

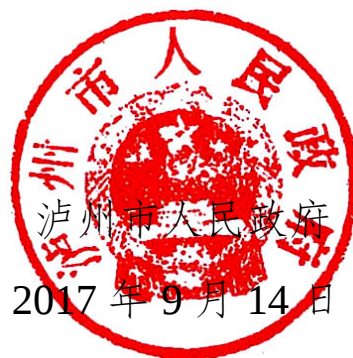
泸州市人民政府文件

泸市府发〔2017〕46号

泸州市人民政府 关于印发泸州市基本医疗保险实施办法的通知

各县（区）人民政府，市级各部门，有关单位：

《泸州市基本医疗保险实施办法》已经市第八届人民政府第21次常务会议审议通过。现印发你们，请遵照执行。



泸州市基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步规范基本医疗保险关系,维护公民参加基本医疗保险和享受基本医疗保险待遇的合法权益,促进我市基本医疗保险事业的健康发展,根据《中华人民共和国社会保险法》和国家、省有关政策规定,结合我市实际情况,制定本办法。

第二条 市、县(区)人民政府将基本医疗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事业的投入,组织本行政区域内的用人单位和居民依法参加基本医疗保险,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水平。

人力资源社会保障行政部门负责基本医疗保险管理工作,医疗保险经办机构负责基本医疗保险的登记、权益记录、医保待遇支付、医保定点医药机构协议管理等工作。

发改、财政、卫生计生、教育、食品药品监管、审计、民政、公安、残联等部门密切配合,履职尽责,共同做好基本医疗保险制度改革工作。

第三条 基本医疗保险制度坚持广覆盖、保基本、多层次、可持续的方针。我市基本医疗保险分为职工基本医疗保险(以下简称职工医保)和居民基本医疗保险(以下简称居民医保)。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确定筹资标准，实行城乡统筹、市级统筹，并实现职工医保和居民医保制度相互衔接转换。

积极探索建立保障制度更加公平、管理服务更加规范、医疗监管更加到位、医疗资源利用更加有效、住院率逐步降低、医疗保障水平逐步提升、促进全民医保体系持续健康发展的多层次医疗保障体系。

第四条 基本医疗保险基金遵循以下原则：

（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；

（二）基金筹集坚持“以收定支，收支平衡，略有结余”的原则；

（三）基金全市统收统支，统一核算。

第五条 基本医疗保险实行市级统筹。全市实行统一基本医疗保险政策、统一参保范围、统一缴费标准、统一待遇水平、统一经办流程和统一信息系统。

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（职）人员，应当依法参加职工医保。

第七条 我市职工医保覆盖范围以外具有本市户籍的城镇

居民、农村居民，高校中的大中专学生及居住本市并办理了居住证的外地户籍人员均可参加居民医保。

第八条 无雇工的个体工商户、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者居民医保。

第三章 基本医疗保险基金筹集

第九条 职工医保基金由统筹基金和个人账户构成。职工个人缴纳的基本医疗保险费全部计入个人账户。用人单位缴纳的基本医疗保险费分为两部分，一部分用于建立统筹基金，一部分划入个人账户。划入个人账户的比例一般为用人单位缴费的 30% 左右。职工医保基金的来源：

- （一）参保单位和职工缴纳的基本医疗保险费；
- （二）灵活就业人员缴纳的基本医疗保险费；
- （三）基金利息和滞纳金收入；
- （四）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共同缴纳。用人单位按照上年度职工个人工资总额的 7% 缴纳，职工个人按照本人上年度工资总额的 2% 缴纳。职工个人应缴的基本医疗保险费由用人单位代扣代缴。

用人单位职工个人工资低于我市上年度职工平均工资的，以我市上年度职工平均工资为基数缴纳，高于我市上年度职工平

均工资 300%的，以我市上年度职工平均工资的 300%为基数缴纳。

第十一条 灵活就业人员选择参加职工医保的，按照参保时上上年度的我市职工平均工资的 9%缴纳当年的基本医疗保险费。其中，单建统筹（即不建个人账户）按 6%缴费。

灵活就业人员参保后，应在每年 9 月 1 日至 12 月 31 日期间以上年度我市职工平均工资为基数预缴下年度基本医疗保险费。

第十二条 失业人员领取失业保险金期间，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。

第十三条 居民医保实行个人缴费和财政补助相结合的筹资方式，采取差别缴费办法。按照国家、省的安排和部署，逐步实现统一的筹资标准。居民医保基金来源：

- （一）参保居民个人缴纳的基本医疗保险费；
- （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。

第十四条 居民医保筹资标准为我市上年度城镇居民人均可支配收入的 2%-3%，每年由市人力资源社会保障局、市财政局确定。其中：政府对参保缴费的补助标准按国家、省规定执行；个人缴费标准根据我市经济发展水平、基金运行状况适时调整。

