



按照省委统一安排，12月18日，省委副书记邓小刚督导州党委常委班子“不忘初心、牢记使命”主题教育专题民主生活会。



中国共产党阿坝州第十一届委员会第八次全体会议，于2019年12月28日在马尔康举行。



12月9日，州委副书记、州长杨克宁在马尔康主持召开了州政府第34次常务会议。



11月25日，阿坝州与省国资委在成都签署战略合作框架协议，并启动“国有企业阿坝行”活动。



11月29日，阿坝州2019年第四季度重大项目暨汶川“8·20”强降雨特大山洪泥石流灾后恢复重建项目集中开工仪式在汶川县绵鹿镇举行。



12月11日，州委书记刘坪，州委副书记、州长杨克宁在马尔康市调研检查市场物价、物资供应和校园食品安全工作，确保群众温暖过冬、欢乐过节。

目录

2019年第3期（总第3期） 2019年12月出版

传达政令 宣传政策 指导工作 服务社会

主管单位：阿坝州人民政府

主办单位：阿坝州人民政府办公室

委印单位：阿坝州大数据中心

编 审：杜 林 陈 磊

责任编辑：宋洪彬

编 校：桑木丹 陈 健

地 址：马尔康市达尔玛街37号

电 话：（0837）2827312

（0837）2822976（传真）

邮政编码：624000

电子邮箱：zzfxxb@abazhou.gov.cn

印 刷：中国邮政集团公司阿坝藏族羌族自治州分公司
四川省邮电印制有限责任公司

准印证号：阿新出内（2020）字第3号

（内部资料，免费交流）

州政府文件

- 2 阿坝州人民政府关于印发《阿坝州职工基本医疗保险实施办法》的通知
（阿府发〔2019〕8号）
- 15 阿坝州人民政府关于印发《阿坝州城乡居民基本医疗保险实施办法》的通知
（阿府发〔2019〕9号）

州政府办公室文件

- 28 阿坝州人民政府办公室关于印发《阿坝州加快推进道地中药材产业发展的实施意见（试行）》的通知
（阿府办发〔2019〕20号）
- 34 阿坝州人民政府办公室关于进一步做好城镇困难职工解困脱困工作的通知
（阿府办函〔2019〕94号）

人事任免

- 38 阿坝州人民政府关于陶剑锋、舒驰二位同志职务任免的通知
（阿府人〔2019〕15号）
- 38 阿坝州人民政府关于黎江等十名同志职务任免的通知
（阿府人〔2019〕16号）
- 39 阿坝州人民政府关于胡海生同志免职的通知
（阿府人〔2019〕17号）

部门文件选登

- 41 阿坝州财政局 阿坝州科技局关于印发《阿坝州科技计划项目专项资金管理办法》的通知
（阿州财规〔2019〕5号）



州政府文件



阿坝州人民政府 关于印发《阿坝州职工基本医疗保险 实施办法》的通知

阿府发〔2019〕8号

各县（市）人民政府，州政府各部门、各直属机构，卧龙特别行政区，有关单位：

《阿坝州职工基本医疗保险实施办法》已经州政府研究同意，现印发给你们，请结合实际认真贯彻执行。

阿坝州人民政府

2019年12月27日

阿坝州职工基本医疗保险实施办法

第一章 总则

第一条 为进一步完善职工基本医疗保险制度，规范基本医疗保险管理，保障职工基本医疗需求，根据国家、省有关规定，结合实际，制定本办法。

第二条 职工基本医疗保险（以下简称职工医保）遵循以下原则：

- （一）基本医疗保险水平与经济社会发展水平相适应；
- （二）基本医疗保险费由用人单位和参保人员共同缴纳；
- （三）基本医疗保险基金实行以收定支、收支平衡、略有结余；
- （四）基本医疗保险基金实行社会统筹与个人账户相结合。

