



# 楚雄州人民政府关于印发楚雄彝族自治州 职工基本医疗保险实施办法的通知

楚政规〔2022〕6号

各县市人民政府，州直各部门，楚雄高新区管委会：

现将《楚雄彝族自治州职工基本医疗保险实施办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

2022年12月30日

（此件公开发布）



# 楚雄彝族自治州职工基本医疗保险实施办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步健全完善楚雄州职工基本医疗保险（以下简称职工医保）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》《云南省城镇职工基本医疗保险暂行规定》等国家法律法规及有关规定，结合我州实际，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于楚雄州辖区内职工基本医疗保险参保人员（含灵活就业人员）。

**第三条** 职工医保实行州级统筹，全州统一政策，基金统收统支、分级管理、责任分担。遵循以下原则：

（一）基本医疗保障水平与全州经济发展水平及基金承受能力相适应；

（二）全覆盖、保基本、多层次、可持续；职工医保基金实行社会统筹和个人账户相结合；

（三）职工医保基金以收定支、收支平衡、略有结余。



**第四条** 州医疗保障行政部门负责楚雄州职工医保工作，组织实施本办法。

县市医疗保障行政部门依职权负责本行政区域内职工医保的管理工作。

医疗保险经办机构在职责范围内具体负责本行政区域职工医保的日常管理和服务工作。

发展改革、公安、民政、财政、人力资源和社会保障、卫生健康、审计、市场监管、退役军人事务、税务、工会等部门按照各自的工作职责，协同做好职工医保工作。

## 第二章 参保管理

**第五条** 楚雄州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)应当为其职工(含退休人员)参加职工医保。

就业地或者户籍地在楚雄州的法定劳动年龄内的下列人员(以下统称灵活就业人员)，可以按灵活就业人员身份参加职工医保：

- (一) 楚雄州行政区域内无雇工的个体工商户；



(二) 未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员；

(三) 依托电子商务、网约车、网络送餐、快递物流等新业态平台实现就业，且未与新业态平台企业建立劳动关系的新型就业形态从业人员；

(四) 国家和省规定的其他灵活就业人员。

失业保险关系在楚雄州的失业人员，领取失业保险金期间，可以参加职工医保。

符合国家和省规定的其他人员，可以参加职工医保。

**第六条** 楚雄州行政区域内的用人单位应当依法为其职工向医疗保险经办机构和社会保险费征收机构办理职工医保参保登记、缴费及变更手续。

灵活就业人员和符合规定的其他人员自行到医疗保险经办机构和社会保险费征收机构办理职工医保参保登记、缴费及变更手续。

**第七条** 新成立的用人单位应当在取得营业执照或者获准成立之日起 30 日内，持统一社会信用代码证书或者单位批准成立的文件等资料到所属地医疗保险经办机构办理单位及其职工参保登记手续。

用人单位医疗保险登记事项发生变更或依法终止，应当自变



更或者终止之日起 30 日内到参保地医疗保险经办机构办理变更或者注销手续。

**第八条** 用人单位应当按月足额缴纳职工基本医疗保险费，并代扣代缴职工个人应当缴纳的职工基本医疗保险费。

灵活就业人员应当足额缴纳职工基本医疗保险费（可以按月、按季或者按年缴纳）。

参保人员依法依规缴纳的职工基本医疗保险费一经缴纳不予退还。

**第九条** 用人单位在每年的 12 月底前申报下一年度职工基本医疗保险费缴费基数，缴费基数一经核定，原则上年度内不予变更。

**第十条** 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，参保职工自缴费次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（即连续缴费满 6 个月的，次月起可按照规定享受职工医保待遇），待遇等待期内发生的医疗费统筹基金不予支付。

**第十一条** 职工医保参保关系应当保持连续性，不得随意中断。未按规定及时足额缴纳医疗保险费的，从欠费当月起视为停保，停保后 3 个月内重新续保缴费并补缴欠费后，参保人员从欠



费之日起按规定享受医疗保险统筹待遇；超过3个月的，自续保缴费并补缴欠费之日起享受医疗保险统筹待遇，停保期间不享受医疗保险统筹待遇（因单位原因导致停保的，停保期间个人的医疗保险统筹待遇由用人单位承担）。