第十五条 居民医保实行按年度一次性预缴费，所缴基本医

疗保险费在进入待遇享受期后不予退还(含被征地农转非人员的一次性缴费)。

第十六条 政府对居民医保参保缴费的补助由中央、省、市、县(区)财政补助构成。中央、省财政补助按规定执行,应由我市地方政府补助部分,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、县(区)应将补助资金纳入财政预算。

低保对象、I 至 II 级残疾人、III 至 IV 级精神和智力残疾人、重点优抚对象和低收入家庭 60 周岁以上老人,选择第一档标准缴费的,由政府城乡医疗救助资金和其他渠道资金给予全额补助,个人不缴费;选择第二档标准缴费的,在扣除第一档缴费标准补助后,不足部分由其个人承担,特困人员、孤儿按个人缴费标准第二档由政府城乡医疗救助资金给予全额补助。

对符合计划生育奖补政策的人员参加居民医保由各县(区)按原政策执行。

补助对象中,同时具备两种或两种以上补助条件的人员,按照就高不就低的原则,只享受一种政府补助。

第十七条 被征地农转非人员参加居民医保的,由征地单位按第二档筹资标准缴费,享受相应的医疗保险待遇。

第十八条 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,居民以家庭为单位由户籍所在地的乡镇政府(街道办事处)、村(社区)组织参保。居民可根据自身经济条

件和医疗保障需求，在户籍所在地任选一档参保缴费，家庭成员所选缴费标准必须相同。高校中的大中专学生按第一档缴费标准缴费。

第四章 基本医疗保险待遇

第十九条 职工和领取失业保险金期间的失业人员从参保之日起享受职工医保待遇。

职工达到法定退休年龄时累计缴费年限达到男满 30 年、女满 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），且实际缴费年限满 10 年的，退休时应办理医保清算，次月起享受退休人员基本医疗保险待遇。

职工达到法定退休年龄时，缴费年限未达到规定年限的，可选择继续缴费或一次性补缴费至规定年限。

用人单位未按时足额缴纳职工医疗保险费，在终止、解除劳动合同或以单位职工身份退休时由该用人单位按照上年度职工工资的 6%（不低于上年度市平均工资）为职工补缴应交而未缴年限的医保费，医保经办部门补计职工缴费年限，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 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）的成年人的实际缴费年限，可按每 3 月折算 1 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,参保时间重叠的不重复计算缴费年限(征地单位为被征地农转非人员办理的居民医保除外)。

第二十一条 灵活就业人员选择参加职工医保的,从缴费满12个月后享受基本医疗保险待遇,在待遇等待期内可参加居民医保,并按规定享受相应的居民医保待遇。

第二十二条 新参保的居民,缴纳当年居民医保费的,从缴费之日起满180天后享受待遇;享受待遇时间跨年度的,应预缴下一年度医保费才能按时享受待遇;只预缴下一年度居民医保费的,从下一年度1月1日起满180天后享受待遇。

已参保居民应于每年9月1日至当年12月31日前一次性缴纳下一年度居民医保费。未在规定时间内预缴费的视为中断缴费,中断缴费后续保缴费的按新参保居民享受待遇。

新生儿出生之日起90天以内独立参加居民医保,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日按规定享受待遇;未缴纳出生当年居民医保费但其父(母)已参加居民医保的,可随父(母)按规定享受待遇。新生儿在集中缴费期预缴下一年度居民医保费的,从下一年度1月1日起享受待遇。

新入学的高校中的大中专学生,在入学当年60天内缴纳当

年并预缴下一年度的居民医保费的，从入学之日起享受待遇；只预缴下一年度居民医保费的，从下一年度1月1日起享受待遇。

第二十三条 参保人员在基本医疗保险定点医疗机构发生的门（急）诊、住院等医疗费用，符合国家、省、市基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施目录范围（统称报销范围）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。

职工医保个人账户由本人包干使用，主要用于支付普通门诊医疗费用和住院个人承担的费用；个人账户余额不足时，由本人现金结算。今后，按照国家、省、市的规定，个人账户可用于长期护理保险、健康商业保险等支出。

居民医保建立家庭门诊账户，实行总额控制。家庭门诊账户主要用于支付符合基本医疗保险政策的普通门诊医疗费用和住院个人承担的费用。今后，结合经济社会发展和基金支付能力，由市人力资源社会保障局、市财政局向社会公布年度家庭账户个人支付限额标准。

