

泸州市医疗保障局 泸州市财政局文件 国家税务总局泸州市税务局

泸市医保发〔2022〕44号

泸州市医疗保障局 泸州市财政局 国家税务总局泸州市税务局 关于印发《泸州市基本医疗保险和生育保险 实施细则》的通知

各区县医保局、财政局，国家税务总局各区县税务局，各有关单位：

根据《泸州市人民政府关于印发〈泸州市基本医疗保险和生育保险实施办法〉的通知》（泸市府规〔2022〕7号）等相关规定，

结合我市基本医疗保险工作实际，制定了《泸州市基本医疗保险和生育保险实施细则》，现印发给你们，请遵照执行。



国家税务总局泸州市税务局
2022年12月30日

泸州市基本医疗保险和生育保险实施细则

第一章 总则

第一条 泸州市职工基本医疗保险（以下简称职工医保）、城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）和生育保险实行市级统筹，全市执行统一的职工医保、居民医保和生育保险政策。

第二条 生育保险和职工医保合并实施，全市实现统一参保登记、统一基金征缴和管理、统一医疗服务管理、统一经办和信息管理。

第二章 参保登记

第三条 我市行政区域内的国家机关、社会团体、企业、事业单位、民办非企业单位、其他社会组织和有雇工的个体工商户（以下简称用人单位）及其在职职工和退休人员应当依法参加职工医保。用人单位在参加职工医保的同时，应为本单位在职职工同步参加生育保险。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员及其他灵活就业人员（以下简称灵活就业人员）可以选择参加职工医保或居民医保。

用人单位不得为已超过法定退休年龄的人员办理职工新参保登记。

已超过法定退休年龄且从未参加过我市职工医保的人员按照规定参加居民医保。

我市职工医保覆盖范围以外具有本市户籍的城乡居民、高校中的大中专学生应当依法参加居民医保。居住本市并办理了居住证的外地户籍人员依申请参加我市居民医保。

外国人、港澳台人员参加基本医疗保险和生育保险按照《在中国境内就业的外国人参加社会保险暂行办法》(中华人民共和国人力资源和社会保障部令第16号)、《香港澳门台湾居民在内地(大陆)参加社会保险暂行办法》(中华人民共和国人力资源和社会保障部 国家医保局令第41号)等相关规定办理。

第四条 职工医保参保登记。

用人单位参加职工医保(含生育保险),应按照国家、省、市有关规定办理社会保险登记。用人单位应当按月申报应缴纳的职工医保费金额,在规定期限内缴纳。

选择参加职工医保的个体人员,凭本人有效身份证件到医保经办机构办理职工医保参保登记。

用人单位因职工辞职、解除劳动关系、调动等原因导致人员减少的,从单位按规定申报的当月起暂停缴费。

职工医保参保人员死亡后,单位经办人或其近亲属应当及时携带死亡证明、火化证等有关证明到医保经办机构办理医保关系终止及待遇清算等手续,从人员死亡次月起终止医保关系和停止

划拨个人账户，从人员死亡次日起停止享受门诊统筹、门诊特殊疾病和住院医保报销等待遇。

参保职工姓名、身份证号码等基本信息发生变更，本人或单位经办人携带有关证明到医保经办机构及时办理变更。

第五条 居民医保参保登记。

居民凭本人有效身份证件（外地户籍人员还需提供居住证）到户籍所在地（外地户籍人员到居住地）乡镇（街道）、村（社区）医保经办窗口办理参保登记。

我市行政区域内全日制普通高等学校（包括民办高校，以下简称高校）中接受普通高等学历教育的全日制本专科生（含高校中的中专生）、全日制研究生（不含在职的本专科生和研究生），均纳入居民医保参保范围，以学校为单位，统一组织办理参保登记。

参保居民因身份信息、户籍所在地、居住地等基本信息发生变更，本人或近亲属携带有关证明到乡镇（街道）、村（社区）医保经办窗口及时办理变更。

居民医保参保人员死亡后，其近亲属应当及时携带有关证明到乡镇（街道）、村（社区）医保经办窗口办理医保关系终止及医保待遇清算手续，从人员死亡次日起停止享受待遇。

第三章 缴费管理

第六条 基本医疗保险费由税务部门负责征收。

职工医保缴费工资按国家统计局规定列入工资总额统计项目计算。职工工资按自然年度申报（即1月1日至12月31日）。用人单位应在每年1月至3月申报本单位在职职工工资并填写《职工基本医疗保险缴费基数申报表》。职工个人工资按上年度月平均工资收入计算，保留到元。