中断参保关系期间个人账户余额可以继续使用。

**第十二条** 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，职工医保累计缴费达到最低缴费年限（男满30年，女满25年）的，不再缴纳职工基本医疗保险费，按照规定享受退休人员医保待遇。

（一）最低缴费年限含实际缴费年限和视同缴费年限。实际缴费年限是指参加职工医保并履行了缴费义务的实际年限（包括在其他统筹地区参加职工医保的实际缴费年限，不包括参加城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和城乡居民基本医疗保险的缴费年限）。视同缴费年限指参保人2003年1月1日前（军龄无时限限制），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。

（二）其他统筹地区职工医保参保人员转入我州参加职工医保的，其在我州职工医保启动前符合国家和省规定的连续工龄和工作年限可认定为我州职工医保视同缴费年限，在我州职工医保



启动后的异地实际缴费年限可与我州实际缴费年限累计计算，如两地缴费时段有重复的，按照就高原则计算一地的缴费年限。

（三）申请办理职工医保在职转退休手续时，参保人员身份证所载出生年月与档案记载出生年月不一致的，以退休审批机关批准其退休时认定的出生年月为准；因特殊原因无法办理退休审批手续的，以身份证所载出生年月为准。

**第十三条** 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，按本人退休前一个月的缴费基数和缴费费率，趸缴所差年限的基本医疗保险费后，享受退休人员职工医保待遇，补缴所差年限基本医疗保险费的，不补划个人账户，补缴年限期间所产生的医疗费用不予报销。也可按照在职状态继续缴费至规定年限，缴费期间享受在职职工医疗保险待遇；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疗保险待遇。

参保人员未达到法定退休年龄的，不办理趸缴清算。

**第十四条** 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 岁执行，划拨个人账户的基数按上年度云南省企业退休人员平均工资执行。灵活就业人员在享受退休人员职工医保待遇前，可随户籍或就业地



办理医保关系转移接续，享受退休人员职工医保待遇后，不再办理医保关系转移接续。

**第十五条** 参保人员工作调动、劳动关系转移、死亡等医保事项变更时，应当在变更之日起 30 日内到参保地医疗保险经办机构办理变更或者注销医疗保险登记。

**第十六条** 参保人员申请医保关系转移到统筹区外的，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疗保险经办机构基金账户。

已办理职工医保在职转退休的，不再办理医保关系转移接续。

**第十七条** 参保人已连续 2 年（含 2 年）以上参加基本医疗保险的，因就业等个人状态变化在职工医保和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）间切换参保关系的，且中断缴费时间不超过 3 个月的，缴费后即可正常享受待遇。中断缴费时间超过 3 个月的，职工医保转居民医保，在参保缴费期内参保缴费的从参保缴费次月起享受待遇，不在参保缴费期内参保缴费的从次年起享受待遇，从享受待遇起暂停原参保关系；居民医保转职工医保按照灵活就业人员参保的，连续缴费满 6 个月后，次月起可按照规定享受职工医保待遇，同时暂停原参保关系。





### 第三章 基金筹集

**第十八条** 职工基本医疗保险费由用人单位和职工个人按月共同缴纳。用人单位的缴费基数为本单位职工工资总额。职工的缴费基数为本人工资收入，其中年工资收入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。灵活就业人员的缴费基数，为上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资。

职工医保的单位缴费费率为 6%左右，职工个人缴费费率为 2%。以灵活就业人员身份参保的，缴费费率为 6%左右。

用人单位职工缴纳基本医疗保险费的工资基数按照国家统计局规定列入工资总额统计项目的实际收入计算。

职工基本医疗保险费，不计征税、费。

**第十九条** 用人单位因破产、撤销、解散或者其他原因终止的，在清偿债务时应当依法清偿其欠缴的职工基本医疗保险费及其利息。

用人单位合并、分立、转让时，由合并、分立、受让的单位负担欠缴的职工基本医疗保险费及其利息。



**第二十条** 职工基本医疗保险基金由用人单位、职工和灵活就业人员等缴纳的职工基本医疗保险费、利息收入、滞纳金、转移收入及其他按规定纳入职工基本医疗保险基金的收入组成。

#### 第四章 基金管理

**第二十一条** 职工基本医疗保险基金执行《社会保险基金财务制度》、《社会保险基金会计制度》和社会保险基金预决算管理规定，纳入社会保障基金财政专户，实行收支两条线管理，独立核算，专款专用，任何部门、单位和个人均不得挤占、挪用，也不得用于平衡财政预算。

