

云南省人民代表大会常务委员会 关于批准《昆明市社会医疗保险条例》的决议

(2022年3月25日云南省第十三届人民代表大会常务委员会第二十九次会议通过)

云南省第十三届人民代表大会常务委员会第二十九次会议审查了《昆明市社会医疗保险条例》，同意省人民代表大会法制委员会审查结果的报告，决定予以批准，由昆明市人民代表大会常务委员会公布施行。

昆明市社会医疗保险条例

(2021年12月30日昆明市第十四届人民代表大会常务委员会第四十一次会议通过
2022年3月25日云南省第十三届人民代表大会常务委员会第二十九次会议批准)

目 录

- 第一章 总 则
- 第二章 参保与缴费
- 第三章 医疗保险待遇
- 第四章 社会医疗保险基金
- 第五章 公共服务管理
- 第六章 监督管理
- 第七章 法律责任
- 第八章 附 则

第一章 总 则

第一条 为了规范社会医疗保险关系，维护公民参加社会医疗保险和享受社会医疗保险待遇的合法权益，完善社会医疗保险制度，促进社会医疗保险事业健康发展，根据《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》等法律、法规，结合本市实际，制定本条例。

第二条 本条例适用于本市医疗保险统筹区内社会医疗保险的参保、服务及其监督管理等活动。

第三条 本条例所称社会医疗保险，包括职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、职工大额医疗费用补助和城乡居民大病保险。

第四条 本市社会医疗保险坚持广覆盖、保基本、多层次、可持续的方针，社会医疗保险水平应当与经济社会发展水平相适应。

第五条 市、县(市、区)人民政府应当加强对社会医疗保险工作的组织领导，将社会医疗保险事业纳入国民经济和社会发展规划，对社会医疗保险事业给予保障；加强对社会医疗保险基金监督管理，保障基金安全、有效运行；加强对社会医疗保险法律、法规、规章和政策的宣传，促进全

民依法参加社会医疗保险。

乡(镇)人民政府、街道办事处根据上级人民政府要求,做好社会医疗保险相关工作。

村(居)民委员会、社区协助做好社会医疗保险相关工作。

国家机关、企业事业单位和社会组织协助做好本单位职工的社会医疗保险相关工作。

第六条 市医疗保障行政部门是本市社会医疗保险工作的主管部门。县(市、区)医疗保障行政部门负责辖区内社会医疗保险工作。

市、县(市、区)医疗保障经办机构负责提供社会医疗保险经办服务。

发展改革、教育体育、公安、民政、财政、人力资源社会保障、卫生健康、残联、乡村振兴、退役军人、审计、市场监管、税务等部门,应当按照各自职责做好社会医疗保险的相关工作。

第七条 本市与其他统筹区建立社会医疗保险协同发展工作机制,做好区域间社会医疗保险协同工作。

第二章 参保与缴费

第八条 本市医疗保险统筹区内的国家机关、企业事业单位、社会团体、民办非企业等用人单位及其职工,应当参加昆明市职工基本医疗保险。

鼓励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以及其他灵活就业人员(以下统称“灵活就业人员”),参加昆明市职工基本医疗保险。不属于职工基本医疗保险制度覆盖范围的学生、儿童和其他城乡居民,可以参加昆明市城乡居民基本医疗保险。

第九条 用人单位在办理登记注册时,依法同步办理职工基本医疗保险参保登记。基本医

疗保险费由用人单位和职工共同缴纳,职工个人应当缴纳的基本医疗保险费由用人单位代扣代缴。用人单位应当依法自行申报、按时足额向税务部门缴纳基本医疗保险费,非因不可抗力等法定事由不得缓缴、减免。

参加职工基本医疗保险的灵活就业人员,自行申请办理参保登记。基本医疗保险费由个人按照规定向税务部门自行申报缴纳。

参加城乡居民基本医疗保险的个人,自行申请办理参保登记。基本医疗保险费由个人缴纳和政府补助相结合。个人应当缴纳的基本医疗保险费按照规定由其自行在集中参保缴费期内向税务部门申报缴纳,政府补助部分按照有关规定执行。

第十条 本市医疗保险统筹区内职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的参保人员按照规定参加职工大额医疗费用补助和城乡居民大病保险,对参保人员发生的高额医疗费用,按照规定标准予以保障。