单位新增参保职工，应在办理人员新增时一并申报人员起薪当月工资。

用人单位职工个人工资低于全省上年度城镇全部单位就业人员平均工资（以下简称“省平均工资”）80%的，以省平均工资的80%为缴费基数；用人单位职工个人工资高于省平均工资300%的，以省平均工资的300%为缴费基数。省平均工资公布前，中断或终止职工医保参保的人员，单位和个人部分均不再补差。

第七条 职工医保费由用人单位和职工按月共同缴纳，生育保险费由用人单位按月缴纳，职工不缴纳生育保险费。

用人单位按时足额缴费后，医保经办机构划拨职工医保个人账户。

用人单位未按时足额缴费的，从欠费次月起暂停其基本医疗保险待遇，由社会保险费征收机构责令限期缴纳或者补足，并自欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金。

用人单位未按时足额缴费的，按规定补缴本金和滞纳金后，

由医保经办机构补划拨个人账户，补计基本医疗保险（含生育保险）缴费年限，欠费 6 个月（含）内的补计职工医保（含生育保险）相关待遇。欠费超过 6 个月的不补计职工医保（含生育保险）相关待遇，由用人单位自行承担。

第八条 用人单位新增人员，应在用工之日起三十日内为其职工办理参保缴费手续。

用人单位申报的新增人员，经医保经办机构审核确认无误后，由用人单位从申报当月起为其缴纳职工医保费（含生育保险费），足额缴费后，其待遇享受时间从该人员申报之月起计算。参保人员经组织任命调动的，调入单位应当从其调入起薪之月起为其办理职工医保参保手续。

第九条 职工医保与居民医保不重复享受医保待遇，两种待遇同在有效期的，享受职工医保待遇。

第十条 已参加职工医保并连续缴费的单位，其 2003 年 5 月以前办理退休，医疗保险关系未办理移交的退休人员，可按每人 5000 元一次性缴纳医疗保险费，由单位办理医疗保险移交手续交医保经办机构管理。

第十一条 破产改转制及其他原因终止生产经营的参保单位，若有欠费，须优先一次性清偿欠缴的医疗保险费；有接收或继续经营单位的，由接收或继续经营单位为职工续缴医疗保险费，并负责缴纳欠费。原单位退休人员职工医保关系按规定移交

医保经办机构管理。

第十二条 灵活就业人员参加职工医保的参保缴费和管理。

（一）灵活就业人员以省平均工资的 80%为缴费基数预缴下年度职工医保费，可选择统账结合模式，按 9%缴纳医疗保险费；也可选择单建统筹模式，按 6.3%缴纳医疗保险费。

（二）新参保灵活就业人员，足额缴纳医疗保险费满 3 个月后，享受规定的职工医保待遇。

（三）灵活就业人员按自然年度缴费，原则上每年 9 月 1 日至 12 月 31 日一次性预缴下一年度的职工医保费。未在规定时间内缴费的视为中断缴费，中断后重新缴费满 3 个月后，享受规定的职工医保待遇。

（四）灵活就业人员按年度一次性缴纳职工医保费进入待遇享受期后不予退还。若在用人单位依法参加职工医保的，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医保费。

第十三条 居民医保实行按年度缴费，原则上每年 9 月 1 日至 12 月 31 日为下年度集中参保缴费期。集中参保缴费期内缴纳下年度居民医保费的，从下年度 1 月 1 日起享受居民医保待遇；集中参保缴费期外缴纳居民医保费的，从缴费之月起满 3 个月后享受居民医保待遇。

第十四条 新生儿出生之日起 90 日内参加居民医保，并缴纳

出生当年居民医保费的，从其出生之日起至当年 12 月 31 日按照规定享受居民医保待遇。

第四章 医保关系转移接续

第十五条 参保职工在与用人单位解除劳动关系 3 个月（含）内以灵活就业人员身份办理医保关系续保手续，补缴断保期间的职工医保费后连续享受职工医保待遇。超过 3 个月的，缴费满 3 个月后享受待遇。

参保职工在解除劳动关系 3 个月（含）内参加居民医保并缴纳当年居民医保费的，从解除劳动关系当月起按规定享受居民医保待遇。超过 3 个月的，缴费满 3 个月后享受待遇。