**第二十二条** 用人单位、职工和灵活就业人员缴纳的职工基本医疗保险费，由医疗保险经办机构按规定建立职工基本医疗保险统筹基金和个人账户。统筹基金和个人账户按照各自的支付范围，分别核算，不得互相挤占。

**第二十三条** 在职职工、未享受退休人员职工医保待遇的灵活就业人员按照本人缴费基数<sup>的</sup>2%计入个人账户。退休人员的个人账户按照上年度本人月平均应发退休费的4.5%计入，今后按照国家、省要求逐步调整到楚雄州当年基本养老金平均水平的



2%。

**第二十四条** 个人账户资金归个人所有，按规定计息，可以按规定结转和继承。

**第二十五条** 个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构或者定点零售药店发生的政策范围内自付费用，可用于支付：

（一）参保人员本人（授权人）及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用，以及在定点零售药店购买具有国家医保标准编码的药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。

（二）参保人员的配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。

（三）参保人员及其配偶、父母、子女参加职工大额医疗费用补助、长期护理保险及购买商业健康保险等的个人缴费。

配偶、父母、子女的范围按《中华人民共和国民法典》等法律规定执行。

**第二十六条** 个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身、养生保健消费和健康体检等不属于基本医疗保险范围的支出。

**第二十七条** 用人单位、职工和灵活就业人员等缴纳的职工



基本医疗保险费扣除计入个人账户后的部分计入统筹基金，统筹基金用于支付参保人员符合规定的政策范围内医疗费用（以下简称政策范围内费用）。

## 第五章 医疗待遇

**第二十八条** 职工基本医疗保险基金支付范围按照国家基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医用耗材目录和医疗服务设施范围及云南省有关规定执行。

**第二十九条** 参保人员在医疗保险协议定点医疗机构发生的医疗费用，享有门诊保障待遇（含普通门诊待遇、门诊慢性病待遇、门诊特殊病待遇、门诊急诊抢救待遇、国家医保谈判药品门诊保障待遇、日间手术待遇）和住院医疗待遇、重大疾病住院待遇。

**第三十条** 参保人员门诊保障待遇按下列规定执行：

（一）在一个自然年度内（下同），参保人员每次普通门诊就诊，政策范围内费用统筹基金起付标准（起付线，下同）：一级及以下定点医疗机构（含村卫生室、社区卫生服务站等，下同）30元，二级定点医疗机构60元，三级定点医疗机构90元。



普通门诊起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用统筹基金支付比例：一级及以下定点医疗机构 60%，二级定点医疗机构 55%，三级定点医疗机构 50%。退休人员的支付比例提高 5 个百分点。

普通门诊政策范围内费用统筹基金年度最高支付限额为 6000 元，与住院年度最高支付限额分别计算。超过普通门诊年度最高支付限额的政策范围内费用，按照就诊定点医疗机构住院支付比例进行报销，与住院费用年度最高支付限额合并计算。

（二）门诊慢性病起付标准为 300 元，与住院和特殊病门诊起付标准分别计算；起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用统筹基金支付比例为在职人员 85%，退休人员 90%；单病种统筹基金支付限额为 2000 元，每增加一个病种增加 1000 元，统筹基金年度最高支付限额总额不超过 5000 元，与住院年度最高支付限额分别计算。

（三）门诊特殊病享受住院报销待遇，特殊病门诊费用起付标准按照统筹区内三级定点医疗机构住院起付标准执行，与住院起付标准分别计算，超过起付标准以上政策范围内费用按照就诊医疗机构住院报销比例执行（其中慢性肾功能衰竭和重性精神病门诊特殊病费用不设起付标准，政策范围内报销比例不低于



