

泸州市人民政府文件

泸市府规〔2022〕7号

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

各区县人民政府，各园区管委会，市级各部门，有关单位：

《泸州市基本医疗保险和生育保险实施办法》已经市九届人民政府第20次常务会议审议通过，现印发给你们，请结合实际认真贯彻执行。



泸州市基本医疗保险和生育保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步健全完善我市基本医疗保险和生育保险制度，保障参保人员合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《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）、《医疗保障基金使用监督管理条例》《国务院办公厅关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》（国办发〔2019〕10号）和《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 坚持制度引领，建成覆盖全民、统筹城乡、权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系；坚持应保尽保、保障基本、既尽力而为又量力而行，实事求是确定保障范围和标准，把提高社会保障水平建立在经济和财力可持续增长的基础上，不脱离实际、不超越阶段。

第三条 市、区县人民政府将基本医疗保险和生育保险事业纳入国民经济和社会发展规划，加大对基本医疗保险和生育保险事业的投入，组织本行政区域内的用人单位依法参加职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和生育保险，组织本行政区域内的城乡居民依法参加城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保），

统筹协调医疗、医药、医保制度改革，逐步提高参保人员的基本医疗保障和生育保障水平。

市、区县医疗保障（以下简称医保）行政部门负责基本医疗保险和生育保险管理工作。市、区县医保经办机构负责基本医疗保险和生育保险经办管理和服务工作。

医保、教育体育、公安、民政、财政、人力资源社会保障、自然资源和规划、卫生健康、退役军人、审计、市场监管、统计、乡村振兴、税务、残联等部门密切配合，履职尽责，信息共享，共同做好基本医疗保险和生育保险工作。

第四条 我市基本医疗保险分为职工医保和居民医保，按照保障水平与经济社会发展水平相适应的原则，根据财政状况、用人单位和个人经济承受能力等确定筹资标准和待遇水平。

第五条 基本医疗保险和生育保险实行市级统筹、属地管理、分级负责。全市实行统一的基本医疗保险和生育保险政策。职工医保与生育保险合并实施，统一基金管理、统一经办管理、统一信息管理。

第二章 参保范围

第六条 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。

第七条 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。

第八条 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。

第三章 基本医疗保险费和生育保险费征缴

第九条 职工医保基金和生育保险基金的来源：

- （一）参保单位缴纳的职工医保费和生育保险费；
- （二）参保单位职工缴纳的职工医保费；
- （三）灵活就业人员缴纳的职工医保费；
- （四）基金利息和滞纳金收入；
- （五）法律法规规定的其他筹集资金。

第十条 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。用人单位以本单位上年度职工工资总额为缴费基数，并以全省上年度城镇全部单位就业人员平均工资的 300%和 80%分别作为缴费基数上

下限。国家机关、社会团体和财政拨款的事业单位缴费比例为 7.4%（基本医疗保险 7%、生育保险 0.4%），其余用人单位缴费比例为 7.75%（基本医疗保险 7%、生育保险 0.75%）；职工个人缴费比例为 2%。

根据职工医保基金支出情况和生育待遇的需求，按照收支平衡的原则，建立缴费基数和缴费比例的动态调整机制，实现制度可持续发展。

第十一条 用人单位应当依法自行申报、按时足额缴纳基本医疗保险费和生育保险费，非因不可抗力等法定事由不得缓缴、减免。职工应当缴纳的基本医疗保险费由用人单位代扣代缴。用人单位未按时足额缴纳职工医保费和生育保险费的，按照规定加收滞纳金。参加职工医保的灵活就业人员，应当自行申报缴费。

第十二条 灵活就业人员选择参加职工医保后，原则上实行预缴费制度，在每年 9 月 1 日至 12 月 31 日期间以全省上年度城镇全部单位就业人员平均工资的 80%为缴费基数缴纳下年度职工医保费，参加统账结合的灵活就业人员，缴费比例为 9%；参加单建统筹（即不建立个人账户）的灵活就业人员，缴费比例为 6.3%。

灵活就业人员参加职工医保后，从连续足额缴费满 3 个月后享受职工医保统筹基金支付待遇，其中，符合《基本医疗保险关系转移接续暂行办法》规定办理医保关系转移接续的，从其规定。