第十一条 职工大额医疗费用补助费用由用人单位和职工按照规定缴纳,灵活就业人员由个人按照规定自行缴纳。

城乡居民大病保险费从城乡居民基本医疗保险基金划拨,居民个人不缴费。

第十二条 昆明市职工基本医疗保险费和职工大额医疗费用补助缴费基数和费率、城乡居民基本医疗保险的个人缴费标准和政府补助标准,依据经济社会发展水平、社会医疗保险基金运行等情况按照有关规定适时作相应调整。

第三章 医疗保险待遇

第十三条 按时足额缴纳职工基本医疗保险费和职工大额医疗费用补助的参保人员,按照

规定享受相应的职工基本医疗保险和职工大额医疗费用补助待遇。

中断、欠缴职工基本医疗保险费超过规定时限的,中止享受职工基本医疗保险待遇,中断、欠缴期间的基本医疗保险费可以补缴,补缴后中断期间的待遇按照有关规定执行。

第十四条 参加本市职工基本医疗保险的人员达到法定退休年龄时,累计缴费年限男性不少于30年、女性不少于25年,且在本市的累计缴费年限不少于10年,退休后不再缴纳职工基本医疗保险费,继续享受职工基本医疗保险待遇;未达到缴费年限的,可以按照规定一次性补足基本医疗保险费后,享受退休职工基本医疗保险待遇;也可以选择按照在职职工缴费至规定年限后,再享受退休职工基本医疗保险待遇;属特殊人才引进的,按照有关规定执行。

职工跨统筹地区就业的,其职工基本医疗保险关系随本人转移,原职工基本医疗保险缴费年限累计计算。

第十五条 参保人可以按照规定转换不同险种,并享受相应医疗保险待遇,但是转换前已经缴纳的基本医疗保险费不予退还。

第十六条 参加城乡居民基本医疗保险人员在参保缴费期内缴费的,享受已缴费年度的城乡居民医疗保险待遇。对新生儿等享受待遇时间另有规定的,按照有关规定执行。

第十七条 参保人员按照有关规定享受住院、门(急)诊普通疾病和门诊特殊疾病、特殊慢性病等医疗费用报销待遇。

符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准以及急诊、抢救等报销范围内的医疗费用,按照有关规定从社会医疗保险基金中支付,但有下列情形之一的除外:

(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)其他法律、法规规定不予支付的费用。

医疗费用依法应当由第三人负担的,第三人不支付或者无法确定第三人的,由社会医疗保险基金先行支付。社会医疗保险基金先行支付后,有权依法向第三人追偿。

第十八条 社会医疗保险统筹基金的起付标准、最高支付限额以及支付比例的设定和调整,应当按照有关规定报批。

第十九条 鼓励参保人员到基层医疗卫生服务机构就诊。社会医疗保险统筹基金对参保人员在定点基层医疗卫生服务机构就医发生的医疗费用的支付比例,应当高于在其他定点医疗机构就医的支付比例。

第四章 社会医疗保险基金

第二十条 社会医疗保险基金管理应当坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则,确保基金稳定、可持续运行。

第二十一条 社会医疗保险基金由用人单位和参保人员缴纳的医疗保险费、政府补助资金、社会捐助资金、滞纳金、利息以及其他资金构成。

第二十二条 社会医疗保险基金纳入财政专户管理,实行收支两条线,按照险种及不同制度分别建账、分账核算、分别计息、专款专用,执行国家统一的基金财务制度、会计制度和基金预算决算管理制度。

社会医疗保险基金不得挤占和调剂,不得违规投资运营,不得用于平衡一般公共预算,不得违反法律、法规规定多征或减征,任何组织和个人不得侵占或挪用。

第二十三条 职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户组成。个人账户的本金和利息归个人所有,可以结转使用和继承。

第二十四条 建立城乡居民基本医疗保险风险储备金。由市、县(市、区)两级共同承担,当风险储备金达到一定规模后不再筹集。城乡居民基本医疗保险风险储备金纳入市级财政社会保障财政专户管理。

第二十五条 财政部门、医疗保障行政部门应当加强社会医疗保险基金管理,提高基金使用绩效,实现基金保值增值。

第二十六条 医疗保障经办机构应当定期向社会公开社会医疗保险基金的收入、支出、结余等情况,接受社会监督。

第五章 公共服务管理

第二十七条 医疗保障经办机构应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度,负责参保登记、个人权益记录、医疗保险关系转移接续办理、协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付、经办稽核、异地就医和医疗费用结算管理等工作。

