

文山州人民政府关于印发
文山州职工医疗保险实施办法的通知
文政规〔2023〕4号

各县（市）人民政府，州直各委、办、局：

现将《文山州职工医疗保险实施办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

文山州人民政府

2023年7月18日

（此件公开发布）



文山州职工医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步健全完善文山州职工医疗保险制度，保障职工医疗保险参保人员的合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《云南省城镇职工基本医疗保险暂行规定》等法律法规规章及国家、省相关政策，结合文山州实际，制定本办法。

第二条 本办法所述职工医疗保险（简称职工医保）包括职工基本医疗保险、职工大额医疗费用补助。

第三条 本办法适用于本州行政区域内国家机关、企事业单位、社会团体、民办非企业单位（以下简称“用人单位”）及其职工（含退休人员），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和其他灵活就业人员（以下简称“灵活就业人员”），以及符合相关法律法规及政策规定的人员。

第四条 坚持保基本、广覆盖、多层次、可持续，公平与效率相结合、权利与义务相对应、保障水平与经济发展水平相适应

的原则。

第五条 各级人民政府负责做好辖区内职工医保组织保障工作，协调推进工作开展。州医疗保障行政部门主管全州职工医保工作，县（市）医疗保障行政部门负责本地的职工医保工作，各级医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）负责具体工作实施。

各级民政、财政、人力资源社会保障、卫生健康、退役军人、审计、残联、税务等部门和单位在各自的职责范围内负责有关职工医保服务和监督管理工作。

第二章 基本医疗保险

第六条 职工基本医疗保险实行社会统筹和个人账户相结合，单位职工参保费用由用人单位和职工双方共同承担，灵活就业人员参保费用由灵活就业人员个人承担。已达到职工基本医疗保险最低缴费年限的退休人员不缴纳职工基本医疗保险费用。

（一）缴费基数。用人单位的缴费基数为本单位上年度在职职工月平均工资总额。职工的缴费基数为本人上年度月平均工资，其中本人上年度月平均工资超过上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资 300% 的，以 300% 为基数；低于 60% 的，以 60%

为基数。灵活就业人员以上年度全省全口径城镇单位就业人员月平均工资的 60%-300%为基数收缴。

（二）缴费费率。用人单位和灵活就业人员按月缴纳职工基本医疗保险费，用人单位缴费费率为 8%、职工本人缴费费率为 2%，灵活就业人员缴费费率为 10%。

（三）个人账户划账比例。单位在职职工本人和灵活就业人员缴纳的 2%划入个人账户；退休人员个人账户由职工医保统筹基金以本人上年度月平均养老金为基数（达不到上年度全省全口径城镇单位就业人员月平均工资 60%的，以 60%为基数；超过 300%的，以 300%为基数。新退休人员划账基数以人社部门核定的养老金确定）按当年单位缴费费率的 53%划入。

第七条 用人单位和个人应按规定及时办理参保登记、变更、注销及缴费基数申报等手续，并按时、足额缴纳基本医疗保险费。符合参保条件的人员，用人单位应当自用工之日起 30 日内为其职工向属地医疗保险经办机构申请办理医疗保险登记和申报缴费手续并缴费，当月享受职工基本医疗保险待遇。

第八条 符合参保条件的人员，未在规定时间内办理参保缴费手续或连续中断缴费 3 个月以上的，视为中断参保。中断参保的按以下规定执行：

（一）用人单位和个人未办理相关手续，造成中断参保的，在中断参保期间发生的医疗费，医保基金不予支付；中断参保后申请恢复参保的，执行 3 个月的待遇等待期。

（二）用人单位和个人已办理参保登记手续，但未按规定缴纳职工基本医疗保险费导致欠费的，按规定补缴后，欠费时段内发生的医疗费，给予支付。

第九条 参保人员由于医疗保险关系转移、与用人单位解除劳动关系等原因导致中断缴费 3 个月（含）以内，用人单位或个人申请补缴的，缴费当月即可按规定享受待遇，中断期间的待遇按规定追溯享受。中断缴费 3 个月以上的，按照第八条规定执行。

第十条 参保人员退休时缴费年限男满 30 年、女满 25 年且为正常参保状态的，不再缴纳职工基本医疗保险费，医保退休待遇从用人单位或个人到医保经办机构申报的次月起执行。缴费年限包括实际缴费年限和视同缴费年限，实际缴费年限指参加职工医疗保险并实际缴费的年限，视同缴费年限包括：2003 年 1 月 1 日前，未参加职工医保且符合国家和省规定认可的工龄或工作年限；国家和省规定的其他情形。视同缴费年限不重复计算。

