

འདབ་པ་ཚྲོང་ཁྲུན་བཅོས་འགན་སྲུང་ཚུལ་གྱི་ཡིག་ཆ།

稻城县医疗保障局文件

稻医保（2021）74号

稻城县医疗保障局 关于组织学习甘孜州城镇职工基本保险实 施办法等文件的通知

各参保单位：

按照国家和四川省医疗保障局统一安排部署，我州医保核心业务系统于2021年11月7日晚统一切换至国家医疗保障信息化平台，随着新系统上线我州城镇职工医疗保险政策也有了调整。为保障在职、退休干部职工的切身利益，我局将《甘孜州城镇职工基本保险实施办法》、《甘孜州公务员医疗补助实施办法》两个文件转发给你们，请各参保单位及时组织在职干部职工学习，并将文件精神传达到每一位退休干

部、职工中。

附件：

1. 《甘孜州城镇职工基本保险实施办法》(甘府发〔2021〕14号)；
2. 《甘孜州公务员医疗补助实施办法》(甘办发〔2021〕44号)；
3. 重要注意事项的说明。



དཀར་མཛེས་བོད་རིགས་རང་སྐྱོང་ཁུལ་མི་དམངས་སྲིད་གཞུང་གི་ཡིག་ཆ།

甘孜藏族自治州人民政府文件

甘府发〔2021〕14号

甘孜藏族自治州人民政府 关于印发《甘孜州城镇职工基本医疗保险实施办法》的通知

各县（市）人民政府，州级各部门，省属行政企事业单位，州属企事业单位：

《甘孜州城镇职工基本医疗保险实施办法》已经十二届州人民政府第71次常务会议审议通过，现印发你们，请认真组织实施。

Stamp
甘孜藏族自治州人民政府

2021年10月29日

甘孜州城镇职工基本医疗保险实施办法

第一章 总则

第一条 为进一步完善城镇职工基本医疗保险(以下简称“职工医保”)制度,规范基本医疗保险管理,保障职工基本医疗需求,根据《中华人民共和国社会保险法》及国家、省其他有关规定,结合实际,制定本办法。

第二条 职工医保遵循以下原则:

- (一) 基本医疗保险水平与经济社会发展水平相适应;
- (二) 坚持广覆盖、保基本、多层次、可持续的原则;
- (三) 基本医疗保险费由用人单位和参保人员共同缴纳;
- (四) 基本医疗保险基金实行以收定支、收支平衡、略有结余;
- (五) 基本医疗保险基金实行社会统筹与个人账户相结合。

第三条 职工医保实行州级统筹,全州统一参保范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一协议管理、统一信息系统、统一基金管理和绩效考核。

第二章 参保范围

第四条 甘孜州行政区域内的下列单位和人员,应当参加职

工医保:

- (一) 国家党政机关、事业单位及其职工;
- (二) 各类企业(含中央、省驻州企业)及其职工;
- (三) 社会团体、基金会、民办非企业单位及其职工;
- (四) 个体工商户及其雇工、自由职业者以及其他灵活就业人员(以下统称“灵活就业人员”)、领取失业金的失业人员;
- (五) 法律、法规规定或经批准的其他单位及人员。

第三章 参保登记和变更

第五条 用人单位应向所在地医疗保障经办机构(以下简称“医保经办机构”)依法申报单位和职工个人相关信息,并办理参保、变更、终止等事项。

(一) 用人单位应当自成立起 30 日内,凭相关证明材料申请办理医疗保险参保登记。医疗保险参保登记事项发生变更或终止的,应当自变更或终止之日起 30 日内,凭相关资料到医保经办机构办理变更或终止手续。

(二) 用人单位发生人员增加、减少、退休、终止等变动的,应当自变动之日起 30 日内,凭相关证明材料办理变更手续。

第六条 灵活就业人员应当依法向所在地医保经办机构办理参保登记事项,参保登记事项发生变更或参保终止的,应当自变更或终止之日起 30 日内,凭相关有效证件及证明材料办理变更