第十六条 参保人已连续 2 年（含）以上参加居民医保的人员，因就业等个人状态变化参加职工医保且中断缴费 3 个月（含）以内，可办理基本医疗保险费补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。中断缴费 3 个月以上的，缴费满 3 个月后享受待遇。

参保人员在一个参保缴费年度内，不得在居民医保和职工医保之间切换参保关系，下一个参保缴费年度可重新选择参加居民医保或职工医保。以下情况除外：（1）以单位职工身份就业或解除劳动关系人员；（2）享受失业保险待遇的被征地安置人员；（3）享受失业保险待遇期满的人员。

第十七条 参保人员跨统筹地区转移医保关系的，其剩余的职工医保个人账户资金可随同转移。

第五章 缴费年限

第十八条 职工达到法定退休年龄时应办理医保清算。职工医保累计缴费年限达到男职工满 30 年、女职工满 25 年（其中，1996 年 12 月 31 日以前符合国家规定的连续工龄视同缴费年限），且在我市的实际缴费年限满 10 年的，办理医保清算后享受退休人员职工医保待遇，不再缴纳职工医保费。

缴费年限未达到规定年限的，可一次性补缴不足年限，补缴标准为补缴时灵活就业人员统账结合缴费标准；也可以在职身份继续缴费至规定年限后再办理医保清算，缴费标准为灵活就业人员统账结合缴费标准。继续缴费期间可向医保经办机构申请一次性补缴医保缴费年限。一次性补缴年限不补计个人账户。

职工医保参保人员达到法定退休年龄时，在 3 个月内办理医保清算手续的，从法定退休年龄的次月起享受退休人员医保待遇；超过 3 个月办理医保清算的，从清算次月起享受退休人员医保待遇。

原我市国有、集体企事业单位改制改革时与单位终止或解除劳动关系的职工，达到法定退休年龄后，可申请办理职工医保清算，应一次性补缴不足年限，从清算 3 个月后享受退休人员医保

待遇。

一次性补缴费用后在待遇等待期内死亡的，可退还一次性补缴费用。

第十九条 用人单位未按规定参加职工医保，由该用人单位进行补缴，缴费基数为申报补缴时省平均工资的 80%，单位缴费比例为 7%，职工个人缴费比例为 2%，足额补缴后，医保经办机构补计职工医保缴费年限，将职工个人补缴部分划入个人账户。补计缴费年限期间的职工医保待遇由用人单位承担。

第二十条 2015 年 7 月 31 日前已改制改革的原我市国有、集体企事业单位，在改制改革时与单位终止或解除劳动关系的职工，经本人申请，个人在退休时可按我市职工医保市级统筹时（2011 年）的缴费基数和 6% 的费率补缴 1997 年 1 月至单位改制改革时未参加职工医保的年限（达到职工医保缴费年限的除外），补缴时限最长不超过 10 年。

第二十一条 参加居民医保（含原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗）的成年人（满 18 周岁及以上）的实际缴费年限，按照每 3 个月折算 1 个月计为职工医保缴费年限。其中，我市居民医保的缴费年限折算为我市职工医保的实际缴费年限；市外居民医保的缴费年限折算为我市职工医保的视同缴费年限。

原参加我市农民工医疗保险人员的实际缴费年限，按照每 3 个月折算 1 个月计为职工医保实际缴费年限。

市外职工医保的参保人员，其职工医保的实际缴费年限可计算为我市职工医保视同缴费年限。

参保人员重复参加基本医疗保险，重叠的参保时间不重复计算缴费年限，不重复享受基本医疗保险待遇。

第六章 职工医保个人账户

第二十二条 职工医保按规定建立个人账户。

（一）在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人参保缴费基数²的 2%。

（二）退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，划入额度为 2022 年全市基本养老金平均水平的 2.8%。在职转退休，从享受医保退休待遇起调整退休人员个人账户计入办法。

参加职工医保单建统筹的参保人员，不建立个人账户。

第二十三条 个人账户利息计算方法：个人账户每年年末计算利息，利息基数为年度结算时的个人账户余额。在每年年度结算时按照当期 3 个月定期存款基准利率计算。利息纳入个人账户使用。

