疗保险待遇，职工在此期间发生的医疗费用不追溯享受。

第二十三条 灵活就业人员欠缴费当月，暂停职工基本医疗保险待遇。欠缴费3个月内按规定进行足额补缴的，可补划个人账户和补报医疗保险支付待遇。欠缴费3个月以上的不可再补缴，视同中断缴费，自欠费之日起不享受医疗保险待遇。参保人已连续2年（含2年）以上参加基本医疗保险的，在新缴费期满6个月后享受职工基本医疗保险待遇。

第二十四条 在一个自然年度内，参保人员符合基本医疗保险支付范围的医疗费用累计支付不得超过当年基本医疗保险最高支付限额。

第二十五条 参保人员凭医保电子凭证或社会保障卡在定点医疗机构办理入院手续。定点医疗机构应认真核对参保人员身份信息，杜绝冒名住院和挂名住院。出院时，参保人员应结清个人负担部分的费用。

第二十六条 参保人员一次住院是指办理了入院、出院手续且有基本医疗保险基金支付记录的过程。参保人员住院以出院日期计算起付标准、支付比例、住院次数、基金最高支付限额。如遇重大政策调整或定点医疗机构级别调整的，应在执行之日前进行费用结算，支付比例分段进行，起付标准进行补差。

第二十七条 参保人员出院带药实行限量管理，急性病最长为5日，慢性病最长为14日。凡超量带药、与病情不符合的带药、出院带检查或治疗等产生相关费用的，统筹基金均不予支付。

第二十八条 参保人员住院床位费，按《雅安市医疗服务价格》二级病房三人间标准纳入支付基数，结核病医院、传染病医院、精神病医院及各级综合医院的结核病床、传染病床、骨牵引床、烧伤翻身床按二级病房三人间标准上浮30%标准纳入支付基数，儿科、妇产科病床、肿瘤病床按二级病房三人间标准上浮10%标准纳入支付基数。监护病房按《雅安市医疗服务价格》规定标准纳入支付基数，层流病房按照监护病房支付标准

执行，且不再支付住监护病房、层流病房期间的普通病房费用。参保人员实际住院床位费未达到支付标准的，按实际发生费用纳入支付基数。异地住院人员按照此支付标准执行。

第二十九条 参保人员因病情需要输血治疗的，纳入甲类费用按规定支付。

第三十条 已定级定点民营医疗机构，其设定的医疗服务项目收费标准高于我市同级公立医疗机构收费标准的，按我市同级公立医疗机构医疗服务项目收费标准纳入支付基数，低于我市同级公立医疗机构收费标准的，按实际收费纳入支付基数。

第三十一条 未定级定点民营医疗机构医疗服务项目收费标准高于我市二级乙等公立医疗机构收费标准的，按我市二级乙等公立医疗机构医疗服务项目收费标准纳入支付基数；低于我市二级乙等公立医疗机构收费标准的，按实际收费纳入支付基数。

我市未确定医疗服务项目收费标准的，按照就医地同级公立定点医疗机构医疗服务项目收费标准纳入支付基数。

第三十二条 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。

在核准常驻地以外的省内、核准常驻地在四川省内回雅安市内及因其他原因在四川省内异地定点医疗机构住院治疗的，按雅安市外省内支付标准予以支付；在核准常驻地以外的省外、核准常驻地在四川省外回雅安市内及因其他原因在四川省外异地定点医疗机构住院治疗的，按雅安市省外支付标准予以支付。

第三十三条 异地就医人员因恶性肿瘤、精神病或慢性肾功能不全需透析治疗，在经核准常驻地住院治疗的，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定点医疗机构起付标准执行。

第四章 经办与结算

第三十四条 参保人员因门诊抢救无效死亡发生的门诊医疗费用视同一次住院医疗费用并按死亡时所在医疗机构级别进行支付，由代办人持下列资料到参保地医疗保障经办机构办理：医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；医院收费票据，包括纸质发票或电子发票；门急诊费用清单；处方底方；参保人银行账户信息；代办人有效身份证件。

第三十五条 参保人员在统筹区外定点医疗机构住院未即时结算时，持下列资料到参保地医疗保障经办机构办理：医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；医院收费票据，包括纸质发票或电子发票；住院费用清单；出院记录；参保人银行账户信息；其它材料：因报销情况需要，医疗保障经

办机构在向参保人员说明情况后，可要求参保人员提供住院病历全套复印件（须加盖定点医疗机构鲜章）等其他资料；若参保人员还符合其他支付规定的还需按规定提供所需资料。

第三十六条 参保人员应在定点医疗机构住院治疗，因急诊（须急症）、抢救，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诊治，不符合规定发生的住院医疗费不予支付。