或终止手续。

第四章 基金筹集

第七条 职工医保基金由下列项目构成：

- (一) 用人单位缴纳的基本医疗保险费；
- (二) 个人缴纳的基本医疗保险费；
- (三) 职工医保基金的利息；
- (四) 滞纳金；
- (五) 财政补贴；
- (六) 依法纳入职工医保基金的其他收入。

第八条 单位职工的基本医疗保险费由用人单位和在职职工按月共同缴纳，退休职工不缴费。

(一) 用人单位按本单位在职职工上年度工资总额的6.5%(含生育保险0.5%)缴费；

(二) 在职职工按本人上年度工资收入的2%缴费，由用人单位在职工工资中代扣代缴；

(三) 最低缴费基数按公布的四川省上上年全口径城镇单位就业人员平均工资的80%核定，最低缴费基数的3倍核定为最高缴费基数。申报工资低于最低缴费基数的，按最低缴费基数核定；高于最低缴费基数且低于最高缴费基数的，按申报工资核定；高于最高缴费基数的，按最高缴费基数核定。

医疗保险缴费工资一年申报一次，申报时间为每年12月15日至次年1月15日，逾期未申报的，补申报后对之前月份进行清算。新进人员按起薪之月应发月工资核定缴费基数，申报当年医疗保险缴费工资。参保单位应在申报缴费工资的同时提供统一社会信用代码证书复印件等材料，校验医疗保险登记信息。

第九条 新参保的灵活就业人员基本医疗保险费，个人按当年职工医保最低缴费基数的8%缴纳，原选择单建统筹参保的，按当年职工医保最低缴费基数的5%缴纳；退休清算后不再变更。

第十条 职工工资总额由以下部分构成。

(一) 机关单位职工工资总额(含参照公务员法管理的事业单位)：职务(职级)工资、级别工资、国家统一的津贴补贴、规范津贴补贴、年终一次性奖金、工改保留；机关工勤人员为岗位工资、技术等级工资、国家规定津贴补贴、规范津贴补贴、年终一次性奖金、工改保留。

(二) 事业单位职工工资总额：岗位工资、薪级工资、绩效工资、国家规定津贴补贴、工改保留。

(三) 企业职工工资总额：计时工资、计件工资、奖金、津贴补贴、加班加点工资、特殊情况下支付的工资等。

第十一条 职工医保基金分设统筹基金和个人账户，统筹基金和个人账户分别核算。

(一) 统筹基金：基本医疗保险费按规定比例划入个人账户

后，其余部分构成职工医保统筹基金。

(二)个人账户：用人单位职工、以统账结合参保的灵活就业人员从参保当月起建立个人账户。单位在职职工个人缴纳的基本医疗保险费，全部划入个人账户；用人单位、以统账结合参保的灵活就业人员缴纳的基本医疗保险费，按一定比例划入个人账户；退休人员的个人账户从统筹基金中划入。欠缴基本医疗保险费时，个人账户停止划入，补缴后再按规定补划。

个人账户按月划入，具体划入标准为：

1.在职人员：

个人月缴费基数 $\times 2\%$ + (个人月缴费基数 $\times 0.2\%$ \times 截止上年末实足年龄) $\div 12$

2.退休人员：

月退休费 $\times 2\%$ + (当年最低缴费基数 $\times 0.2\%$ \times 截止上年末实足年龄) $\div 12$

正常办理医保退休的人员，按审批退休时退休费计算个人账户划入标准；延迟办理医保退休的人员，按办理时上年12月退休费计算个人账户划入标准；无退休费的灵活就业人员，按当年职工医保最低缴费基数的60%计算个人账户划入标准。