第三条 职工医保实行州级统筹，全州统一参保范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一协议管理、统一信息系统、统一基金管理和绩效考核。

第二章 参保范围

第四条 我州行政区域内的下列单位和人员，应当参加职工医保：

- （一）国家机关、事业单位、社会团体及其职工；

- (二) 各类企业(含中央、省驻州企业)及其职工;
- (三) 民办非企业单位及其职工;
- (四) 个体工商户及其雇工、自由职业者、灵活就业人员(以下统称个体参保人员);
- (五) 法律、法规规定或经批准的其他单位和人员。

已达到法定退休年龄或已办理退休手续的人员不再纳入职工医保参保范围。我州行政区域内未取得就业资格的外国人、无国籍人、港澳台地区人员和已在我州行政区域外参加职工医保的人员不适用本办法。

第三章 参保登记和变更

第五条 医疗保障部门负责职工医保的参保登记工作,税务部门负责职工医保的医疗保险费征收工作。

第六条 用人单位应当向参保地医疗保障经办机构依法申报单位和职工个人相关信息并办理参保、变更、终止等事项。

(一) 新成立的用人单位应当自取得营业执照或获准成立起30日内,持批准文件、营业执照、登记证书或编委批文等有关证明材料,到参保地医疗保障经办机构办理职工医保参保登记手续。

(二) 用人单位参保登记事项发生变更或终止的,应当自变更或终止之日起30日内,凭有关变更资料或终止资料到参保地医疗保障经办机构办理职工医保变更或者终止手续。

(三) 用人单位发生人员增加、减少、调动、退休、终止等变动的,应当自变动之日起30日内,填写《参加社会保险人员申报表》,凭人事劳动关系证明、调函、退休批复、死亡证明等有关证明材料到参保地医疗保障经办机构办理职工医保登记及变更手续。

第七条 个体参保人员应当依法向参保地医疗保障经办机构办理参保、变更、终止等事项。参保登记事项发生变更的,应当自变动之日起30日内,持居民身份证或户口簿等有关证件到参保地医疗保障经办机构办理参保、变更、终止等手续。

第四章 基金筹集

第八条 职工基本医疗保险基金(以下简称职工医保基金)由下列项目构成:

- (一) 用人单位缴纳的基本医疗保险费;
- (二) 个人缴纳的基本医疗保险费;
- (三) 职工医保基金的利息;
- (四) 滞纳金;
- (五) 财政补贴;

(六) 依法纳入职工医保基金的其它收入。

第九条 单位职工的基本医疗保险费由用人单位和职工按月共同缴纳，个体参保人员的基本医疗保险费由个人缴纳。

第十条 职工医保缴费费率为9%（含生育保险），其中：

(一) 用人单位按本单位职工上年度工资总额的7%缴纳。参加职工医保的差额拨款、自收自支事业单位和企业，其退休人员数与所在单位在职职工数比例在0.35:1以下的单位不再为退休人员缴纳基本医疗保险费；比例超过0.35:1以上的，由单位以全省上上年度全口径城镇单位就业人员平均工资为缴费基数，缴费费率按照9%继续为超比例退休人员缴纳基本医疗保险费。

(二) 职工按本人上年度工资总额的2%缴纳，由用人单位在职工工资中代扣代缴。职工工资总额低于全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的，以全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资计算缴费基数；职工工资总额超过全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资300%的，以全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的300%计算缴费基数。

(三) 个体参保人员按全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的9%缴纳，由医疗保障经办机构委托银行按月代扣代缴。

个体参保人员在本办法实施前缴费费率以4%的方式参保的，可按原方式继续参保，也可由本人申请将缴费费率转为以9%方式补缴参保。补缴以办理时全省上上年度全口径城镇单位就业人员平均工资为基数，缴费费率按照9%计算差额补缴部分。补缴金额全部纳入统筹基金，补缴后建立个人账户。