第十三条 失业人员领取失业保险金期间，应参加职工医保，

其应当缴纳的职工医保费从失业保险基金中列支。领取失业保险金期间的失业人员从参保之月起享受职工医保待遇。

第十四条 失业人员领取失业保险金期间参加生育保险按照国家 and 省相关规定执行。

第十五条 职工医保基金由统筹基金和个人账户构成。个人账户的划拨按照《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》（泸市府办规〔2022〕6号）（以下简称《实施细则》）有关规定执行。

第十六条 居民医保实行个人缴费和财政补助相结合的筹资方式。居民医保基金来源：

- （一）参保居民个人缴纳的居民医保费；
- （二）财政补助资金；
- （三）基金利息收入；
- （四）法律法规规定的其他筹集资金。

第十七条 居民医保筹资标准原则上按照国家规定的筹资标准执行，每年由市医保局、市财政局和市税务局公布。参保缴费财政补助标准按照国家、省、市规定执行。

第十八条 居民医保实行按年度一次性预缴费，所缴居民医保费在进入待遇享受期后不予退还（含被征地安置人员的一次性缴费）。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，城乡居民应在集中参保缴费期内足额缴费。

第十九条 政府对居民医保参保缴费的补助由中央、省、市、

区县财政补助构成。中央、省财政补助按照规定执行，应由我市地方财政补助部分，除市属高校大学生补助由市财政全额承担外，市、区财政按照 3:7 的比例承担，扩权县自行承担。市、区县应将补助资金纳入财政预算，及时拨付到位。

第二十条 按照我市居民医保个人缴费标准，政府对特困人员、低保对象、孤儿、低保边缘家庭 60 周岁以上老年人和未成年人、防止返贫监测对象、已稳定脱贫人口、Ⅰ至Ⅱ级残疾人、Ⅲ至Ⅳ级精神和智力残疾人、重点优抚对象、持有独生子女父母光荣证的农村独生子女父母参加居民医保所需个人缴费部分，给予资助。

特困人员、孤儿和重点优抚对象按照我市居民医保个人缴费标准给予全额资助，个人不缴费。低保对象、防止返贫监测对象、低保边缘家庭 60 周岁以上老年人和未成年人、Ⅰ至Ⅱ级残疾人、Ⅲ至Ⅳ级精神和智力残疾人按照我市居民医保个人缴费标准给予 75% 的定额资助。已稳定脱贫人口，对其参加我市 2023 年、2024 年居民医保费用，按照我市同期居民医保个人缴费标准的 50%、25% 进行资助，2025 年起不再享受资助参保政策。做好持有独生子女父母光荣证的农村独生子女父母资助参加居民医保政策的有序衔接，继续落实我市独生子女家庭资助参保政策，资助标准按照我市同期居民医保个人缴费标准的 50% 执行。

同时符合两种或两种以上资助条件的居民医保参保人员，按照资助标准就高不就低的原则，只享受一种资助政策，按照资助

比例最高身份类别标准给予资助。

特困人员、孤儿、低保对象、防止返贫监测对象、已稳定脱贫人口由医疗救助资金资助参保，其他特殊人员由区县财政统筹资金资助参保。

第二十一条 被征地安置人员参加居民医保的，由征地单位按照征地当年筹资标准为被征地安置人员一次性缴纳居民医保费后，享受相应的居民医保待遇。

第二十二条 居民医保由各级政府按照下达的目标任务组织征缴，做到应征尽征、应保尽保。除高校中的大中专学生由学校组织参保并负责收取居民医保费外，居民由户籍所在地的乡镇人民政府（街道办事处）、村（社区）组织参保，政府资助参保的人员原则上由资助地组织参保。

第二十三条 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。

参保居民应于集中参保缴费期一次性缴纳下年度居民医保费。未在规定时间内缴费的视为中断缴费，中断缴费后续保缴费的按照新参保居民享受待遇。

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。

第二十四条 职工达到法定退休年龄时应办理医保清算。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，可继续缴费或一次性补缴费至规定年限后再办理医保清算。

第二十五条 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；异地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。

异地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。

第四章 基本医疗保险待遇

第二十六条 参保人员在基本医疗保险定点医药机构发生的购药、门（急）诊、住院等医药费用，符合国家、省、市基本医疗保险和生育保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施目录范围（统称支付范围）的，按照规定从基本医疗保险基金中支付。