已实行基本药物制度的社区卫生服务中心、乡镇卫生院和社区卫生服务站、村卫生室（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，实行总额控制、分级管理，一个保险年度内每人限额为10元，具体管理办法由各县（区）制定。

参保人员急诊死亡或三日内转入住院治疗的急诊医疗费用，

可按规定从统筹基金中支付。

（二）门诊特殊疾病待遇。

参保人员（不含单建统筹）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。门诊特殊疾病由医保经办机构实行定医疗机构、定病种的管理方式。具体办法由市人力资源社会保障局、市财政局另行制定。

（三）住院医疗保险待遇。

参保人员在基本医疗保险定点医院发生的住院医疗费用按照单次住院结算，实行统筹地区不同级别医院起付标准不同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基本医疗费用（即政策范围内的医疗费用）按比例从医保统筹基金中支付。

1. 起付标准。

统筹地区内的医院按照三级、二级、在县级以上城镇设置的一级及无等级医院、在乡镇设置的一级及无等级医院和基层医疗卫生机构（指社区卫生服务中心、乡镇卫生院、中心卫生院）分类，职工医保参保缴费人员，住院起付标准分别为 700 元、600 元、500 元和 500 元，缴费年限已清算的退休人员住院起付标准分别为 600 元、500 元、400 元和 400 元，在统筹地区以外的医院住院起付标准统一为 1000 元；居民医保住院起付标准分别为 800 元、400 元、300 元和 200 元，在统筹地区以外的医院住院起付标准为 900 元。

2.支付比例。

统筹地区内的医院按照三级、二级、在县级以上城镇设置的一级及无等级医院、在乡镇设置的一级及无等级医院和基层医疗卫生机构（指社区卫生服务中心、乡镇卫生院、中心卫生院）分类，参保人员在统筹地区内或统筹地区外住院发生符合基本医疗保险政策范围内的医疗费用在起付标准以上和年度最高支付限额以下的，由医保统筹基金按下列比例支付：

统筹地区内职工医保参保缴费人员的支付比例分别为 80%、85%、90%、90%，退休人员的支付比例分别为 88%、92%、96%、96%。参保缴费人员和退休人员统筹地区外支付比例为 70%，办理了转外手续和在统筹地区外的急诊住院支付比例为 75%。已备案的长驻外地人员和异地安置人员在备案医院就医，按统筹地区内支付比例报销，未在备案医院就医，按统筹地区外支付比例报销。

统筹地区内居民医保按一档缴费的支付比例分别为 50%、75%、80%、85%（其中实施国家基本药物制度的基层医疗卫生机构支付比例为 90%），统筹地区外三级医院和二级及以下医院支付比例分别为 45%、50%；统筹地区内居民医保按二档缴费的支付比例分别为 60%、80%、85%、90%（其中实施国家基本药物制度的基层医疗卫生机构支付比例为 95%），统筹地区外三级医院和二级及以下医院的支付比例分别为 50%、55%。

3.年度最高支付限额。

一个年度内，职工医保统筹基金最高支付限额为 24 万元，居民医保统筹基金最高支付限额为 15 万元。

起付标准、支付比例、年度最高支付限额根据筹资标准、基金运行等情况适时调整。

4.提高中医药报销比例。

参保人员在统筹地区内的医院住院治疗中使用中医非药物治疗、中药治疗的，其中中医非药物治疗、中药治疗的医疗费用报销比例提高 5%，最高不超过 100%。

5.职工医保单建统筹的参保人员享受住院医疗保险待遇。

6.参保人员住院治疗发生的乙类药品和康复理疗项目、特殊检查、特殊治疗和高值医用耗材报销办法由市人力资源社会保障局、市财政局另行制定。

第二十四条 参加职工医保的灵活就业人员和居民医保的参保人员，在基本医疗保险定点医院发生的、符合人口与计划生育政策的住院医疗费用，由基本医疗保险统筹基金按规定支付。

第二十五条 参保人员进行住院治疗性康复期间所接受的医疗康复项目按国家规定纳入基本医疗保险统筹基金支付范围。

第五章 基本医疗保险服务管理与结算

第二十六条 医疗保险经办机构应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度。

医疗保险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。

街道、乡镇劳动保障机构及其社区、村劳动保障工作机构负责组织居民参保资源调查、参保登记核定及垫付医疗费归集等工作。

第二十七条 基本医疗保险实行协议定点管理。市、县（区）医疗保险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纳入基本医疗保险协议定点管理范围，并签订医疗保险服务协议，明确双方的权利和义务和违约责任追究办法。医保协议管理的医药机构实行动态管理，并建立退出机制。