第十二条 个人账户由医保经办机构管理，只能用于规定费用支出，可结转使用，可随医疗保险关系转移和依法继承。

(一)参保人员凭社会保障卡或电子医保凭证就医、购药使用个人账户，社会保障卡丢失或损坏，应及时向参保地社会保障

卡管理部门挂失，挂失前社会保障卡被冒用，造成的个人账户损失由本人承担。参保人员应妥善保管电子医保凭证支付密码，因管理不善造成的个人账户损失由本人承担。

(二) 参保人员死亡的，用人单位或其近亲属应在 30 日内凭相关材料到参保地医保经办机构办理医疗保险终止手续，个人账户的结余资金一次性拨付至合法继承人或用人单位，拨付给用人单位的由用人单位支付给其合法继承人，不得截留和挪用。因用人单位或其合法继承人未及时申报办理终止手续，造成个人账户多划入的部分，参保地医保经办机构在办理个人账户清户结算时予以扣回，无法扣回的由所在单位或其合法继承人负责追回。

(三) 个人账户按银行活期存款利率计息，每季度结转一次。

第十三条 基本医疗保险基金的银行存款实行统一计息办法，对存入收入户、支出户、财政专户的活期存款实行优惠利率。

第十四条 用人单位和参保人员应按月缴纳职工医保费，3 个月内为正常缴费期，超过正常缴费期的暂停医疗待遇，由医保经办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。

第十五条 灵活就业人员按年度已一次性缴纳职工医保费的，在年度内中途就业以单位职工身份参保缴费，可申请退回就业后年度内剩余月份多缴纳的职工医保费。

第十六条 用人单位依法转让、分立、合并、关闭、破产和改制时，应当依法优先清算、清偿基本医疗保险费。

第五章 待遇享受时间和关系转移接续

第十七条 首次办理职工医保参保登记缴费的，参保次月发生的医疗费用统筹基金按规定予以支付。

用人单位未按时缴费，超过3个月正常缴费期的，其参保职工暂停享受职工医保待遇；连续6个月未缴费的，视同单位暂停参保。

第十八条 职工医保关系的转移接续按照国家、省相关规定执行。

(一) 参保人员医保关系转出统筹区外，个人账户原则上随关系转移。

(二) 参保人员医保关系转入统筹区内，转移接续后连续参保的，参保当月享受职工医保待遇；转移接续后有中断的，参保次月享受职工医保待遇。

(三) 已达到法定退休年龄且办理医保退休手续的人员医疗保险关系不再转移接续。

第十九条 职工医保和城乡居民基本医疗保险可相互接续，接续后保留其原参保缴费记录。

第六章 缴费年限

第二十条 职工医保最低缴费年限

职工医保参保人员达到法定退休年龄，累计缴费达到 15 年且在甘孜州实际缴费年限不低于 10 年方可办理医保退休；未达到 15 年的，一次性趸缴补足所差年限的基本医疗保险费后方可办理医保退休。办理医保退休后不再缴纳职工医保费，按规定享受职工医保退休待遇。

实际缴费年限指参保人员按规定在统筹区内实际参保缴纳职工医保费的年限。

第二十一条 缴费年限计算

（一）参保人员中断缴费的，暂停记录缴费年限，保留原缴费记录；继续缴费的，实际缴费年限合并计算。

（二）职工医保关系跨统筹区转入的，不计缴费费率，只计缴费年限，转出地和转入地的缴费年限合并计算。统筹区外转入年限、军队转业干部和退役人员的军龄计入累计缴费年限。

（三）参保人员服刑期间不纳入基本医疗保险参保范围。刑满释放人员，参加职工医保，实际缴费年限合并计算。社区矫正人员可参加职工医保，享受相应待遇。已享受职工医保退休待遇的服刑人员，刑满释放后实际缴费年限达到最低缴费年限的，可继续享受职工医保退休待遇，实际缴费年限未达最低缴费年限的，可按规定一次性趸缴补足所差年限的基本医疗保险费后，享受职工医保退休待遇。

（四）城乡居民基本医疗保险参保人员跨险种转移的，城乡

医保缴费年限折算计入职工医保缴费年限。在退休时以原单建统筹方式清算退休的，按1年折算3个月计算，选择统账结合方式清算退休的，按1年折算2个月计算。折算年限累计不超过5年。