90%)。统筹基金支付限额与年度住院最高支付限额合并计算。

(四) 门诊发生的急诊抢救(含院前急诊抢救), 根据救治医疗机构级别(一级及以下按一级执行), 政策范围内费用统筹基金起付标准、支付比例按照该级别定点医疗机构住院起付标准、支付比例执行, 统筹基金年度最高支付限额与住院年度最高支付限额合并计算。

(五) 符合条件的协议期内国家医保谈判药品, 在二级及以上定点医疗机构门诊按照诊疗规范(指南)就诊或者开具门诊处方的费用, 扣除先行自付10%后的政策范围内费用, 统筹基金起付标准按照统筹区内三级定点医疗机构住院起付标准执行, 每种谈判药每年支付一次起付标准, 与住院起付标准分别计算; 统筹基金支付比例执行就诊或者开具处方定点医疗机构住院支付比例; 统筹基金年度最高支付限额与住院年度最高支付限额合并计算。

(六) 日间手术统筹基金起付标准按照就诊定点医疗机构住院起付标准减半执行, 与住院起付标准分别计算; 统筹基金支付比例按照就诊定点医疗机构住院支付比例执行; 统筹基金年度最高支付限额与住院年度最高支付限额合并计算。

**第三十一条** 参保人员住院医疗待遇按下列规定执行:



(一) 一级及其以下定点医疗机构起付标准为 300 元，二级定点医疗机构起付标准为 400 元，三级定点医疗机构起付标准为 800 元。年度内第二次及以上住院起付标准分别降低 100 元。下级医疗机构转上级医疗机构的住院起付标准就高补差计算；上级医疗机构转下级医疗机构的不再重复计算住院起付标准费用。

(二) 起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的住院医疗费用，统筹基金支付比例为：一级及其以下定点医疗机构 90%，二级定点医疗机构 88%，三级定点医疗机构 85%。退休人员的支付比例提高 5 个百分点。

(三) 一个自然年度内，个人发生的符合政策规定范围内的住院医疗费用，职工基本医疗保险统筹基金累计最高支付限额为 10 万元。

(四) 参保人员医疗费用中，属于特检特治费用的，个人先自付 10%；使用乙类药品的，个人先自付 5%；使用单价在 200 元（含 200 元）以上国产材料的，个人先自付 10%；使用单价在 200 元（含 200 元）以上进口（含合资）材料的，个人先自付 20%；使用血液制品的，个人先自付 10%；使用国家谈判药品的，个人先自付 10%。