（一）普通门（急）诊待遇。

建立健全职工医保门诊共济保障机制，职工医保门诊共济保障待遇等按照《实施细则》有关规定执行。

居民医保参保人员普通门诊实行门诊统筹制度，门诊统筹所需资金从居民医保基金中划拨，个人不缴费，主要用于支付符合居民医保政策规定的普通门诊医疗费用。居民门诊统筹基金按年度限额支付，门诊统筹年度支付限额当年有效，支付比例为 70%。2023 年起，门诊统筹基金年度支付限额为每人每年 130 元。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。

已实行基本药物制度的乡镇卫生院、社区卫生服务中心和村卫生室（站）、社区卫生服务站发生的一般诊疗费（含挂号费、诊查费、注射输液费、药事服务成本）纳入居民医保统筹基金支付范围，按照一个保险年度内参保人员人均 10 元的标准实行总额控制、分级管理。

参保人员急诊死亡或急诊转入住院治疗的急诊医疗费用，可纳入住院医疗费用按照规定支付。

（二）高血压、糖尿病（以下称“两病”）门诊用药保障待遇。

参保人员按照规定享受“两病”门诊用药保障待遇。

（三）门诊特殊疾病待遇。

参保人员患特殊疾病需长期门诊治疗的，其门诊医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围。门诊特殊疾病管理办法由

医保局、市财政局另行制定。

（四）住院医疗保险待遇。

参保人员在基本医疗保险定点医疗机构发生的住院医疗费用按照单次住院结算，实行不同级别医疗机构起付标准和年度最高支付限额管理，起付标准以上、最高支付限额以下的符合基本医疗保险政策范围内的医疗费用按比例从基本医疗保险统筹基金中支付。

1.起付标准和支付比例。

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)	支付比例	起付标准 (元)	支付比例	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)	支付比例	起付标准 (元)	支付比例	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)	支付比例	起付标准 (元)	支付比例	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%

2.年度最高支付限额。

2023年起，一个年度内，职工医保统筹基金最高支付限额为28万元，居民医保统筹基金最高支付限额为18万元。

起付标准、支付比例、年度最高支付限额根据筹资标准、基金运行情况和经济发展水平等适时调整。

第二十七条 参加职工医保的灵活就业人员和居民医保参保人员，在基本医疗保险定点医疗机构发生的且符合规定的住院生育医疗费用，由基本医疗保险统筹基金按照规定支付。

第二十八条 参保人员在治疗性康复期间所接受的医疗康复项目按照规定纳入基本医疗保险统筹基金支付范围。

第二十九条 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、省规定基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

第五章 生育保险待遇

第三十条 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。

第三十一条 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 and 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。

第三十二条 职工在我市定点医疗机构生育或施行计划生育手术的,按照以下标准享受生育医疗待遇(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):

(一) 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。

(二) 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。

(三) 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。

第三十三条 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。

第三十四条 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。

第三十五条 女职工生育享受产假,生育津贴支付期限按照

《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。

第三十六条 职工享受计划生育手术休假，休假期间计发生育津贴。

第三十七条 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%。

第六章 基金管理与风险控制

第三十九条 基本医疗保险基金（含职工医保基金和居民医保基金）和生育保险基金实行市级统筹，全市统收统支，统一核算，统一管理，统一调度使用，专款专用，不得挤占挪用，并按照规定纳入财政专户，实行收支两条线管理，严格执行社会保险基金财务制度，基金筹集原则：

（一）职工医保基金和居民医保基金分账核算，执行职工医保基金和居民医保基金会计制度；基本医疗保险基金筹集坚持

“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则；

（二）生育保险基金筹集坚持“以支定收、收支平衡”的原则。生育保险基金并入职工医保基金，统一征缴，统一缴费基数，不单列生育保险基金收入，在职工医保统筹基金待遇支出中设置生育保险待遇支出项目。

第四十条 基本医疗保险基金和生育保险基金的预算草案由市医保经办机构会同市税务局编制，经市财政局审核后报市人民政府，经市人大批准后，批复市医保经办机构和市税务局具体执行，并报省医保局和省财政厅备案。

基本医疗保险基金和生育保险基金的决算草案由市医保经办机构编制，经市医保局和市财政局审核，报市人民政府审定后，提交市人大审批后，由市医保局和市财政局报省医保局和省财政厅。

第四十一条 医保经办机构应建立健全内控制度，按照职责分工和社会保险基金财务、会计制度进行会计核算；建立基金定期（季度、半年、年）医保基金运行分析制度和基金管理预警分析制度。

第四十二条 市、区县医保局、财政局定期或不定期对医保基金收入、支出、结余和存储情况以及医保经办机构与经办职工补充医疗保险、城乡居民大病保险的商业保险公司履行合同情况进行监督检查，确保基金安全。