第十一条 参保人达到法定退休年龄时累计缴费年限未达到规定缴费年限的，可以一次性补缴所差年限的职工基本医疗保



险费，也可以按在职职工缴费至规定年限后，再办理医保在职转退休，享受退休人员职工基本医疗保险待遇。灵活就业人员未参加基本养老保险的，其享受退休人员职工医保待遇的年龄按男满60岁、女满55岁且达到医保规定的缴费年限。

选择一次性补缴职工基本医疗保险费的参保人员，补缴基数为本人退休前一个月的缴费基数，费率按照补缴当年的单位费率执行，一次性补缴的医保费不予划入个人账户。

第十二条 建立职工基本医疗保险门诊共济保障机制，规范个人账户管理使用，将职工普通门诊、特慢病门诊、协议期国家医保谈判药品门诊保障、门诊急诊抢救和日间手术纳入职工门诊保障范围，完善待遇标准，保障职工门诊权益，具体按照《文山州职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则》规定执行。

第十三条 参保人员住院政策范围内费用基本医疗保险支付标准按照下列规定执行：

（一）起付标准：三级医疗机构800元；二级医疗机构400元；一级医疗机构200元。70岁及以上老年人住院起付线减半执行。符合转诊转院规定的，下级转上级住院起付线实行补差，上级转下级不再收取住院起付线费用。尿毒症和重性精神疾病住院不设起付线。

（二）统筹支付标准：三级医疗机构就诊，在职人员支付 88%、退休人员支付 90%；二级医疗机构就诊，在职人员支付 90%、退休人员支付 92%；一级医疗机构住院支付标准统一为 95%。符合国家和省规定的重大疾病病种住院政策范围内基本医疗保险支付比例不低于 90%。

（三）统筹支付限额：年度内职工基本医疗保险基金最高支付限额为 8 万元。

（四）参保人在统筹区外住院费用支付比例下调 5%（符合国家规定的重大疾病病种、特殊病病种，异地工作、异地安置人员除外）。

第三章 大额医疗费用补助

第十四条 所有参加职工基本医疗保险的人员，应同时参加大额医疗费用补助。用人单位大额医疗费用补助由单位和个人共同缴纳（灵活就业人员大额医疗补助费用全部由个人缴纳），缴费基数为上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资，单位缴费费率 0.4%，参保人员个人缴纳 84 元。

大额医疗费用补助一年征缴一次，新参保人员或接续参保人员需一次性由参保单位和个人按照承担的比例缴纳，参保年度调

出人员参保费用不退。

第十五条 参保人员年度内住院发生的医疗费用，超过基本医疗保险最高支付限额以上至大额医疗费用补助最高支付限额以下的政策范围内费用，大额医疗费用补助 95%，最高支付限额为 40 万元；符合国家规定的重大疾病病种住院大额医疗费用补助不受最高支付限额限制。

第十六条 职工大额医疗费用补助，按照“公平、公正、公开”和“自负盈亏”的原则，通过政府采购的方式，选择商业保险机构承办。

第四章 就医结算管理

第十七条 统一执行国家和省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录、耗材目录、诊疗项目及服务设施标准。药品、耗材和诊疗服务项目按照下列标准先行自付后，再纳入医保支付：乙类药品个人先自付 5%、协议期国家医保谈判药品个人先自付 10%；200 元以上的进口耗材个人先自付 10%；国产耗材和 200 元（含）以下的进口耗材按甲类支付；“部分支付”的诊疗服务项目个人先自付 10%。70 岁及以上老年人取消先行自付比例。

床位费按照一级定点医疗机构 10 元/天、二级定点医疗机构 20 元/天、三级定点医疗机构 30 元/天标准支付。

各级医保经办机构应组织辖区定点医疗机构做好国家医保业务信息编码维护工作，及时更新相关业务信息。

第十八条 定点医疗机构医保费用结算等级，由医保经办机构结合医疗机构级别和收费类别确定。

第十九条 定点医药机构应对参保人就医、购药的凭证进行校验并如实记载诊疗和配售药情况，为参保人员选择安全有效、价格合理的药品，并根据病情和处方管理原则开具药品用量。

第二十条 参保人员住院期间，因疾病原因确需当地其他定点医疗机构门诊检查治疗的，须经所在住院医疗机构同意后，方可至其他定点医疗机构就诊，发生的符合医保支付范围的医疗费，由收治住院的医疗机构纳入住院医疗费用按规定结算。

第二十一条 在直接联网的定点医药机构(含省内及跨省异地就医定点医疗机构)发生的应由参保人员个人支付的医疗费和购药费，由参保人员直接与定点医药机构按规定结算；应由医保基金支付的医疗费，由定点医药机构与医保经办机构按规定结算。