第十一条 职工工资总额由以下部分构成：

(一) 机关单位工资总额（含参照公务员法管理的事业单位）：职务工资、级别工资、国家规定津贴补贴、地方性津贴补贴、年终一次性奖金、目标考核奖；工勤人员为岗位工资、技术等级工资、国家规定津贴补贴、地方性津贴补贴、年终一次性奖金、目标考核奖。

(二) 事业单位工资总额（不含参照公务员法管理的事业单位）：岗位工资、薪级工资、教护10%、绩效工资、国家规定津贴补贴、目标考核奖。

(三) 企业职工工资总额：计时工资、计件工资、绩效工资、奖金、津贴补贴、加班加点工资、特殊情况下支付的工资。

第十二条 职工医保基金分设统筹基金和个人账户，统筹基金和个人账户分别核算。

(一) 统筹基金。用人单位和参保人员缴纳的基本医疗保险费按规定比例划入个人账户后，其余部分构成职工医保统筹基金。

(二) 个人账户。用人单位及其职工和个体参保人员从参保缴费的当月起建立个人账户。单位在职职工个人缴纳的基本医疗保险费,全部划入个人账户;个体参保人员、单位缴纳的基本医疗保险费,按一定比例划入个人账户;退休人员的个人账户从统筹基金中划入。个人账户由参保地医疗保障经办机构按月划入,具体划入标准为:

1. 在职人员:个人年度缴费基数 $\times 2\%$ + 全省上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资 $\times 0.25\%$ \times 实足年龄。

2. 退休人员:全省上上年度全口径城镇单位就业人员平均工资 $\times 2\%$ + 全省上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资 $\times 0.25\%$ \times 实足年龄。

个体参保人员在本办法实施前缴费费率以 4% 方式参保的不建立个人账户。

欠缴基本医疗保险费时,个人账户停止划入,补缴后再按规定补划。

第十三条 个人账户由医疗保障经办机构管理。个人账户的本金和利息为参保人员个人所有,只能用于规定费用支出,可结转使用,可随医疗保险关系转移和依法继承。

(一) 在职人员在定点医药机构就医购药的个人账户通过阿坝州医疗保险信息管理系统结算。退休人员的个人账户资金拨付至用人单位。

(二) 参保人员的社会保障卡丢失或损坏,应及时向参保地社会保障卡管理部门挂失;挂失前社会保障卡被冒用,造成的个人账户损失由本人承担。

(三) 参保人员死亡的,职工医保关系自行终止。用人单位或其近亲属应在 30 日内凭死亡证明、社会保障卡到参保地经办机构办理医疗保险终止手续,个人账户的结余资金一次性结清。个人账户余额一次性核拨至用人单位,由用人单位支付给其合法继承人,不得截留和挪用。

(四) 参保人员死亡后,因所在用人单位未及时申报办理终止职工医保关系,造成个人账户多划入的部分,参保地医疗保障经办机构在办理个人账户清户结算时予以扣回,无法扣回的由所在单位负责追回,同时报同级纪检监察机关和司法机关,按相关规定处理。

(五) 个人账户按活期存款利率计息,个人账户的本金和利息归个人所有,可以结转使用和继承。

第十四条 用人单位应当按月缴纳职工医疗保险费,延迟缴纳的自欠缴之日起,按日加收万分之五的滞纳金。

第十五条 用人单位依法转让、分立、合并、关闭、破产和改制时,应当依法清算、清偿基本医疗保险费。

第五章 待遇享受时间和关系转移接续

第十六条 初次参保人员,参保后设置 6 个月的医保待遇等待期,等待期满后发生的医疗费用,统筹基金按本办法规定予以支付。

第十七条 用人单位和个体参保人员未按时足额缴费的，从中断缴费之日起，暂停支付职工医保待遇。

（一）用人单位和个体参保人员中断缴费3个月以内（含3个月）按规定足额补缴的，连续享受职工医保待遇。

（二）用人单位和个体参保人员中断缴费3个月以上6个月以下（含6个月）的，可办理补缴。按规定足额补缴后，缴费年限连续计算，补划个人账户。中断缴费期间发生的医疗费用不予报销，从补缴到账之日起享受职工医保待遇。