第二十四条 参保人员死亡后，其职工医保个人账户余额依法继承。

第七章 基本医疗保险待遇

第二十五条 医保支付范围按照基本医疗保险药品目录、诊

疗项目目录和医疗服务设施项目范围（以下简称三个目录）的规定执行。今后国家、省有新规定的，按新规定执行。

（一）三个目录中的甲类药品、甲类项目费用全部纳入政策范围内报销；

（二）三个目录中乙类药品、乙类项目（单独收费的医用耗材除外）费用按比例纳入政策范围内报销。

1.职工医保：乙类药品、乙类项目纳入政策范围内的报销比例为 90%。

2.居民医保：乙类药品纳入政策范围内的报销比例，2023 年为 85%，2024 年 1 月 1 日起为 90%；乙类项目纳入政策范围内的报销比例为 80%。

（三）三个目录内实行限价管理的药品和项目，超出限价的金额由个人自行承担，基本医疗保险统筹基金不予报销。单独收费的医用耗材限价管理按省、市相关政策执行。

（四）未纳入医保基金支付范围的药品和项目作为丙类，费用由个人全额承担。

第二十六条 普通门（急）诊待遇。

（一）职工医保参保人员个人账户使用和职工门诊统筹保障待遇等按照《泸州市人民政府办公室关于印发泸州市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则的通知》（泸市府规〔2022〕6 号）有关规定执行。

(二)居民医保参保人员到基本医疗保险定点医疗机构(以下简称定点医疗机构)门诊就医,符合基本医疗保险政策的普通门诊医疗费用由居民门诊统筹基金在年度支付限额内按比例支付,不足部分由个人承担。2023年起,居民门诊统筹年度支付限额为每人每年130元,支付比例为70%。支付比例和年度支付限额根据经济发展水平和基金收支情况适时调整。

参保人员原家庭门诊账户有结余的,其在定点医疗机构门诊就医,符合基本医疗保险政策的普通门诊医疗费用可由原家庭门诊账户按规定支付,不足部分由个人承担。

第二十七条 符合高血压、糖尿病门诊用药保障待遇享受条件的参保人员在定点医疗机构门诊发生的降血压、降血糖的政策范围内药品费用,报销不设起付线,统筹基金支付比例为70%。高血压年度支付限额为每人每年200元,糖尿病年度支付限额为每人每年300元,同时患高血压、糖尿病的最高支付限额合并计算。

第二十八条 门诊特殊疾病待遇。

符合享受门诊特殊疾病待遇的参保人员,按照省、市门诊特殊疾病相关政策执行。

第二十九条 住院待遇。

参保人员普通住院实行单次住院结算。起付标准和报销比例如下:

职工医保

医疗机构级别	在职人员					退休人员				
	市内医疗机构		市外医疗机构			市内医疗机构		市外医疗机构		
	起付标准 (元)	报销比例	起付标准 (元)	报销比例	临时外出(市外)急诊抢救人员和办理了转诊转院手续的人员	起付标准 (元)	报销比例	起付标准 (元)	报销比例	临时外出(市外)急诊抢救人员和办理了转诊转院手续的人员
一级及无等级医疗机构	500	90%	1000	70%	80%	400	96%	1000	76%	86%
二级医疗机构	600	85%	1000	70%	80%	500	92%	1000	72%	82%
三级医疗机构	700	80%	1000	70%	80%	600	88%	1000	70%	80%

居民医保

医疗机构级别	市内医疗机构		市外医疗机构		
	起付标准 (元)	报销比例	起付标准 (元)	报销比例	临时外出(市外)急诊抢救人员和办理了转诊转院手续的人员
一级及无等级医疗机构	200	90%	900	70%	80%
二级医疗机构	400	80%	900	60%	70%
三级医疗机构	800	60%	900	45%	50%

第三十条 危重、急病的参保人员可到就近的非基本医疗保险定点医疗机构抢救，一旦病情稳定，应转入定点医疗机构治疗。因病情危重急诊抢救死亡或急诊转住院的医疗费用，可纳入住院医疗费用报销。在医疗机构住院期间，因病情需要，经医嘱由医院送检的院外定点医疗机构检查或凭处方在院外定点医药机构购药发生的费用，由医疗机构医保办核准，联网结算的由医疗机构纳入当次住院医疗费用，并按规定进行报销。特殊原因不能联网结算的，提供医嘱、处方或情况说明到参保地医保经办机构申请零星手工报销。