第二十八条 本市社会医疗保险实行定点医疗机构和定点零售药店(以下统称“定点医药机构”)协议管理制度。医药机构申请成为定点单位的,医疗保障经办机构应当按照有关规定对其进行评估,符合条件的,签订服务协议,规范其服务行为,对其实施日常监督管理。

定点医药机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策,按照规定向参保人员提供医疗服务和药品服务。

第二十九条 参保人员到定点医药机构就医或者购药的,应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策。

参保人员不按照有关规定就医、购药发生的医药费用,社会医疗保险基金不予支付。

第三十条 参保人员发生的医药费用中应当由社会医疗保险基金支付的部分,由医疗保障经办机构与定点医药机构直接结算;应当由参保人员支付的部分,由参保人员与定点医药机构结算。

第三十一条 参保人员在本市医疗保险统筹区以外就医的,按照异地就医有关政策规定执行。

第三十二条 积极推进社会医疗保险支付方式改革,引导定点医疗机构合理控制医疗费用,提高社会医疗保险基金使用效率。

第三十三条 医疗保障经办机构、税务部门、定点医药机构以及其他相关部门和单位,应当妥善保管与社会医疗保险基金收支相关的登记、申报、支付结算等档案和凭证。

第三十四条 医疗保障行政部门、税务部门、医疗保障经办机构、定点医药机构等有关部门和单位及其工作人员应当加强信息安全管理,不得泄露、篡改、损毁、非法向他人提供参保单位及个人的信息和商业秘密。

第六章 监督管理

第三十五条 市、县(市、区)人民政府应当加强对社会医疗保险基金使用监督管理工作的领导,建立健全社会医疗保险基金使用监督管理机制和基金监督管理执法体制,加强社会医疗保险基金使用监督管理能力建设,为社会医疗保险基金使用、监督和管理工作提供保障。

第三十六条 医疗保障行政部门应当加强对纳入社会医疗保险基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用的监督,规范医疗保障经办业务,依法查处违法使用社会医疗保险基金的

行为。

医疗保障行政部门可以依法委托符合法定条件的组织开展社会医疗保险行政执法工作。

医疗保障行政部门可以聘请符合条件的商业保险机构、会计师事务所、信息技术服务机构等第三方机构和专业人员协助开展检查。

第三十七条 医疗保障、卫生健康、市场监管、财政、税务、公安、审计等部门应当按照各自职责、相互配合,建立沟通协调、案件移送等机制,共同做好社会医疗保险基金使用监督管理工作,根据工作需要开展联合检查。

第三十八条 医疗保障行政部门依法实施监督检查时,被检查对象应当予以配合,如实提供相关资料和信息,不得拒绝、阻碍检查或者谎报、瞒报。

第三十九条 医疗保障经办机构应当加强对定点医药机构的协议管理。

定点医药机构违反服务协议的,医疗保障经办机构按照服务协议约定处理。定点医药机构及其相关责任人员有权向医疗保障经办机构进行陈述、申辩。

医疗保障经办机构违反服务协议的,定点医药机构有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改,也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

第四十条 医疗保障部门应当会同发展改革、卫生健康、市场监管等有关部门,加强对参保人员、参保单位、定点医药机构及其工作人员的信用管理,完善医疗保障信息归集、信用评价机制,将信用评价结果与定点医药机构绩效考评相结合,依法实施守信联合激励和失信联合

惩戒。

第四十一条 医疗保障行政部门应当建立社会医疗保险基金社会监督员制度,聘请人大代表、政协委员、参保人员代表和新闻媒体代表等担任社会监督员,对医疗保障经办机构、定点医药机构、参保人员等进行监督。

第四十二条 任何组织和个人有权对侵害社会医疗保险基金的违法违规行为进行举报、投诉。

医疗保障行政部门应当畅通举报、投诉渠道,依法及时处理有关举报、投诉,并对举报人的信息保密。对查证属实的举报,按照规定给予举报人奖励。

第七章 法律责任

第四十三条 医疗保障行政部门对定点医药机构、人员的日常监督检查结果、行政处罚结果等情况,应当按照国家有关规定纳入全国信用信息共享平台和其他相关信息公示系统并实施惩戒。

第四十四条 国家机关及其工作人员在社会医疗保险监督管理工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的,依法给予处分。

第四十五条 违反本条例规定的行为,法律、行政法规已有规定的,从其规定。

第八章 附 则

第四十六条 生育保险按照国家 and 省、市有关规定与职工基本医疗保险合并实施。

第四十七条 本条例自 2022 年 7 月 1 日起施行。