（三）用人单位和个体参保人员中断缴费6个月以上的，不再办理补缴（法院判决和劳动仲裁除外），视同初次参保，设置医保待遇等待期。

第十八条 职工医保关系的转移接续按照国家、省、州相关规定执行。

（一）参保人员将医保关系从我州转出至州外，个人账户原则上随关系转移。

（二）参保人员将医保关系从州外转入至我州，按以下办法接续：

1.3个月以内（含3个月）办理转移接续关系，按规定足额补缴后，连续享受职工医保待遇。

2.3个月以上6个月以下（含6个月）办理转移接续关系，按规定足额补缴后，缴费年限连续计算，补划个人账户。转移接续期间发生的医疗费用不予报销，从补缴到账之日起享受职工医保待遇。

3.超过6个月以上的，视同初次参保，设置医保待遇等待期。

（三）参保人员医保关系在州内转移接续，医疗保障经办机构以增减员方式办理。

第十九条 职工医保和城乡居民基本医疗保险可相互转移接续，相互转接后，仍保留其原参保缴费记录。

（一）法定劳动年龄内的参保居民需转入职工医保的，可按照我州职工医保缴费办法，一次性补足居民医保与职工医保缴费差额后，原参加居民医保缴费年限合并计算为职工医保缴费年限。补缴医疗保险费以转入职工医保时的当期职工医保缴费基数为标准，缴费费率按照9%缴纳，补缴金额全部纳入统筹基金。

（二）居民医保转入职工医保的最低缴费年限按照职工医保规定执行，医疗保险待遇从转入并补足职工医保差额后次月起享受职工医保待遇。

未补足差额的按照首次参保确定职工医保医疗待遇等待期，等待期间发生医疗费用的，享受居民医保第二档待遇。

（三）参加职工医保人员失业且享受失业保险待遇期满后，可选择参加居民医保，从接续参保缴费之日起享受居民医保待遇。

第二十条 已达到法定退休年龄或已享受退休医保待遇的人员医疗保险关系不再转移接续。

第六章 缴费年限

第二十一条 建立职工医保最低缴费年限制度。

职工医保累计缴费年限包括实际缴费年限和视同缴费年限。实际缴费年限指我州实施职工医保制度后，用人单位和职工按规定在本统筹地区实际参保缴纳基本医疗保险费的年限。视同缴费年限指参保地实施职工医保制度前符合国家和省规定计算的连续工龄、失业人员领取失业保险金的期限、军队转业干部和退役人员的军龄等。

第二十二条 职工医保参保人员应参保至法定退休年龄，累计缴费最低年限达到男满30年、女满25年，且在我州实际缴费满15年的，退休后不再缴费，按照规定享受退休人员职工医保待遇；转入人员缴费年限达到我州累计缴费最低年限且在我州实际缴费年限满10年的，按照规定享受退休人员职工医保待遇。

职工医保参保人员达到法定退休年龄办理退休手续时，未达到规定缴费年限的，一次性趸缴补足所差年限的基本医疗保险费后，补缴到账之日起享受退休人员待遇。

第二十三条 缴费年限计算

(一) 用人单位或个体参保人员中断缴费的，暂停记录其缴费年限，保留原缴费年限；用人单位或个体参保人员继续缴费的，实际缴费年限合并计算。

(二) 职工医保关系跨地区转入人员，转出地和转入地的缴费年限合并计算。

(三) 参保人员被判刑的，服刑期间不缴纳基本医疗保险费，不享受职工医保待遇。刑满释放参加职工医保的，被判刑之前的实际缴费年限合并计算。参加职工医保社区矫正人员可继续参加职工医保，享受相应待遇。

