

眉山市人民政府办公室文件

眉府办规〔2023〕2号

眉山市人民政府办公室 关于印发眉山市职工医疗保险与生育保险 管理办法的通知

天府新区眉山管委会，各县（区）人民政府，市级各部门（单位）：

《眉山市职工医疗保险与生育保险管理办法》已经市政府同意，现印发给你们，请严格遵照执行。

眉山市人民政府办公室
2023年3月7日

眉山市职工医疗保险与生育保险管理办法

第一章 总则

第一条 为进一步健全职工医疗保障制度，切实减轻职工医疗费用负担，根据《中华人民共和国社会保险法》《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《国家医疗保障局 财政部关于建立医保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）等精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 职工医疗保险与生育保险遵循以下原则：

（一）保障基本，公平享有。坚持从市情出发，尽力而为，量力而行，科学确定筹资水平，均衡各方缴费责任，实事求是确定保障范围和标准。

（二）合并实施，统一管理。职工基本医疗保险与生育保险两个险种合并实施，统一管理，实现参保同步登记，基金合并运行。

（三）险种衔接，多元保障。职工医疗保险与生育保险和各类医疗保障制度相互衔接，实现多元保障，切实提高重特大疾病和多元医疗需求保障水平。

第三条 职工医疗保险与生育保险实行市级统筹。全市实行统一保险政策、统一基金管理、统一经办规程和统一信息管理系统。

第四条 市医疗保障局主管全市职工医疗保险与生育保险工作，负责本办法的组织实施。县（区）医疗保障行政部门负责辖区内职工医疗保险与生育保险的管理工作。

市医疗保障事务中心负责全市职工医疗保险与生育保险业务指导、培训、评估、稽核，负责市本级职工医疗保险与生育保险的业务经办工作。县（区）医疗保障经办机构负责辖区内职工医疗保险与生育保险的业务经办工作。

市、县（区）税务部门会同同级医疗保障经办机构负责统筹开展职工医疗保险与生育保险费征管工作。

市、县（区）财政、人力资源社会保障、卫生健康、审计、市场监管等有关部门（单位），按照各自职责协同实施好本办法。

第二章 参保范围

第五条 本市行政区域内的所有用人单位，包括机关、事业单位、企业、社会团体、民办非企业单位等，应当依法为职工参加职工基本医疗保险与生育保险。

第六条 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与生育保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人

员（以下简称灵活就业人员）可以参加职工基本医疗保险。

第七条 失业人员在领取失业保险金期间，应当参加职工基本医疗保险。

第八条 除按照规定享有其他保障的人员外，未参加职工基本医疗保险的人员应当参加城乡居民基本医疗保险。参保人员不得跨统筹地区或跨制度重复参加职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险，不得重复享受医疗保险待遇。

第三章 参保登记

第九条 用人单位应当自成立之日起 30 日内向当地医疗保障经办机构申请办理职工基本医疗保险与生育保险单位参保登记，并自用工之日起 30 日内为其职工申请办理职工基本医疗保险与生育保险参保登记。

第十条 用人单位名称、地址、单位类型、法定代表人或负责人、开户银行账号等医保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 30 日内，到当地医疗保障经办机构办理参保信息变更或者注销登记手续。

第十一条 灵活就业人员向医疗保障经办机构申请办理职工基本医疗保险参保和变更登记手续。领取失业保险金人员由失业保险经办机构统一办理职工基本医疗保险参保登记和变更登记手续。

第四章 基金征缴

第十二条 职工基本医疗保险费由用人单位和职工按照规定共同缴纳；生育保险费由用人单位缴纳，职工个人不缴纳生育保险费。

（一）缴费基数。用人单位缴费基数为上年度职工月平均工资总额（包括工资、奖金、津贴、补贴和其他工资性收入等），职工个人缴费基数为本人上年度月平均工资总额。新成立的用人单位职工、新参加工作或调入的职工，以当月工资收入为缴费基数。

以全省上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 60% 作为我市职工基本医疗保险与生育保险的最低缴费基数。无法核定缴费基数、个人缴费基数低于最低缴费基数的参保人员缴费基数按最低缴费基数计算。