**第三十二条** 参保人员发生重大疾病住院政策范围内费用



经职工医保、补充医疗保险综合保障后，报销比例达不到 90%的，由职工医保报销到 90%。

**第三十三条** 70 岁以上参保人员发生的住院、门诊慢性病、门诊特殊病费用按照以下规定执行：

（一）起付标准按现行政策减半计算。

（二）取消乙类药品和特殊检查、特殊治疗的个人先行自付比例。

（三）政策范围内住院费用报销比例达到 80%，达不到 80% 的由医疗保险统筹基金补足差额部分。

**第三十四条** 灵活就业人员住院生育产生的医疗费用，按照住院政策规定支付，不受“限生育保险”药品、诊疗项目的限制规定。

**第三十五条** 住院、门诊慢性病和门诊特殊病符合分级诊疗并按规定办理转诊转院的患者，医疗费用支付待遇按相应级别医疗机构标准执行；在统筹区外，不符合分级诊疗或者未按规定办理转诊转院的，基本医疗保险统筹基金支付比例降低 10%。

## 第六章 费用结算





**第三十六条** 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，符合政策范围内费用，按照下列规定办理：

（一）属于统筹基金支付的，定点医药机构实时上传费用信息并即时结算；

（二）属于个人账户支付的，定点医药机构实时上传费用信息并从个人账户中划扣。个人账户不够支付的，由参保人员自付。

**第三十七条** 参保人员在医保协议定点医疗机构发生的医疗费用实行联网结算。未能联网结算的，可到参保地医疗保险经办机构手工报销，执行参保地政策。费用报销受理截止时间原则上为次年3月31日。

**第三十八条** 参保人员按照药品“双通道”保障规定，持外配处方在定点零售药店配药时，产生的政策范围内费用按照开具处方的定点医疗机构级别进行结算报销。

**第三十九条** 下列医疗费用不纳入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。

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。

## 第七章 保障措施

**第四十条** 州人民政府将基金征缴纳入对县市人民政府重点工作目标考核。

各县市人民政府应当建立职工医保工作责任制, 组织实施本行政区域职工医保工作。

**第四十一条** 职工医保筹资和待遇标准调整, 根据国家、省有关规定, 综合考虑全州经济社会发展水平和医保基金运行情况适时调整。

**第四十二条** 职工医保实行定点医疗机构和定点零售药店协议管理。

医疗保险经办机构应当建立健全激励约束、考核评价和动态准入退出机制, 加强对医保协议定点医疗机构的管理, 规范医疗服务行为, 控制医疗费用不合理增长。



医保协议定点医药机构应当严格执行职工医保有关政策规定，坚持诚信经营，严格履行服务协议，规范医疗服务行为，做到合理收治、合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费。

**第四十三条** 社会保险费征收机构负责职工基本医疗保险费的征收工作，并对缴费单位办理申报和未按时足额缴费情况进行监督检查。

**第四十四条** 用人单位应指定专兼职人员配合医疗保险经办机构做好基本医疗保险工作，并定期向职工公布年度工资总额和基本医疗保险缴费情况，接受职工监督。

**第四十五条** 对已办理退休免缴费手续的退休人员，实行年度个人生存状况登记备案。公安机关应当按照《中华人民共和国社会保险法》等有关规定，及时向医疗保险经办机构通报个人死亡以及户口登记、迁移、注销等情况。未按规定及时登记备案的，暂停个人账户资金的划入，待补充登记备案后，恢复个人账户记入。

## 第八章 法律责任

**第四十六条** 医疗保障行政部门、经办机构和工作人员违反



本办法，滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，以及骗取、截留或者挪用职工基本医疗保险基金的，依法予以处理；涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

**第四十七条** 医保协议定点医药机构及其工作人员违反有关法律法规和本办法的，由医疗保障部门追索不应由医疗保险基金支付的费用，并依法予以处理；涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

**第四十八条** 参保单位、参保人员未按本办法履行相关义务的由医疗保障部门责令纠正。参保单位、参保人员违反有关法律法规和本办法骗取医疗保险待遇的，由医疗保障部门追索不应由医疗保险基金支付的费用，并依法予以处理；涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

## 第九章 附 则

**第四十九条** 职工医保与职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助、建国初期参加革命工作部分退休干部医疗补助、企业补充医疗保险等政策互相衔接，参保人员产生的医药费用，经医保报销后的个人负担部分，符合规定的继续按照相应政策予以保



障，保持待遇保障水平总体稳定。

**第五十条** 离休人员的医疗待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决，支付确有困难的，由同级人民政府帮助解决。

二等乙级以上革命伤残军人的医疗待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决。

**第五十一条** 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。

**第五十二条** 楚雄州行政区域内的企业可以自行建立企业补充医疗保险制度。

**第五十三条** 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。生育保险政策另行制定。

**第五十四条** 本办法相关配套措施由州医保部门另行制定，国家、省有具体政策措施的按具体规定执行。

**第五十五条** 本办法自2023年1月1日起施行。《楚雄彝族自治州城镇职工基本医疗保险暂行办法》（楚雄彝族自治州人民政府令第31号）、《关于印发〈楚雄彝族自治州城镇职工基本医



## 楚雄彝族自治州人民政府行政规范性文件

---

疗保险暂行办法〉实施细则的通知》(州政发〔2000〕12号)、《楚雄州人民政府关于印发楚雄州城镇职工基本医疗保险州级统筹实施办法的通知》(楚政通〔2010〕35号)同时废止。