(五) 参保人员重复缴费年限不累计计算。

第二十二条 参保人员达到法定退休年龄办理退休的，应及时办理医疗保险退休待遇核定。办理医保退休次月起享受职工医保退休待遇。

第二十三条 职工医保退休补缴办法

参保人员达到法定退休年龄办理退休时，未达到规定缴费年限的，按以下方式补缴。

(一) 用人单位职工退休补缴办法:办理退休时按参保人员在职时的缴费基数，以6%缴费费率一次性趸缴补足所差年限的基本医疗保险费。

(二) 灵活就业人员退休补缴办法:1.以统账结合清算退休的，以8%缴费费率一次性趸缴清算。其中有按单建统筹实缴记录的，按3%缴费费率补差。统账结合补缴到账后按补缴年限补计个人账户。2.以原单建统筹清算退休的，以5%缴费费率一次性趸缴清算。

第七章 职工医保待遇

第二十四条 职工医保待遇包括住院医疗待遇、门诊特殊疾

病医疗待遇、个人账户支出和按规定由统筹基金支出的其他费用。

第二十五条 职工医保统筹基金支付范围：

- (一) 住院医疗待遇；
- (二) 门诊特殊疾病医疗待遇；
- (三) 按规定由统筹基金支付的其他医疗待遇。

第二十六条 个人账户主要用于参保人员在定点医药机构门诊购药,住院治疗个人负担的医疗费用,其他符合规定的医疗费用。个人账户不得提取现金或挪作他用。

第二十七条 参保人员的住院医疗费用、门诊特殊疾病医疗费用由统筹基金支付,支付范围按照《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》、《四川省基本医疗保险医疗服务设施项目范围》等相关规定执行。

第二十八条 统筹基金实行年度支付限额。一个自然年度内,统筹基金最高支付限额为 50 万元。

第二十九条 参保人员就医使用基本医疗保险支付范围内的乙类药品、血液制品、特殊诊疗项目及特殊医用耗材费用,个人应自付一定比例再按规定报销。具体自付比例为:

(一) 乙类药品、血液制品、特殊诊疗项目费用个人自付 10%;

(二) 特殊医用耗材

- 1.单价在1000元以下（含1000元）的全额按规定报销；
- 2.单价在1000元以上至1万元（含1万元）的个人自付10%；
- 3.单价在1万元以上至5万元（含5万元）的个人自付20%；
- 4.单价在5万元以上的个人自付30%。

第三十条 参保人员就医使用国家谈判纳入药品、高值药品费用按规定报销。具体报销规定为：

（一）国家谈判纳入单行支付药品

1.实行“五定”管理,即定认定机构、定治疗机构、定责任医师、定供药机构、实名制管理；

2.报销标准：不计起付线，按70%报销；

3.一个自然年度内最高支付限额为15万元，累计计入职工医保统筹基金支付限额。

（二）国家谈判纳入乙类药品管理的药品费用，个人先行自付10%后，剩余费用按相应待遇报销。

（三）高值药品

1.实行“五定”管理,即定认定机构、定治疗机构、定责任医师、定供药机构、实名制管理。

2.报销标准：不计起付线，个人先行自付10%后，剩余费用按70%报销。

3.一个自然年度内基本医疗保险不单设封顶线，报销金额累计进入基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额。

第三十一条 参保人员就医使用国家组织药品集中采购（以

下简称集采)中选药品、医用耗材的费用,按照集采相关规定报销。

第三十二条 住院医疗待遇

(一)参保人员因病住院治疗发生的符合统筹基金支付范围的医疗费用,扣减住院起付线后,由统筹基金根据医疗机构等级按比例支付。起付线、支付比例标准如下:

医院级别	起付线(元)		支付比例	
	在职	退休	在职	退休
一级及未定级医院	300	200	95%	95%
州内二级医院	400	300	90%	95%
州外二级和州内三级医院	500	400	85%	90%
州外三级医院	600	500	80%	85%