（二）缴费比例。财政供养单位的单位缴费比例为 6.3%（含生育保险 0.3%），非财政供养单位的单位缴费比例为 6.8%（含生育保险 0.8%）。职工个人缴费比例为 2%。

第十三条 用人单位应当自行申报、按月足额缴纳职工基本医疗保险与生育保险费，非因不可抗力等法定事由不得缓缴、减免。职工个人应当缴纳的基本医疗保险费由用人单位代扣代缴，用人单位应当将缴费明细情况告知本人。

第十四条 灵活就业人员参加职工基本医疗保险，由个人按

规定缴纳基本医疗保险费，缴费基数为最低缴费基数，缴费比例为 8%（不含生育保险）。

第十五条 领取失业保险金人员应当缴纳的职工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，缴费基数为最低缴费基数，缴费比例为 8%（不含生育保险）。

第十六条 单建统筹方式参保人员缴费基数为最低缴费基数，缴费比例为 4%（不含生育保险）。在职职工经本人申请可补缴转为统账结合方式参保人员。补缴后按规定建立个人账户，不再追溯补缴之前的医疗保险待遇。

第十七条 退休人员不再缴纳职工基本医疗与生育保险费，按规定享受基本医疗保险待遇。

第五章 待遇享受期和缴费年限

第十八条 单位新参保职工自缴费次月起享受职工基本医疗保险待遇。用人单位及其职工未按时足额缴费的，从欠缴次月起暂停该单位参保人员（不含退休人员）职工基本医疗保险与生育保险待遇。中断缴费 3 个月（含）以内按规定足额补缴的，中断期间的待遇追溯享受；中断缴费 3 个月以上 6 个月（含）以内按规定足额补缴的，补划个人账户，中断期间的待遇不追溯享受，从实际补缴之日起恢复待遇；中断缴费 6 个月以上的，除按规定足额补缴外并按日加收万分之五的滞纳金，补划个人账户，中断

期间的待遇不追溯享受，自补缴次月起享受待遇。

第十九条 灵活就业人员参加职工基本医疗保险应按年度一次性缴纳职工基本医疗保险费，中途就业随单位参加职工基本医疗保险的，可依申请退回其就业后当年剩余月份以灵活就业人员身份缴纳的职工基本医疗保险费。

第二十条 首次参加职工基本医疗保险的灵活就业人员，自办理参保缴费之月起连续缴费满3个月后按规定享受职工基本医疗保险待遇。灵活就业人员未按时足额缴费的，从欠缴之月起暂停享受职工基本医疗保险待遇。中断缴费3个月（含）以内且按规定足额补缴的，中断期间的待遇追溯享受；中断缴费3个月以上6个月（含）以内且按规定足额补缴的，补划个人账户，中断期间的待遇不追溯享受，从补缴之日起恢复待遇；中断缴费6个月（含）以内不愿办理补缴的，继续参保缴费从缴费次月起享受职工基本医疗保险待遇；中断缴费6个月以上的，不再办理补缴，继续参保缴费的，自缴费之月起连续缴满3个月后按规定享受职工基本医疗保险待遇。

第二十一条 缴费年限。

（一）2006年12月31日及以前在我市的参保人员，最低缴费年限按原统筹地区规定执行。

（二）2006年12月31日以后的参保人员，达到法定退休年龄时，累计缴费年限满20年且在我省缴费年限满10年，到参保地医疗保障经办机构办理医保待遇清算后，不再缴费，按规定

享受职工基本医疗保险待遇。达到法定退休年龄但未缴满上述年限的，可以选择按办理清算时的缴费基数一次性补足所差年限的职工基本医疗保险费，从补足之日起享受退休人员基本医疗保险待遇；未一次性补足的，可继续按参保征缴规定缴纳职工基本医疗保险费，享受在职职工基本医疗保险待遇。

（三）跨统筹区重复参加职工基本医疗保险的缴费年限不重复计算。

第二十二条 参保人员因就业等个人状态变化，跨参保地转移参保关系的，按《国家医疗保障局办公室 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。退休人员不再办理职工基本医疗保险关系转移接续。

第六章 基金支付范围

第二十三条 职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户构成，统筹基金和个人账户分别核算，不得相互挤占。统筹基金用于支付参保人员就医发生的合规医疗费用。个人账户的使用范围和管理按照眉山市职工基本医疗保险门诊共济保障相关规定执行。