第三十一条 职工医保个体参保人员（含领取失业保险金人员）因终止妊娠发生符合国家和省有关规定的住院医疗费用按职工医保住院待遇报销。

居民医保参保人员因终止妊娠发生的符合国家和省有关规定的住院医疗费用，纳入居民医保统筹基金支付范围，实行限额结算：顺产 1200 元、剖宫产（难产）1800 元、流产 100 元、引产 200 元。多胞胎生育的，每多生育一个婴儿，增加 200 元。住院医疗费用金额低于限额结算标准的，按实支付。住院分娩和计划生育手术中出现“并发症”和“合并症”的住院医疗费用不实行限额结算，按居民医保住院待遇报销，“并发症”和“合并症”病种类别参照本实施细则第三十六条规定执行。

第三十二条 参保人员由于第三人的侵权行为造成伤病的，

其医疗费用应当由第三人按照确定的责任大小依法承担。超过第三人责任部分的医疗费用，由基本医疗保险基金按规定支付。

应当由第三人支付的医疗费用，第三人不支付或者无法确定第三人的，在医疗费用结算时，参保人员可以向参保地医保经办机构书面申请基本医疗保险基金先行支付，医保经办机构按照国家社会保险基金先行支付有关规定执行。

第八章 生育保险待遇

第三十三条 参加生育保险的职工终止妊娠或实施计划生育手术时，在我市连续参保且足额缴纳生育保险费满 9 个月及以上，可按照规定享受生育保险待遇。生育保险待遇包括生育医疗费用、生育津贴。生育医疗费用包括生育的医疗费用、计划生育的医疗费用和法律、法规规定的其他项目费用。

第三十四条 下列符合规定的费用从生育保险待遇支出项目中列支，且不计入基本医疗保险年度支付限额计算。

（一）生育的医疗费用，指女职工符合规定的产前检查的门诊费用和在住院分娩期间发生的医疗费用（含诊治妊娠合并症、并发症的医疗费用）；

（二）计划生育的医疗费用，指职工放置或者取出宫内节育器、施行输卵管或者输精管结扎及复通手术、实施人工（药物）流产术或者引产术等发生的医疗费用；

(三) 生育津贴, 指职工按照国家和省有关规定享受产假或者计划生育手术休假期间获得的工资性补偿。

(四) 法律、法规规定的其他项目费用。

第三十五条 生育保险基金不予支付的费用:

(一) 不符合生育保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准的费用;

(二) 未经医保经办机构批准, 在生育保险定点医疗机构以外发生的生育医疗费用(急诊抢救除外);

(三) 实施人类辅助生殖术(如试管婴儿)和治疗不孕不育症所产生的费用;

(四) 因生育或计划生育手术造成医疗事故发生的医疗费用;

(五) 婴儿医疗、护理、保健、生活用品等费用;

(六) 在国外及港、澳、台地区生育或终止妊娠所发生的费用;

(七) 国家、省规定生育保险基金不予支付的其他费用。

第三十六条 生育医疗费、计划生育手术医疗费实行限额和按项目相结合的方式支付。

(一) 限额支付。

1. 住院生育限额支付项目及标准(医疗费用总额低于限额标准的按实支付, 高于限额标准的按限额标准支付):

(1) 自然分娩：二级及以上医疗机构 4000 元、一级及以下医疗机构 1800 元。

(2) 难产（含剖宫产）：二级及以上医疗机构 5600 元、一级及以下医疗机构 2500 元。

多胞胎生育的，每多生育一个婴儿增加 400 元。

2. 计划生育手术：门诊流产术 800 元、住院流产术 1500 元、引产术 1500 元、药物流产 350 元、放置或取出宫内节育器 350 元、避孕药皮下埋植或取出术 150 元、施行输卵管结扎术或施行输精管结扎术 1200 元、施行输卵管复通术或施行输精管复通术 1500 元。

生育同时进行计划生育手术，或同时进行多项计划生育手术的，按照单项手术最高支付标准支付医疗费用。

(二) 按项目支付。

住院分娩同时诊治下列生育合并症和并发症的，当次住院医疗费按照基本医疗保险结算标准进行结算，所需资金从生育待遇支出项目中列支。

1. 合并严重内科疾病是指下列情况：合并心脏病伴心功能不全；合并急性肝炎或慢性肝炎活动期、急性脂肪肝；合并重度贫血（血红蛋白低于 6g/dl）；合并重度血小板减少（血小板计数小于 5 万/mm³）；合并甲状腺功能亢进（甲亢危象）；合并肾脏疾病伴肾功能不全；妊娠期肝内胆汁淤积症（重度）等。