1.住院起付线按次计算,一个自然年度内多次住院的在当次对应标准基础上按次降低100元,降低至100元后不再降低。

2.参保人住院治疗,跨年度结算及其他特殊情况,出院后24小时内同一医疗机构再次入院且病情主诊断相同的,不计起付线。

(二)床位费支付标准:一级及未定级医院50元/床日,二级医院70元/床日,三级医院100元/床日。参保人员住院床位费未达到支付标准的,按实际床位费纳入报销,超过支付标准的按

支付标准报销，超出部分自费。危重监护病房床位（ICU/CCU）、层流洁净病房费用按实际收费纳入报销。

（三）待遇享受政策以出院时间为准。

第三十三条 门诊特殊疾病管理

需长期门诊治疗的慢性疾病纳入门诊特殊疾病管理，按病种分为一类、二类和三类。

（一）疾病病种

一类门诊特殊疾病：1.甲状腺机能亢进症或减退症；2.包虫病；3.痛风；4.癫痫。

二类门诊特殊疾病：1.高血压病；2.II型糖尿病；3.精神类疾病（重度精神病除外）；4.肝硬化；5.脑血管意外及后遗症；6.慢性病毒性肝炎（乙肝、丙肝）；7.帕金森病；8.心脏病（风湿性心脏病、高血压性心脏病、肺源性心脏病、高原性心脏病、冠状动脉粥样硬化性心脏病）；9.冠心病心脏介入治疗术后；10.类风湿性关节炎；11.红细胞增多症；12.结核病；13.慢性阻塞性肺疾病；14.阿尔茨海默病；15.白癜风；16.矽肺病（非工伤）；17.顽固型银屑病。

三类门诊特殊疾病：1.恶性肿瘤；2.白血病；3.再生障碍性贫血；4.器官移植术后的抗排斥治疗；5.系统性红斑狼疮；6.慢性肾功能不全；7.肾病综合征；8.骨髓增生性疾病；9.肝豆状核变性；10.黄斑变性；11.耐多药肺结核；12.重度精神病；13.急性心肌梗塞；14.脑梗死；15.I型糖尿病；16.艾滋病机会感染重大疾

病；17.血友病；18.干燥综合征；19.地中海贫血；20.强直性脊柱炎；21.天疱疮；22.系统性硬化症；23.系统性硬皮病；24.白塞氏病；25.普拉德-威利综合征。

（二）申请认定

患以上门诊特殊疾病的参保人员，由所在单位或个人向参保地医保经办机构申请认定。

（三）支付标准

1.一类、二类门诊特殊疾病在门诊发生的符合基本医疗保险政策范围内的医疗费用不计起付线，按70%报销。一类门诊特殊疾病单病种一个自然年度最高支付限额2000元；二类门诊特殊疾病单病种一个自然年度最高支付限额3500元；一类和二类门诊特殊疾病多病种一个自然年度支付限额可叠加计算，累计不超过1万元。

2.三类门诊特殊疾病在门诊发生的符合基本医疗保险政策范围内的医疗费用不计起付线，按普通住院报销。

第三十四条 参保人员门诊急诊、抢救发生的医疗费用，不计起付线，纳入住院报销。

参保人员在同一医疗机构，入院前7天内发生的符合基本医疗保险政策范围内的医疗费用，不计起付线，纳入住院报销。

第三十五条 日间手术医疗费用纳入对应医疗机构级别住院待遇报销。

第三十六条 其他不予支付的范围

- (一) 应当从工伤保险基金中支付的;
- (二) 应当由公共卫生负担的;
- (三) 应当由第三人负担的;
- (四) 在境外就医的;
- (五) 体育健身、养生保健消费、健康体检;
- (六) 因违法犯罪、酗酒、自残、自杀、交通事故、医疗事故等原因发生的医疗费用按有关规定办理。
- (七) 国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。遇对经济社会发展有重大影响的,经法定程序,可做临时调整。

第八章 医疗服务管理和费用结算

第三十七条 对医药机构的医疗保险服务实行协议定点管理,严格考核、依法评估,在准入条件下实行动态退出机制。

第三十八条 州医疗保障部门负责制定和完善协议管理办法;医保经办机构负责完善评估办法、经办规程和签订服务协议,对定点医药机构的医疗保险服务进行监督管理,严格履行医疗保险服务协议。