已享受职工医保退休待遇的人员被判刑，刑满释放后要求继续享受职工医保退休待遇，其缴费年限不足我州最低缴费年限规定的，由参保人员按个体参保人员退休补缴办法一次性趸缴补足所差年限的基本医疗保险费后，从补缴到账之日起享受退休人员待遇。

(四) 参保人员重复缴费的，重复年限不累计。

第二十四条 参保人员达到法定退休年龄办理退休的，应持退休审批机构出具的退休批复、身份证原件及复印件等相关资料到医疗保障经办机构办理医疗保险退休待遇核定，其中单位职工由单位代办。符合职工医保退休待遇标准的，从办理当月起享受职工医保退休待遇。

第二十五条 退休补缴办法

参保人员达到法定退休年龄办理退休时，未达到规定缴费年限的，按以下方式补缴。

（一）用人单位退休补缴办法。全省上上年度全口径城镇单位就业人员平均工资为缴费基数，缴费费率按照 7% 一次性趸缴补足所差年限的基本医疗保险费后，享受退休人员待遇。补缴金额全部纳入统筹基金。

（二）个体参保人员退休补缴办法。全省上上年度全口径城镇单位就业人员平均工资作为缴费基数，缴费费率按照 7% 一次性趸缴补足所差年限的基本医疗保险费后，享受退休人员待遇。补缴金额全部纳入统筹基金。

个体参保人员在本办法实施前缴费费率以 4% 方式参保的补缴，以全省上上年度全口径城镇单位就业人员平均工资为缴费基数，缴费费率按照 9% 一次性趸缴补足所差年限的基本医疗保险费后，从补缴到账之日起享受统账结合人员待遇。补缴金额全部纳入统筹基金。

第七章 职工医保待遇

第二十六条 职工医保待遇包括住院医疗待遇、生育医疗待遇、门诊特殊疾病医疗待遇、个人账户支出和按规定由统筹基金支出的其他费用。

第二十七条 职工医保统筹基金支付范围

- （一）住院医疗待遇；
- （二）生育医疗待遇；
- （三）门诊特殊疾病医疗待遇；
- （四）按规定由统筹基金支付的其它医疗待遇。

第二十八条 个人账户主要用于参保人员在定点医药机构门诊购药，住院治疗个人负担的医疗费用，其他符合规定的医疗费用。个人账户不得提取现金或挪作它用。

第二十九条 参保人员的住院医疗费用、生育医疗费用、门诊特殊疾病医疗费用由统筹基金支付，支付范围按照《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》《四川省基本医疗保险医疗服务设施项目范围》等相关规定执行。

第三十条 统筹基金实行年度支付限额。一个自然年度内，统筹基金最高支付参保人员累计发生的住院医疗费用和门诊特殊疾病医疗费用为 45 万元。最高支付限额由州医疗保障部门会同州财政部门根据基金收支及相关政策规定适时调整。

第三十一条 参保人员住院使用基本医疗保险乙类药品、特殊诊疗项目及特殊医用材料，个人应先行自付一定比例再按规定报销，具体自付比例为：

- （一）乙类药品

个人自付 10%。

(二) 检查和治疗费

单项检查费或一次性治疗费在 500 元以下(含 500 元)的,进入基金按规定比例报销;超过 500 元的,个人自付 20% 后再按规定比例报销。

(三) 医用材料

1. 单价在 100 元及以下的进入基金按规定比例报销;
2. 单价在 100 元以上至 2000 元(含 2000 元)的个人自付 10%;
3. 单价在 2000 元以上至 5000 元(含 5000 元)的个人自付 15%;
4. 单价在 5000 元以上至 10000 元(含 10000 元)的个人自付 25%;
5. 单价在 10000 元以上至 50000 元(含 50000 元)的个人自付 30%;
6. 单价在 50000 元以上的个人自付 35%。