2.合并外科疾病是指下列情况：腹部伤口感染、裂开；合并急性胰腺炎、急性胆囊炎、急性阑尾炎；合并肠道梗阻；合并下肢静脉血栓、静脉炎；符合手术指征的子宫肌瘤摘除术等。

3.并发症是指从分娩开始，到本次分娩结束期间出现下列情况：子宫破裂；羊水栓塞；前置胎盘、胎盘粘连或植入需采取急救止血治疗者；产后出血(大于 500ml，且需要输血急救者)；会阴Ⅲ度及复杂裂伤行缝合术的；妊娠期高血压疾病中的重度子痫前期和子痫；妊娠期糖尿病（需胰岛素治疗）；胎盘早剥；子宫内翻；产科弥漫性血管内凝血；产褥感染（并发脓毒血症、败血症、中毒性休克）。

参保职工宫内节育器嵌顿需住院实施取环术时，当次住院医疗费按照基本医疗保险结算标准进行结算。

第三十七条 女职工分娩后，对产前检查实行定额补助，定额补助标准为 700 元。

第三十八条 在我市连续参保且足额缴纳生育保险费满 9 个月及以上的男职工，其未就业配偶符合规定的生育医疗费用，生育保险基金按照核定生育医疗费用（含产前检查）支付金额的 50%支付生育补助金。如其配偶已在职工医保或居民医保中报销生育医疗费用的，生育保险基金只补助产前检查定额补助标准的 50%。

第三十九条 生育津贴按照职工所在用人单位上年度职工月

平均缴费工资除以 30 再乘以规定假期天数计发，由医保经办机构支付给用人单位。生育津贴与产假期间的工资不能重复享受。职工产假或者计划生育手术休假期间，享受的生育津贴低于其产假前或者休假前工资标准的，由用人单位予以补足。

第四十条 女职工生育津贴计发天数按照《女职工劳动保护特别规定》（国务院令第 619 号）中关于产假的规定执行。

（一）女职工生育：享受 98 天生育津贴；难产的，增加 15 天生育津贴；生育多胞胎的，每多生育 1 个婴儿，增加 15 天生育津贴。

（二）女职工怀孕未满 4 个月流产的，享受 15 天生育津贴；怀孕满 4 个月流产的，享受 42 天生育津贴。

第四十一条 职工计划生育手术的生育津贴计发天数标准。

- （一）放置宫内节育器的，享受 2 天的生育津贴；
- （二）取出宫内节育器的，享受 1 天的生育津贴；
- （三）实行输精管结扎手术的，享受 7 天的生育津贴；
- （四）实行输卵管结扎手术的，享受 21 天的生育津贴；
- （五）实行输精管复通手术的，享受 14 天的生育津贴；
- （六）实行输卵管复通手术的，享受 21 天的生育津贴。

生育同时进行计划生育手术，或同时进行多项计划生育手术的，按单项手术最多天数计发生育津贴。

第四十二条 国家机关、社会团体和财政拨款的事业单位的

职工休产假或者计划生育手术休假期间的工资福利照发，由用人单位按照原渠道发放，生育保险基金不支付生育津贴。

第四十三条 用人单位参保女职工住院分娩，在符合领取待遇之日前出院的，生育医疗费由用人单位支付；在符合领取待遇之日及以后出院的，生育医疗费由基金支付。

参保女职工住院分娩之日至符合待遇领取之日期间不计发生育津贴。

职工享受支付生育保险待遇期间，其生育保险关系处于正常参保缴费状态。产假期间，女职工因个人意愿主动要求解除劳动关系的，按实际休假天数享受产假津贴。已领取生育津贴的，用人单位应主动退还剩余产假天数的津贴。

生育津贴原则上由用人单位在女职工产假或计划生育休假结束后三个月内向参保地医保经办机构申报。

第四十四条 用人单位职工从统筹地区外经县级以上组织部门或人力资源社会保障行政部门调动到我市参保单位的，符合国家规定的连续工龄视同生育保险缴费年限。

第四十五条 参保女职工连续缴费至法定退休年龄且满 9 个月及以上的，退休后生育或取出宫内节育器所产生的医疗费用按规定标准报销，不再支付生育津贴。

第四十六条 符合《四川省人口与计划生育条例》规定延长女方生育假，给予男方护理假的相关待遇不属于生育保险基金支

付范围，延长的生育假、护理假视为出勤，工资福利待遇不变。

第九章 就医和费用管理

第四十七条 转诊转院管理。

参保人员在统筹地区内因病情需要，经就医医疗机构同意，办理转诊转院手续后，7天内到转院医疗机构继续住院治疗，按高级别医疗机构住院起付线标准支付一次起付线。

参保人员因病情需要从统筹地区内转往统筹地区外就医，经县域内高级别定点医疗机构或省市的三级定点医疗机构同意，办理转诊转院手续，并向参保地医保经办机构备案或自助备案后，7天内到备案就医地医疗机构继续住院治疗，按办理了转外手续的就医政策予以报销。