第三十九条 参保人员应在定点医药机构(包括统筹区外医保部门认定的定点医药机构)就医、购药。在非定点医药机构发生的费用不予支付(急诊、急救除外)。

第四十条 定点医药机构执行属地管理原则,由所在地医保

经办机构负责监督管理。按年度签订医疗保险服务协议，服务协议内容包括服务对象、服务范围、服务规范、费用控制指标、结算办法、支付标准及违约责任等。

第四十一条 定点医药机构应建立与基本医疗保险相适应的管理制度，设立医保服务管理部门，配备人员，按照服务协议管理要求建立健全信息系统，实现联网结算和信息实时共享，为参保人员提供医药服务并承担相应责任，及时、准确、完整上传费用结算等相关信息。

定点医疗机构在为参保人员办理出院费用结算时，应当履行费用明细清单签字认可手续；严格执行出院带药限量规定，超过限量规定的医保基金原则上不予支付。

第四十二条 定点医药机构应严格按照医疗保障、卫生健康、市场监管等部门的规定，购进、使用、管理药品和医用耗材（含医疗器械），并建立真实、完整、准确的购销存台账。

第四十三条 参保人员就医时应主动出示身份证和社会保障卡（电子医保凭证）。联网结算医疗机构发生的医疗费用，个人负担部分由参保人员自行支付，应由基本医疗保险支付的费用，由定点医药机构按月向医保经办机构申报结算。

参保人员异地就医，应向参保地医保经办机构办理异地就医备案，按规定办理联网结算。

参保人员外伤异地就医，应在入院 24 小时内提供医疗机构首次入院记录，并如实填写《外伤入院登记表》、《外伤费用报销

承诺书》，属于交通事故的提供公安部门的《交通事故责任认定书》，向参保地医保经办机构申请办理外伤异地就医备案，按规定办理联网结算。

第四十四条 参保人员在未联网结算定点医疗机构发生的医疗费用，应及时向参保地医保经办机构申请办理报销，跨年度费用报销应在次年4月1日前申请。按规定提供以下报销资料：加盖公章的原始医疗费用发票、门诊或住院医疗费用明细清单、出院病情诊断证明原件；社会保障卡或银行卡、身份证复印件等资料，外伤病人还需提供病历复印资料及其他证明材料。

第四十五条 定点医药机构按月申报的费用，医保经办机构应严格审核（包括智能审核）并扣除违规费用，剩余费用及时拨付医药机构。

异地就医结算费用由医保经办机构按照异地就医结算相关规定办理清算。

第九章 其他补充医疗保险

第四十六条 在建立职工基本医保的基础上，建立补充医疗保险和公务员医疗补助制度，具体办法另行制定。

第十章 基金管理监督

第四十七条 职工医保基金实行“**州级统筹、分账核算、分级负责**”的管理模式，纳入社会保障基金财政专户，实行“**收支两条线**”管理，专款专用，任何单位、个人不得挤占、截留、挪用。

第四十八条 职工医保基金实行预算管理。按基金预算管理原则和风险预控机制，合理编制基金预算，强化收支预算执行，真实准确反映基金运行情况。强化会计核算和编制基金决算。定期或不定期分析基金运行情况，确保基金运行安全、完整、可持续。

第四十九条 建立健全职工医保基金**州级统筹制度、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**。定期向社会公告基金收支、结余和收益情况，接受社会监督。

第五十条 基本医疗保险费的征缴、收入管理，按照国家、省有关规定执行。

第五十一条 财政和审计部门根据各自工作职责，对职工医保基金收入、支出、结余和存储情况进行监督和检查，依法依规及时纠正医疗保险管理中的违规违法行为。

医疗保障部门应加强财务监督和内部控制，按照《**社会保险基金财务制度**》和《**社会保险基金会计制度**》的规定，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，及时发现并整改问题。