急诊（须急症）、抢救与住院治疗不间断的，急诊（须急症）、抢救期间发生的医疗费用与定点医疗机构住院医疗费用一并结算，参保人员需提供以下资料：医院收费票据，包括纸质发票或电子发票；门急诊费用清单；处方底方；急诊诊断证明。

第三十七条 参保人员在定点医疗机构住院或特殊疾病门诊就医时，因定点医疗机构条件限制或病情需要，需到其他定点医疗机构购药、检查、治疗的，须由就诊定点医疗机构科室填写《外诊外检外购申报单》并经医疗机构医保管理部门审批，所发生的外诊外检外购医疗费用列入当次住院或特殊疾病门诊医疗费用按规定一并结算，参保人员需提供以下资料：医院收费票据，包括纸质发票或电子发票；门急诊费用清单；处方底方。外诊外检所产生的相应费用超过申请

医疗机构收费标准的不予支付，符合收费标准费用按规定进行报销。

第三十八条 参保人员发生意外伤害产生住院治疗需结算时，应提供住院病历；交通事故认定书或法院判决书或调解协议书等公检法部门出具的相关材料复印件一份。

参保人在市外省内发生意外伤害住院治疗需即时结算时，应由本人或其家属（含相关人员）如实填写《四川省省内异地就医外伤入院登记表》，并在入院3日内将该登记表，连同病历首页、相关检查报告等资料传至参保地医保经办机构，陈旧伤情可提供本伤情任意一次就医的结算单或首次办理异地外伤入院备案时的资料复印件，参保地经办机构按照医疗机构诊断及病人自述、承诺，对属于支付范围的外伤按相关规定进行登记备案并支付。

第三十九条 参保人员因第三人责任造成伤病，应提供公检法部门出具的相关材料，超过第三人责任部分的医疗费用，经项目付费计算后，按参保人员本人负担比例由基本医疗保险基金按规定支付。

第四十条 符合享受生育保险待遇的参保人员生育保险待遇结算流程：

（一）生育医疗费

参保人员在统筹区内定点医疗机构产生的生育医疗费按定额支付标准在定点医疗机构直接结算，不能直接结算的

或在统筹区外异地定点医疗机构生育的，应由个人先行垫付，由用人单位持下列资料到参保地医疗保障经办机构按规定办理：医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；医院收费票据，包括纸质发票或电子发票；费用清单；病历资料（出院证明或门诊病历资料）；结婚证原件及复印件，参保人员无法提供的，需提供个人承诺书。

（二）计划生育医疗费

参保人员在定点医疗机构产生的计划生育医疗费应由个人先行垫付，由用人单位持下列资料到参保地医疗保障经办机构按规定办理：医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；医院收费票据，包括纸质发票或电子发票；费用清单；病历资料（出院证明或门诊病历资料）；结婚证原件及复印件，参保人员无法提供的，需提供个人承诺书。

（三）生育津贴支付需提供医保电子凭证或有效身份证件或社保卡，财政供养单位的非财政供养人员申领时单位经办人员提供承诺书。生育津贴由医疗保障经办机构支付给用人单位。对财政供养人员，不支付生育津贴。对非财政供养的企事业等单位人员，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的工资不重复享受的原则执行。生育津贴不足以支付女职工产假期间应享受的工资及福利待遇的，其差额部分由用人单位补足。

（四）生育并发症

如生育时有严重并发症或其他严重疾病（指重症妊高症，子痫或并发DIC，妊娠合并肾功衰，妊娠合并Ⅲ级心功以上心脏病，羊水栓塞，中央型前置胎盘，失血性休克等），并针对严重并发症或严重疾病进行治疗，其产生医疗费用按普通住院结算。

（五）以上待遇合并支付时需一次性提供资料，男职工申请时需提供未就业配偶无固定收入证明的书面承诺书。

第四十一条 生育医疗费用和计划生育医疗费用未达到定额支付标准的按实际金额支付；生育医疗费用、计划生育医疗费用和生育津贴不计入基本医疗保险最高支付限额。

第四十二条 单位参保人员由单位持报销规定所需资料到参保地医疗保障经办机构办理报销；无单位管理人员由个人持报销规定所需资料到参保地医疗保障经办机构办理报销；委托他人办理的，还需提交受委托人有效身份证件。

第四十三条 《办法》所称的退职人员是指按《国务院关于安置老弱病残干部的暂行办法》和《国务院关于工人退休、退职的暂行办法》的规定办理退职手续的人员。

第五章 附则

第四十四条 本实施细则由雅安市医疗保障局负责解释。

第四十五条 本实施细则自印发之日起施行，有效期至2027年2月1日，原《雅安市职工医疗保险实施细则》（雅医保发〔2020〕19号）同时废止。