异地长期居住人员在备案地转往统筹地区外就医，参照上述规定执行。

第四十八条 异地长期居住人员备案管理。

异地长期居住参保人员，实行“一次备案、长期有效”。长期居住在统筹地区外的异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在外工作、居住、生活的人员，可向参保地医保经办机构申请备案，选择备案地定点医疗机构作为日常就医医疗机构。在备案地就医结算时，执行我市规定的本地就医医保待遇支付政策。原则上在备案生效后6个月内不得申请变更，

因退休安置地、工作单位发生变化等情况的，凭调动文件等有关资料可实时申请变更。

参保人员以个人承诺方式办理异地长期居住人员备案手续的，应履行承诺事项，可在补齐相关备案材料后在备案地和参保地双向享受医保待遇。

第四十九条 临时外出就医人员备案管理。

临时省外就医参保人员，实行“一次备案、半年有效”。6个月有效期内可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。备案有效期内已办理入院手续、在有效期满后出院的，超期时间视为备案有效期内。因病情需要且由具备资格的定点医疗机构开具转诊证明的，凭有关资料可实时申请变更。

第五十条 居民分级诊疗管理。

参加居民医保的人员实行“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的就医原则。参保人员在二级甲等及以下定点医疗机构或有关部门确定的其他首诊医疗机构就医的，因病情需要转诊转院到上级医疗机构继续治疗，不降低当次住院报销比例；参保人员未按规定进行基层首诊的，降低当次住院报销比例 10 个百分点。

65 岁以上的老年人、0-6 岁婴幼儿、重度残疾人、急诊患者、孕产妇等特殊人群，可根据病情需要自主选择就近医疗机构就诊，不受转诊转院规定限制，就医费用按照相应等级医疗机构报

销标准报销。

第五十一条 高校中的大中专在校学生寒、暑假和符合高校管理规定的实习、因病休学等法定不在校期间，在统筹地区外定点医疗机构发生的住院医疗费用按统筹地区内住院标准报销。

第五十二条 职工医保和居民医保就医管理和费用结算。

（一）统筹地区内。

参保人员在统筹地区内就医实行实名制管理，即参保人员持本人社会保障卡和医保电子凭证到定点医疗机构就医。参保人员出院后在次年3月31日前未与定点医疗机构结算的医疗费用（医疗事故和医疗纠纷除外），经定点医疗机构报请医保经办机构审核同意，符合医疗保险报销范围内的医疗费用，定点医疗机构可与医保经办机构进行结算。

参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用实行“一站式”“一单制”结算，个人负担的费用可从个人账户（或原居民家庭门诊账户）中支付，不足部分现金支付，其余部分由定点医疗机构与相关部门按月结算。

（二）统筹地区外。

1.参保人员在统筹地区外开通异地就医联网直接结算的定点医疗机构就医，应持有效的社会保障卡和医保电子凭证实行联网结算（省外就医的需向参保地医保经办机构备案），个人负担部分费用可由个人账户或现金支付。医保报销部分由就医地医保

经办机构与医疗机构结算。

2.参保人员在统筹地区外未开通异地就医联网直接结算的定点医疗机构就医或因特殊原因未即时联网结算的，其医疗费用先由个人垫付后，按照医疗保障政务服务事项清单要求，持相关资料到参保地医保经办机构申请审核报销。

第五十三条 住院医疗费用报销年度结算时间为自然年度，统筹地区内联网结算的按自然年度进行分割，分段报销。其他情形以出院时间所在年度进行结算。参保人员以出院时的参保状态享受相应的基本医疗保险待遇。

参保人当年发生的医疗费用申报截止时间原则上为次年3月31日。

第十章 定点医药机构管理

第五十四条 医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划、参保人员用药需求等确定定点医药机构的资源配置，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医保经办机构、定点医药机构进行监督。