第二十四条 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，按照规定从职工基本

医疗保险基金中支付。目录内药品、诊疗项目和医疗服务设施，甲类项目全额纳入医疗保障报销范围，乙类项目个人先行自付10%后纳入医疗保障报销范围。医用耗材支付标准按市医疗保障局相关规定执行。

第二十五条 下列医疗费用不纳入职工基本医疗保险基金支付范围：

- （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、养生保健消费、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。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由医疗保险基金先行支付。医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第七章 职工基本医疗保险待遇

第二十六条 职工普通门诊费用统筹保障、门诊特殊疾病（又称门诊慢特病）待遇保障、“两病”门诊用药保障按眉山市职工基本医疗保险门诊共济保障相关规定执行。Ⅰ类门诊特殊疾病实行年度限额报销，Ⅱ类门诊特殊疾病的门诊相关诊疗费用，视

同住院医疗费用，按规定予以报销。

第二十七条 参保人员住院医疗费用待遇保障。

（一）起付标准。定点乡镇卫生院和社区卫生服务中心为 150 元，一级定点医疗机构为 360 元，二级定点医疗机构为 460 元，三级定点医疗机构为 660 元。一个自然年度内两次及两次以上住院的，起付标准减少 100 元，起付标准不累计递减。纳入我市Ⅱ类门诊特殊疾病管理的参保人员，一个自然年度内只付一次起付标准。转诊转院只付一次最高起付标准，转入上级定点医疗机构，起付标准执行两级医疗机构起付标准之差，转入下级定点医疗机构，不再重新设置起付标准。退休人员在上述起付标准基础上减少 100 元，但最低不低于 50 元，年满 90 周岁及以上的参保人员住院不计起付标准。

（二）报销比例。以二级定点医疗机构报销标准为基准：在职职工按“75%+年龄×0.3%”计算，退休人员按“78%+年龄×0.3%”计算。一级及以下定点医疗机构、乡镇卫生院、社区卫生服务中心报销比例上浮 5 个百分点，三级定点医疗机构报销比例下调 5 个百分点，纳入我市Ⅱ类门诊特殊疾病管理的参保人员报销比例上浮 5 个百分点。

（三）最高支付限额。基金支付各类门诊共济保障和住院的医疗费用统一计入年度最高支付限额，一个自然年度内职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额不低于全市上上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的 6 倍，于上一年 12 月由市医疗保障

局公布。

第二十八条 异地就医实行登记备案管理。异地长期居住或者临时外出就医的参保人员办理异地就医备案后可以享受异地就医直接结算服务，报销比例与本地住院就医支付比例相同。非急诊且未转诊的其他未备案临时外出就医人员，报销比例在本地住院就医支付比例基础上下调 10 个百分点。

异地长期居住人员包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保地以外工作、居住、生活的人员；临时外出就医人员包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他临时外出就医人员。

第八章 生育保险待遇

第二十九条 用人单位为其职工按规定参加生育保险并在我市连续缴费满 6 个月及以上的，按规定享受生育保险待遇。生育时未连续缴费满 6 个月的，待其在我市连续缴费满 6 个月后追溯享受生育保险待遇。

第三十条 生育保险待遇。

（一）生育医疗费（含产前检查费）。

生育医疗费实行限额报销。女职工生育医疗费限额报销标准为：剖宫产 5500 元、顺产 3500 元、多胞胎每多生育一个婴儿增加 500 元。妊娠不满 4 个月流产 500 元，妊娠满 4 个月（含）不

满 7 个月生育或流产 2000 元。参加了生育保险的男职工，其配偶属未参加生育保险的城乡居民，符合相关规定生育的，生育医疗费按女职工限额标准的 50% 给予一次性补贴。

女方通过城乡居民基本医疗保险已报销生育医疗费用的，不再从生育保险报销。参加了职工基本医疗保险的灵活就业人员、领取失业保险金人员，生育医疗费按照职工基本医疗保险相关政策报销。

（二）生育津贴。

生育津贴计算基数：以女职工生育或终止妊娠时所在用人单位上年度职工月平均工资乘以 12 个月再除以 365 天后，作为生育津贴计算基数。因单位新成立等原因无法确定上年度职工月平均工资的，按上年度全市职工基本医疗保险与生育保险最低缴费基数计算。