第五十二条 州医疗保障部门和州财政部门应建立和完善职工医保基金预警机制，州级统筹基金可能出现缺口时，应及时向州政府报告，并采取措​​施予以解决。

第五十三条 各相关部门、医保经办机构及其工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守的，定点医药机构及其工作人员以合谋、欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取职工医保基金的，参保人员采取欺诈等手段骗取医疗保险基金的，按《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》及相关规定处理；对违纪违法人员按规定移送纪委监委、公安部门查处。

第五十四条 职工医保基金州级统筹办法由州医疗保障部门会同州财政部门另行制定。

第十一章 组织管理

第五十五条 州、县（市）人民政府是职工医保管理工作的责任主体，应切实加强组织领导，全额保障医疗保障部门工作经费。

第五十六条 医疗保障部门负责职工医保管理工作和综合业务指导工作。医保经办机构负责经办行政区域内的医保业务工作。

第五十七条 税务部门负责职工医保的医疗保险费征收工作；财政部门负责政府补助资金的拨付、基金运行和预决算的监

督管理工作；审计部门负责职工医保基金收支的审计监督工作；卫生健康部门负责医疗机构的医疗质量、安全、服务和评价管理、孕产妇生育政策合法性确认等工作；市场监管部门负责医药机构的药品、医疗器械质量监督管理等工作；残联、民政、乡村振兴、退役军人事务部门负责特殊人员身份认定、参保等工作；政法部门负责医保服务网格化管理等工作；公安部门负责依法查处打击各类欺诈骗保等犯罪行为，对移送的涉嫌犯罪案件及时开展侦查，强化医保、公安行刑衔接机制；纪委监委部门负责对相关部门及其公职人员履职情况进行监督检查，对相关违纪违规行为进行查处等工作；其他有关部门应按照各自职能，协助做好职工医保相关工作。

第十二章 附则

第五十八条 职工医保筹资、待遇水平和门诊特殊疾病病种等根据经济社会发展、医疗消费水平变化和基金收支结余情况等因素，由州医疗保障部门会同州财政等相关部门适时调整并执行。

第五十九条 离休人员、老红军、一至六级伤残军人、一至六级因公负伤致残的人民警察等人员不参加职工医保，其医疗待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决。

第六十条 本办法由州医疗保障部门负责解释。

第六十一条 本办法自 2021 年 11 月 1 日起施行。2001 年发布的《甘孜藏族自治州人民政府关于印发〈甘孜藏族自治州城镇职工基本医疗保险暂行办法〉的通知》及其配套文件同时废止。与本办法不一致的有关医保政策规定，按本办法执行；国家、省有新规定的按新规定执行。

信息公开选项：依申请公开

甘孜藏族自治州人民政府办公室

2021 年 10 月 29 日印发

དཀར་མཛེས་པོད་རིགས་རང་སྐྱོད་ཁུལ་མི་དམངས་སྲིད་གཞུང་གཞུང་ལས་ཁང་གི་ཡིག་ཆ།

甘孜藏族自治州人民政府办公室文件

甘办发〔2021〕44号

甘孜藏族自治州人民政府办公室 关于印发《甘孜州公务员医疗补助实施办法》 的通知

各县（市）人民政府，州级各部门，省属行政事业单位，州属事业单位：

《甘孜州公务员医疗补助实施办法》已经十二届州人民政府第71次常务会议审议通过，现印发你们，请认真组织实施。

Stamp

甘孜藏族自治州人民政府办公室

2021年10月29日

办公室

甘孜州公务员医疗补助实施办法

为进一步完善城镇职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）制度，减轻医疗费用个人负担，根据《甘孜州城镇职工基本医疗保险实施办法》，结合实际，制定本实施办法。