第五十五条 医保经办机构负责确定定点医药机构，并与定点医药机构签订服务协议，提供经办服务，开展协议管理、考核等，规范定点医药机构服务行为，促进医疗服务质量的提高，控

制医疗费用不合理增长，确保参保人员得到合理的医疗服务。

第五十六条 定点医疗机构及其工作人员应按照服务协议约定，执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，为参保人员即时结算医疗费用并提供出院证、医疗费用票据、住院费用医保结算单、门诊处方、门诊检查检验报告等资料。

定点医疗机构应加强内部管理，严格掌握出入院指征，确保医保基金支付的费用符合规定的支付范围，不得以医保支付政策为由拒收患者。对提供医保基金支付范围以外的医药服务，定点医疗机构应履行告知，并经参保人员或其近亲属、监护人同意。

第五十七条 定点零售药店应按照服务协议约定为参保人员提供药品咨询、用药安全、医保药品销售、医保费用结算等服务，应当严格执行医保支付政策。在提供药品服务时，应核对参保人员有效身份凭证，做到人证相符。

第五十八条 定点医药机构应当按照医疗保险联网结算和实时监控的要求，配备必要的信息管理软件和硬件，遵守医疗保险信息技术规范和信息安全相关规定，保护参保人员隐私，确保传输的医疗费用数据真实、准确、完整，承担因提供不实资料、传输虚假数据、错误数据产生的经济 and 法律责任。

第十一章 监督考核及奖惩管理

第五十九条 医疗保障部门向社会公布统一的违法违规使用医保基金投诉电话，负责举报的受理，并依法及时调查和处理。

举报内容核实后，医疗保障部门对举报人予以奖励，按国家、省、市有关违法违规使用医疗保障基金举报奖励政策规定执行。

第六十条 医疗保障部门会同卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、审计、公安等部门对定点医药机构进行审查和监督，并有权调阅、复制定点医药机构的医疗文书、会计核算资料及药品进销存凭据等有关材料。定点医药机构、就诊人员及有关单位和个人应当及时、如实提供，不得拒绝检查，伪造、变造、隐匿资料。

第六十一条 引入商业保险机制，创新医疗保险公共服务。在确保基金和信息安全的前提下，探索推进具有资质的商业保险机构参与医疗保险经办服务，提高医疗保险监管和经办服务水平。积极引入信息技术服务机构、会计师事务所、商业保险机构等第三方力量参与医保基金监管，提升监管的专业性、精准性、效益性。

第六十二条 医保经办机构负责对定点医疗机构开展绩效考核，建立动态管理机制。考核结果与年终清算、协议续签等挂钩。

定点医药机构违反服务协议的，医保经办机构有权拒绝支付相关医疗费用，已经支付的，予以追回，并按服务协议追究违约责任。凡以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保障待遇

的，按照《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》等有关规定予以处理，对单位和个人涉嫌医疗保障基金欺诈犯罪且符合移送条件的案件，依法向公安机关移送；对在医保基金监管执法、行政检查工作中发现的中共党员、监察对象违反医保法律法规，骗取医保基金，涉嫌违纪或者职务违法、职务犯罪的问题线索移送纪检监察机关。

第十二章 附则

第六十三条 本实施细则从 2023 年 1 月 1 日起执行。《泸州市人力资源和社会保障局 泸州市财政局关于印发泸州市基本医疗保险实施细则的通知》（泸市人社发〔2018〕2 号）、《泸州市医疗保障局 泸州市财政局 泸州市人力资源和社会保障局 泸州市卫生健康委员会 国家税务总局泸州市税务局关于印发泸州市生育保险和职工基本医疗保险合并实施细则的通知》（泸市医保发〔2019〕67 号）、《泸州市医疗保障局 泸州市教育和体育局 泸州市财政局 国家税务总局泸州市税务局关于进一步做好大学生参加城乡居民基本医疗保险有关工作的通知》（泸市医保发〔2021〕15 号）、《泸州市医疗保障局 泸州市教育和体育局 泸州市财政局关于调整我市城乡居民基本医疗保险大学生门诊统筹政策的通知》（泸市医保发〔2021〕37 号）、《泸州市医疗保障局 泸州市财政局关于优化生育保险的生育医疗费用结算的通

知》(泸市医保发〔2021〕50号)等文件同时废止。我市原相关规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。国家和省有新的规定，从其规定。

信息公开选项：主动公开

泸州市医疗保障局办公室

2022 年 12 月 30 日印发