生育津贴由医疗保险经办机构支付给非财政供养单位，单位应当用于女职工在生育、产假期间应享受的工资等待遇，生育津贴与产假期间的工资不重复享受。生育津贴计发标准为：

1. 生育或妊娠满 7 个月（含）以上流产的以 98 天计算。
2. 剖宫产增加 15 天，多胞胎每多生育一个婴儿增加 15 天。
3. 妊娠满 4 个月（含）不满 7 个月生育或流产的以 42 天计算。
4. 妊娠未满 4 个月流产的以 15 天计算。

（三）计划生育定额补贴。

1. 放置（取出）宫内节育器的，补贴标准为 300 元。

2.皮下埋置术的，补贴标准为 400 元。

3.采取了节育措施而意外受孕实施流产术、引产术、药物流产术补贴标准为 350 元。（药物流产不全施行清宫的，增加 100 元）

4.绝育手术，补贴标准为女职工 1000 元，男职工 700 元。

5.实行计划生育绝育手术后，因特殊原因需实施复通手术的，输精管吻合术补贴标准为 2500 元，输卵管吻合术补贴标准为 3000 元。对参加了生育保险的男职工，其配偶属于未参加生育保险的城乡居民，符合相关规定施行计划生育手术的，计划生育补贴按女职工标准执行。

第三十一条 退休人员、灵活就业人员、领取失业保险金人员不享受本办法规定的相关生育保险待遇。男职工、财政供养单位人员不享受生育津贴待遇。异位妊娠，生育及计划生育手术相关并发症的医疗费用，按照职工基本医疗保险相关政策报销。

第九章 职工大额医疗费用补助

第三十二条 将原职工补充医疗保险更名为职工大额医疗费用补助。

第三十三条 职工大额医疗费用补助对参保职工发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障。参加了我市职工基本医疗保险的单位参保人员和灵活就业人员，可选择参加职工大额医

疗费用补助。

第三十四条 职工大额医疗费用补助的筹资标准由市医疗保障局会同财政部门根据基金运行情况、医疗消费水平等情况，结合保障范围和保障水平综合确定并向社会公布。职工大额医疗费用补助参保、待遇、经办管理等由市医疗保障局会同财政、税务部门另行制定并组织实施。

第十章 基金监督和管理

第三十五条 全市职工医疗保险与生育保险基金实行统收统支管理，实行“市级统筹、分账核算；属地管理、分级负责”的管理原则。

第三十六条 职工医疗保险与生育保险基金严格执行社会保险基金财务制度，不单列生育保险基金收入，在职工基本医疗保险统筹基金待遇支出中设置生育待遇支出项目。建立健全基金风险预警机制，坚持基金运行情况公开，加强内部控制，强化基金行政监督和社会监督，确保基金安全运行。

第三十七条 医疗保障行政部门要加强对纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用的监督，规范医疗保障经办业务，依法查处违法使用医疗保障基金的行为。定期向社会公布医疗保障基金使用监督检查结果，加大对医疗保障基金使用违法案件的曝光力度，接受社会监督。

第十一章 附则

第三十八条 根据国省有关政策以及我市职工医疗保险基金运行情况，市医疗保障局会同有关部门可对职工医疗保险与生育保险筹资及待遇支付等政策进行动态调整。

第三十九条 根据我市经济发展水平和财政负担能力依法建立的公务员医疗补助和职工互助医疗保险，按照市医疗保障局会同财政、税务部门制定的相关规定实施。

第四十条 职工基本医疗保险、职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助（职工互助医疗保险）三项报销金额之和，不得超过当次医疗总费用。

第四十一条 本办法规定的退休人员是指办理了医保待遇清算的人员，在职职工是指未办理医保待遇清算的人员。

第四十二条 本办法自 2023 年 3 月 7 日起施行，有效期至 2027 年 12 月 31 日。国省另有规定的，从其规定。《眉山市人民政府办公室关于印发〈眉山市职工医疗保险与生育保险管理办法〉的通知》（眉府办发〔2020〕3 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，
市中级人民法院，市人民检察院，眉山军分区。

眉山市人民政府办公室

2023年3月7日印发