第二十八条 定点医疗机构、定点零售药店应当明确医疗保险工作机构，确定基本医疗保险专（兼）职工作人员，负责本单位的基本医疗保险管理和服务工作。

第二十九条 定点医疗机构应当建立与基本医疗保险相适应的管理制度，应当优先在规定的基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录范围内为参保人员提供医疗服务。在向参保患者提供自费的药品、医用耗材、诊疗项目时，应当事先征得参保患者同意，同时应当提供医疗费用明细。

第三十条 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。

第三十一条 完善医保医师制度，建立医保医师库，推行医

保医师约谈工作机制，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。

第三十二条 市医疗保险经办机构建立完善基本医疗保险信息系统，实现多种方式参保登记缴费、待遇联网支付、网络实时监控等功能。

定点医疗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，实现门（急）诊、住院与医疗保险经办机构联网结算和信息实时共享。

定点零售药店应当按照医保管理的要求建立健全本单位信息管理系统，实现与医疗保险经办机构联网结算和信息实时共享。

第三十三条 进一步完善异地就医即时结算平台。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；属于医保基金支付的部分，由各级医保经办机构与定点医疗机构结算。参加职工医保统账结合的人员，可持社会保障卡在定点医疗机构和定点零售药店就医购药。

第三十四条 参保人员因急诊、抢救在非定点医疗机构发生的医疗费和在不能即时联网结算的市外定点医疗机构发生的住院医疗费，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。对当年发生的医疗费用，应在次年 3 月 31 日以前申报。

第三十五条 依托基本医疗保险信息平台，各相关部门建立工作协调配合机制，确保基本医疗保险、补充医疗保险、大病保险、医疗救助等在一个平台并联审批、即时结算，实现“一站式”服务。

第三十六条 结合医保基金预算管理全面深化医保付费制度改革。按照定点医药机构“分级管理”和“属地管理”原则，稳步推进定点医药机构与属地医保局医疗费用结算方式改革。探索实行定点医药机构的医保费用由属地医保局结算。积极推进按病种付费、按人头付费、按床日付费等多种付费方式相结合的复合支付方式改革，扩大纳入医保支付的门诊重特大疾病的病种范围、把日间手术等新诊疗技术逐步纳入医保支付，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。

第三十七条 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。

第三十八条 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。

第六章 基本医疗保险基金管理 with 风险控制

第三十九条 基本医疗保险基金实行市级统筹，并按规定纳入财政专户，实行收支两条线管理，在全市范围内实行医保基金统收统支，统一管理，统一调度使用，专款专用，不得挤占挪用。

第四十条 基本医疗保险基金收支的预算、决算草案由市医疗保险经办机构负责编制，经市人力资源社会保障局和市财政局审核，报市人民政府批准后上报省人力资源社会保障厅和省财政厅。

第四十一条 市、县（区）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；定期（季、半年、年）分析医保基金运行情况；编制医保基金预、决算。市、县（区）人力资源社会保障局、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城镇职工补充医疗保险、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。

第七章 法律责任

第四十二条 人力资源社会保障部门应当加强对遵守基本医疗保险法律、法规和规章等情况的监督。

人力资源社会保障、卫生计生、食品药品监管、价格主管等行政部门要建立基本医疗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。

第四十三条 定点医疗机构有下列行为之一的,医疗保险经办机构依据服务协议有权拒绝支付或追回有关医疗费用并追究相应的违约责任,并提请人力资源社会保障行政部门处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款;直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的,由卫生计生、食品药品监管部门依法吊销其执业资格:

(一)伪造、变造参保人员门诊、住院病历和检验、检查项目的;

(二)将不符合住院条件的参保人员收入住院治疗或者故意延长住院期限、办理虚假住院和冒名住院的;

(三)将不符合门诊特殊疾病条件的参保人员,通过伪造、变造相关证明材料等手段骗取门诊特殊疾病医保待遇的;

(四)冒用、敛存他人社会保障卡骗取基本医疗保险基金的;

(五)出借社会保障卡刷卡机具给未取得基本医疗保险协议定点的单位刷卡的;

(六)重复、虚开发票骗取基本医疗保险基金的;

(七)重复收费、分解收费的、自立项目收费、超标准收费、串换项目收费、未服务收费等乱收费的;