一、遵循原则

（一）公务员医疗补助水平与我州经济发展水平和财政负担能力相适应；

（二）基本保持公务员原有医疗待遇水平，并随经济发展有所提高；

（三）公务员医疗补助经费要合理使用，厉行节约。

二、补助对象

（一）甘孜州行政区域内的机关单位、参照（依照）公务员法管理的单位在编工作人员和退休人员；

（二）原享受公务员医疗补助的事业单位继续执行，新增事业单位向同级医疗保障和财政部门申请后参照执行。

三、筹资标准

公务员医疗补助筹资标准按上年度工资总额（含退休费）的2%筹集。财政纳入年初预算，单位按月缴纳。

四、补助范围

在医疗机构发生的符合《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》《四川

省基本医疗保险医疗服务设施项目范围》和《甘孜州城镇职工基本医疗保险实施办法》规定的医疗费用，包括基本医疗保险起付线和先行自付部分费用纳入补助范围。

五、补助办法

参加公务员医疗补助并足额缴费的参保人员，按规定享受公务员医疗补助。公务员医疗补助包括门诊医疗补助、住院医疗补助和按规定由公务员医疗补助基金支出的其他费用。

（一）门诊医疗补助：按照城镇职工基本医疗保险个人缴费基数的 1%划入参保职工基本医疗保险个人账户，用以补助门诊医疗支出。

（二）住院医疗补助：一个自然年度内，参保人员住院及按住院管理的三类特殊门诊发生的医疗费用，在基本医疗保险和补充医疗保险报销后，剩余政策范围内费用按 90%进行补助（县处级干部增加 5%，地厅级干部增加 10%），不设封顶线。

（三）公务员二次补助：一个自然年度内，参保人员住院及按住院管理的三类特殊门诊发生的医疗费用在基本医疗保险、补充医疗保险和公务员医疗补助报销后，剩余的政策范围内费用超过 2 万元以上部分按 70%进行补助，不设封顶线。

六、基金管理

（一）公务员医疗补助基金实行“州级统筹、分账核算、分级负责”的管理模式，纳入医疗保障基金财政专户管理，实行“收支两条线”，专款专用，不得用于平衡基本医疗保险基金，不得

挤占基本医疗保险基金。

(二) 医疗保障、财政和审计等部门根据各自工作职责，对公务员医疗补助基金收入、支出、结余和存储情况进行监督和检查。

(三) 医保经办机构应加强财务监督和内部控制，定期分析基金运行情况，确保基金运行安全、完整、可持续。

七、参照范围

中央、省驻州机关单位，参照（依照）公务员法管理的单位在编工作人员和退休人员参照本规定执行公务员医疗补助。

八、附则

(一) 公务员医疗补助筹资和待遇水平根据经济社会发展和医疗消费水平变化、基金收支结余情况等因素适时调整。调整标准由州医疗保障部门会同财政部门提出意见，报州人民政府批准后执行。

(二) 本实施办法由州医疗保障部门负责解释。

(三) 本实施办法自 2021 年 11 月 1 日起施行。

信息公开选项：依申请公开

甘孜藏族自治州人民政府办公室

2021 年 10 月 29 日印发

附 3:

重要注意事项的说明

因新系统上线，现就重要事项的流程变化作如下说明：

1. 备案：按照新系统流程：一是干部、职工在外住院时，在入院当天需向所在参保区域的医保事务中心备案，要提供身份证号、姓名、入院时间、所在的医院、病情主要诊断等，如未及时备案将会降低报销比例（星期一至星期五备案电话：0836——5726960；星期六、星期天备案电话：13568686573、18990476130、13618135265、15082315832、18283678214）；二是外伤病人在外就医，需在单位报备，由所在单位根据实际情况出示承诺书、外伤证明等，方可在医疗保障事务中心备案。

2. 报销：一是在外就医干部、职工尽量在外报销，如有特殊情况需回本县报销从入院开始 30 天内将出院证明、结算单、明细原件和本人身份证复印件、社保卡复印件一式三份交至医保局事务中心，如未按规定时间内报销将降低报销比例；二是特殊门诊报销以往 3 月、9 月方可报销，现在每月都可进行报销；三是已申请特殊门诊的患者可直接在县医院结算。

3. 入院前检查：入院前检查报销条件：一是必须是入院前 7 天内所做的检查；二是检查和住院是必须是同一家医院。方可报销。