在非直接联网的定点医疗机构发生的应由医保基金支付的

医疗费，或因急诊、医保网络故障等原因未能在直接联网的定点医疗机构按规定结算的医疗费，由参保人员自付后，应在下一结算年度年底前，凭其医保凭证、医疗费用发票、费用清单、诊断证明等材料至参保地医保经办机构按规定结算。

参保人员因急症在就医地非定点医疗机构急诊治疗的，治疗结束后，凭急诊抢救相关资料到参保地医保经办机构按规定结算医疗费。非急症治疗需要，在就医地非定点医疗机构发生的医疗费，医保基金不予支付。

第二十二条 建立长住外地备案制度，参保人员办理长住外地备案手续后，在长住地定点医疗机构发生的医疗费，可通过省内及跨省异地就医平台直接结算，确实无法直接结算的，由个人全额支付后，到参保地医保经办机构按规定结算。

第二十三条 参保人员同时参加基本医疗保险和商业保险的，应按基本医疗保险的规定先行结算。如按商业保险先行赔付的，已赔付的医疗费部分，在医保结算时予以扣除。

第二十四条 下列情形发生的医疗费，不纳入医保基金支付范围：

- （一）在境外就医的；
- （二）应当由第三人负担的；

- (三) 应当从工伤保险基金中支付的;
- (四) 应当由公共卫生负担的;
- (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。

依法应当由第三人负担的医疗费,但第三人不支付或无法确定第三人的,由医保基金先行支付。先行支付后,医保经办机构有权向第三人追偿。

第五章 经办服务管理

第二十五条 税务部门负责征收职工医疗保险费,定期向医疗保障部门和财政部门传递征缴信息;医疗保障部门负责办理医疗保险登记,将登记信息及时传递给税务部门进行征收,并根据税务部门传递的征缴信息做好个人有关权益记录。

第二十六条 参保人员流动到州外就业的,应中止本州医保参保,按规定办理职工医保缴费年限转移手续。已享受职工医保退休待遇的人员,医保关系不予转移。

第二十七条 医保经办机构应为用人单位和参保人员提供高效、便捷的医疗保障公共管理服务;按照医疗保障业务档案管理相关规定,为用人单位和参保人员建立医疗保障档案,完整、

准确地记录参保人员的个人信息、缴费情况以及待遇享受情况等医疗保障数据，妥善保管登记、申报的原始凭证和支付结算的会计凭证。

第二十八条 全面推进按病种分值付费、按床日付费、单病种付费、打包付费等相结合的多元复合式支付方式，切实加强医疗费用结算管理，并健全完善定点医药机构费用考核和评价机制，考核结果应与医疗质量、协议履行绩效挂钩。

第二十九条 定点医药机构的医药服务从业人员，应当根据患者病情需要，提供科学、规范、合理的医药服务，并严格履行服务协议内容，遵守相关规定。

第六章 基金监督管理

第三十条 职工医保基金纳入财政专户，实行收支两条线管理，专款专用，任何组织和个人均不得侵占挪用。各级医保经办机构应做好医保基金会计核算和财务统计分析工作。严格执行社保基金制度，建立相应的财务管理制度，对各类医保基金实行分账核算。

第三十一条 用人单位因破产、关闭或其它原因被注销的，应按照有关法律、法规和相关政策的规定清偿补缴医疗保险费及

利息。用人单位合并、分立、转让时，由承继其权利义务的单位承担原用人单位应缴纳的医疗保险费、欠费及利息。

第三十二条 各级医疗保障部门应建立健全监督检查常态机制，实施大数据实时动态智能监管，加强对定点医药机构的监督检查，落实打击欺诈骗保举报奖励制度，维护医保基金的安全。

第三十三条 用人单位、定点医药机构、医保经办机构及其工作人员，参保人员和其他人员的医保违法违规行为处理，按照相关法律、法规及相关规定执行。

第七章 附 则

第三十四条 符合职工医保参保条件的外国人，港、澳、台同胞按照本规定参加职工医保并享受待遇。

第三十五条 离休人员、建国初期参加革命工作的退休职工医疗待遇按照文政发〔2002〕8号和文老通〔2021〕1号规定执行。

第三十六条 因重大公共疫情或受大规模自然灾害影响造成的医疗费，以及特定群体、特定疾病的医药费豁免政策按照国家 and 省有关规定执行。

第三十七条 本办法自2023年9月1日起施行。国家、省

另有规定的，从其规定。原《文山州人民政府关于印发文山州城镇职工基本医疗保险州级统筹实施办法的通知》（文政发〔2010〕89号）、《文山州人民政府关于印发文山州城镇职工大病补充医疗保险州级统筹实施办法的通知》（文政发〔2010〕90号）、《文山州人民政府关于印发文山州调整城镇医疗保险政策实施意见的通知》（文政发〔2016〕20号）同时废止。

第三十八条 本办法由文山州医疗保障局负责解释。