第四十三条 基本医疗保险基金和生育保险基金通过预算实

现收支平衡。县级以上人民政府在基本医疗保险基金和生育保险基金出现支付不足时，给予补贴。

第四十四条 各级医保经办机构要按照内部控制的要求，合理设置工作岗位，建立岗位之间、业务环节之间相互监督、相互制约、随机抽查的管理机制。

第七章 服务管理与结算

第四十五条 医保经办机构应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度。

医保经办机构通过业务经办、统计调查收集汇总相关数据，有关单位和个人应当及时、如实提供。

乡镇（街道）及其村（社区）负责组织居民参保资源调查、参保登记核定及医保缴费归集等工作。

第四十六条 基本医疗保险和生育保险实行统一定点医疗服务管理。市、区县医保经办机构应公开协议管理的医疗机构和零售药店的基本条件，通过协商谈判将符合条件的医药机构纳入基本医疗保险协议定点管理范围，并签订服务协议，明确双方的权利义务和违约责任追究办法；对医保协议管理的医药机构实行动态管理，并建立退出机制。

第四十七条 定点医疗机构和定点零售药店应当按照规定设置医保工作机构，确定基本医疗保险和生育保险专（兼）职工作人员，按照协议要求履行基本医疗保险、生育保险工作管理和服

务职责。

第四十八条 定点医疗机构应当建立与基本医疗保险、生育保险相适应的管理制度，应当优先在规定的基本医疗保险和生育保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施目录范围内为参保人员提供医疗服务。定点医疗机构应当确保基本医疗保险基金支付的费用符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，提供基本医疗保险基金支付范围外的医药服务，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

第四十九条 定点零售药店应当建立与基本医疗保险相适应的管理制度，保证基本医疗保险用药的质量和品种，为参保人员提供合理用药咨询服务。

第五十条 完善医保医师制度，建立医保医师库，加强医保对医疗服务行为事前、事中、事后监管，逐步将医保对医疗机构服务的监管延伸到对医务人员医疗服务行为的监管。

第五十一条 市、区县医保经办机构依托国家、省医疗保障信息平台，实现多种方式参保登记缴费、待遇联网结算、网络实时监控等功能。

定点医药机构应当按照医保管理的要求建立健全本单位信息管理系统，实现与医保经办机构联网结算和信息实时共享。

第五十二条 参保人员因病在市内定点医疗机构和已实现联网即时结算的市外医疗机构就医时所发生的符合基本医疗保险基金支付范围的医疗费用，属于个人承担的部分，由定点医疗机

构与个人结算；属于基本医疗保险基金支付的部分，由各级医保经办机构与定点医疗机构结算。参保人员在定点医疗机构和定点零售药店就医、购药应当持本人社会保障卡或医保电子凭证，定点医药机构应核实就医或购药人员的身份。

第五十三条 参保人员因急诊、抢救在非定点医疗机构发生的医疗费用和在不能即时联网结算的统筹区外定点医疗机构发生的住院医疗费用，先由个人全额垫付，治疗终结后持相关资料到参保地医保经办机构结算。对当年发生的基本医疗费用，原则上在次年3月31日以前申报；生育津贴由用人单位原则上在女职工产假或计划生育休假结束后3个月内向参保地医保经办机构申报。

第五十四条 依托国家、省医疗保障信息平台，各相关部门建立工作协调配合机制，确保基本医疗保险、生育保险、补充医疗保险、大病保险、医疗救助等在一个平台即时结算，实现“一站式”服务。

第五十五条 结合基本医疗保险基金预算管理全面深化医保支付方式改革。按照定点医药机构“分级管理”和“属地管理”原则，实行定点医药机构的基本医疗保险费用由属地医保经办机构结算。积极推进按区域点数法总额预算和按病种分值付费、按人头付费、按床日付费等相结合的多元复合式医保支付方式改革。扩大纳入医保支付的门诊特殊疾病的病种范围，把日间手术等逐步纳入医保支付，提升医疗服务效率，节约医疗成本，促进

医疗机构之间良性竞争，激励医疗机构加强自我管理。

第五十六条 进一步完善分级诊疗制度。逐步建立“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的就医制度，形成“小病在基层、大病到医院、康复回社区”的医疗格局。

第五十七条 加强社会信用体系建设，通过医药卫生领域和社会保障领域信用建设，将医药机构、医药服务人员和参保人员的行为纳入社会信用体系，完善以奖惩制度为重点的社会信用体系运行机制。