(八)截留、挪用参保人员报销款的。

人力资源社会保障行政部门对定点医疗机构实施前款规定处罚的,应当告知同级卫生计生行政部门。

医疗保险经办机构解除与定点医疗机构服务协议的,应当告

知同级卫生计生行政部门,并将解除服务协议的定点医疗机构及时向社会公布。

第四十四条 定点零售药店有下列行为之一,医疗保险经办机构依据服务协议有权拒绝支付或追回有关药品费用并追究相应的违约责任,并提请人力资源社会保障行政部门处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款;直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的,由食品药品监管部门依法吊销其执业资格:

(一)不按外购处方明确的品种、规格、剂型、剂量出售药品,或者编造、变造外购处方的;

(二)将非基本医疗保险药品或其他物品替换为基本医疗保险药品出售,或者伪造、变造票据及药品费用明细等医疗保险有关材料的;

(三)冒用、敛存他人社会保障卡骗取基本医疗保险基金的;

(四)药品的实际金额与票据、申报金额不符的。

第四十五条 参保人员有下列行为之一,骗取基本医疗保险基金支出的,由人力资源社会保障行政部门责令退回骗取的医疗保险金,并处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款:

(一)使用他人社会保障卡看病购药,或者将本人的社会保障卡交给他人使用的;

(二)将本人社会保障卡交给定点医疗机构或者定点零售药店使用的;

(三)伪造、变造报销票据、处方等的;

（四）倒卖基本医疗保险药品的。

第四十六条 人力资源社会保障行政部门、医疗保险经办机构及其工作人员滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第四十七条 违反《中华人民共和国社会保险法》有关规定，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第八章 目标任务和组织管理

第四十八条 市政府将基本医疗保险费的征收和待遇支付纳入政府目标任务管理，严格考核，严格奖惩。目标任务的完成情况与县（区）、部门主要领导的工作业绩考核和奖惩、任用挂钩。

市政府承担市本级职工医保目标任务的完成和确保待遇支付的责任；各县（区）政府承担县（区）职工医保、居民医保目标任务的完成和待遇支付的责任，且与市级统筹基金按 2:8 比例承担本县（区）基本医疗保险基金收支缺口的责任。

第四十九条 对市、县（区）年度基本医疗保险基金收支情况的考核，由市医疗保险经办机构提出考核意见后，报市人力资源社会保障局、市财政局确认后报市政府审定。

第五十条 市、县（区）政府负责辖区内基本医疗保险统筹协调、参保缴费和基金收支的组织管理等工作，建立基本医疗保险工作经费保障机制，所需资金纳入同级财政预算。各级人力资

源社会保障部门负责贯彻落实国家、省、市基本医疗保险政策，并具体组织实施；公安部门负责对骗取医疗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参保信息的比对、核实；卫生计生部门负责对各级医疗卫生机构的医疗服务行为的监督管理，违法违规行为的处理，以及按原渠道、方式对符合计划生育奖补政策的人员进行确认和组织参保；财政部门负责基本医疗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；审计部门负责对医保基金的使用和管理进行审计监督；价格主管部门负责对定点医药机构的收费价格进行监督检查和违法违规行为的处理；食品药品监督管理部门负责对定点医药机构药械的监督管理和违法违规行为的处理；民政部门负责城乡低保对象、重点优抚对象、特困人员、孤儿、低收入家庭 60 周岁以上老人的确认和参保工作；残联负责 I 至 II 级残疾人、III 至 IV 级精神和智力残疾人的确认和参保工作；乡镇政府、街道办事处负责辖区内城乡居民参保缴费、变更登记、定点医疗机构监管、就医管理及政策宣传咨询等工作。

第九章 附 则

第五十一条 离休人员、老红军的医疗待遇不变，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。

第五十二条 一至六级革命伤残军人、建国前参加革命工作的老工人的医疗待遇按照国家和四川省有关规定执行。

第五十三条 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。

第五十四条 建立职工补充医疗保险制度,通过招投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,按照有关规定缴纳补充医疗保险费,享受相应待遇。

第五十五条 建立居民大病保险制度,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。

第五十六条 各级政府安排专项资金对患病的城乡困难群众给予医疗救助和疾病应急救助。

第五十七条 本办法从 2017 年 10 月 14 日起施行,有效期五年。《泸州市人民政府关于印发泸州市医疗保险市级统筹办法的通知》(泸市府发〔2011〕34 号)和《泸州市人民政府关于印发泸州市城乡居民基本医疗保险试行办法的通知》(泸市府发〔2014〕43 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人力资源社会保障局、市财政局另行制定。

信息公开选项：主动公开

泸州市人民政府办公室

2017 年 9 月 14 日印发