第八章 法律责任

第五十八条 各级医保行政部门、医保经办机构、定点医药机构及其工作人员、参保单位和参保人员违反基本医疗保险和生育保险政策规定的，依据《中华人民共和国社会保险法》《社会保险费征缴暂行条例》《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗保障行政处罚程序暂行规定》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等相关法律法规予以处理。

第五十九条 医保、公安、民政、人力资源社会保障、卫生健康、审计、市场监管、税务等行政部门要建立基本医疗保险、生育保险违法违规行为发现、调查、认定的沟通协调和信息共享机制。

第九章 组织管理

第六十条 市、区人民政府负责辖区内基本医疗保险、生育保险统筹协调、参保缴费和基金收支的组织管理等工作，建立基本医疗保险和生育保险工作经费保障机制，所需资金纳入同级财政预算。各级医保部门负责贯彻落实国家、省、市基本医疗保险、生育保险政策，并具体组织实施；教育体育部门负责督促学校（幼儿园）做好学生（在园幼儿）居民医保参保缴费的组织和宣传工作；公安部门负责对骗取基本医疗保险、生育保险基金涉嫌违法犯罪案件的侦办工作和提供户籍、居住信息实现基本医疗保险、生育保险参保信息的比对、核实；民政部门负责特困人员、孤儿、低保对象的确认，以及对低保边缘家庭 60 周岁以上老年人和未成年人的确认和参保工作；财政部门负责基本医疗保险基金、生育保险基金的监督管理，居民医保政府补助资金的筹集和划拨，以及医保工作经费的保障；人力资源和社会保障部门负责领取失业保险金人员的确认和参保工作；自然资源和规划部门负责被征地安置人员的确认和参保工作；卫生健康部门负责对各级医疗机构的医疗服务行为的监督管理和违法违规行为的处理；退役军人部门负责重点优抚对象等人员的确认和参保工作；审计部门负责对基本医疗保险基金、生育保险基金的使用和管理进行审计监督；市场监督管理部门负责药品、医疗器械质量监督管理，并负责对定点医药机构的收费行为进行监督检查和违法违规行为的处理；统计部门负责提供人均可支配收入等统计数据；乡村

振兴部门负责防止返贫监测对象和已稳定脱贫人口等人员的确认工作；税务部门负责基本医疗保险费和生育保险费征缴管理，按时足额征收应缴费款，基金收入按照规定缴入国库，并将缴费信息及时反馈医保经办机构；残联负责Ⅰ至Ⅱ级残疾人、Ⅲ至Ⅳ级精神和智力残疾人等人员的确认和参保工作；乡镇、街道负责辖区内基本医疗保险的参保缴费、变更登记、就医管理及政策宣传咨询等工作。

第十章 附 则

第六十一条 离休人员、老红军的医疗待遇不变，医疗费用按照原资金渠道解决，支付确有困难的，由同级人民政府帮助解决。

第六十二条 残疾退役军人、建国前参加革命工作的老工人的医疗待遇按照国家和省有关规定执行。

第六十三条 国家公务员在参加基本医疗保险的基础上，享受医疗补助政策。

第六十四条 完善职工补充医疗保险制度，通过招标确定承办职工补充医疗保险的商业保险公司、缴费标准和待遇水平。参加职工医保的人员可参加职工补充医疗保险，按照规定缴纳补充医疗保险费，享受相应待遇。

第六十五条 完善居民大病保险制度，通过向商业保险机构再投保的方式为参保居民建立大病保险，所需资金在居民医保基

金中列支，参保居民个人不缴费。

第六十六条 本办法从2023年1月1日起施行,有效期五年。《泸州市人民政府关于印发泸州市生育保险实施办法的通知》（泸市府发〔2017〕69号）、《泸州市人民政府关于调整我市城乡居民基本医疗保险有关政策的通知》（泸市府发〔2019〕22号）和《泸州市人民政府办公室关于调整特殊人员参加城乡居民基本医疗保险有关资助政策的通知》（泸市府办发〔2021〕38号）同时废止。我市原相关规定与本办法不一致的，以本办法为准。本办法实施细则由市医保局、市财政局和市税务局另行制定。国家和省有新的规定，从其规定。

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，市纪委监委机关，市中级人民法院，市检察院，泸州军分区。

泸州市人民政府办公室

2022 年 10 月 19 日印发