(四) 治疗用血个人自付 30%。

第三十二条 住院医疗待遇

(一) 参保人员患病住院治疗发生的符合统筹基金支付范围的医疗费用,扣减住院起付线后,由统筹基金根据医疗机构等级按比例支付,其起付线、报销比例标准如下:

类别内容		未定级	一级	二级	三级	非定点医疗机构
起付线(元)		200	300	500	700	符合报销政策范围内的总费用先由个人自费 30%, 剩余部分按 70% 报销。
报销比例(%)	在职	90	90	87	85	
	退休	93	93	90	88	

1. 住院起付线按次计算,一个自然年度内在一级及以上医疗机构多次住院的,起付线逐次降低 100 元,最低不低于 200 元。

2. 住院医疗费用实行单次结算,由下级转上级医疗机构住院治疗的,住院起付线只补差额部分;由上级转入下级医疗机构住院治疗的,不再另行计算起付线;同级别医疗机构转院治疗的,按第二次住院计算起付线。

3. 未办理转诊转院手续和州外就医未申报备案发生的住院医疗费用,在相应医疗机构对应的起付线和支付比例计算出报销金额的 60% 为实际支付金额。

4. 参保人员因突发疾病就近抢救治疗并履行登记备案手续的,在非定点医疗机构住院发生的医疗费用,按定点医疗机构相关规定报销。

(二) 参保人员住院治疗的床位费根据医疗机构等级按日限额报销, 其床位费标准如下:

医疗机构等级	最高支付限额(元)	危重监护病房床位(ICU/CCU)限额(元)
一级及以下	15	60
二级	25	60
三级	35	60

参保人员住院床位费未达到限额报销标准的按实际床位费计算, 高于支付标准的按限额计算。

第三十三条 生育医疗待遇

参保人员因分娩发生的符合人口与计划生育政策规定的住院医疗费用, 纳入统筹基金支付范围, 按医疗机构等级实行限额结算。

医疗机构等级	限额(元)		多胎生育的, 每多生育一个婴儿, 增加500元。
	顺产	剖宫产	
二级及以下	2500	4000	
三级	3500	6000	

1. 生育医疗费用低于限额的, 按实际费用报销。
2. 参保人员因分娩引起的并发症, 住院产生的医疗费用按住院医疗待遇报销。
3. 已参加生育保险的人员不重复享受职工医保生育医疗待遇。

第三十四条 门诊特殊疾病医疗待遇

参保人员患病后需要长期门诊治疗的慢性疾病纳入门诊特殊疾病管理。门诊特殊疾病按病种分慢性疾病和重特大疾病两类。

(一) 疾病病种。

慢性疾病: 1. 高血压病; 2. 糖尿病; 3. 冠状动脉粥样硬化性心脏病; 4. 肝硬化; 5. 甲状腺功能亢进症或减退症; 6. 系统性红斑狼疮; 7. 类风湿关节炎; 8. 慢性肺源性心脏病; 9. 精神类疾病(精神分裂症、抑郁症、躁狂症、偏执型精神障碍); 10. 脑血管意外后遗症; 11. 慢性病毒性肝炎; 12. 结核病; 13. 帕金森病; 14. 再生障碍性贫血; 15. 风湿性心脏病; 16. 高原性心脏病; 17. 痛风; 18. 肾病综合征; 19. 干燥综合征; 20. 癫痫; 21. 硬皮病; 22. 阿尔茨海默病; 23. 特发性血小板减少性紫癜; 24. 强直性脊柱炎; 25. 重症肌无力; 26. 视网膜黄

斑病变；27. 红细胞增多症；28. 血友病；29. 白癜风。

重特大疾病：1. 恶性肿瘤；2. 慢性肾功能衰竭；3. 肾、肝移植术后的抗排斥治疗。

（二）报销标准。

符合审批病种所发生的门诊合规医疗费用，在年度最高支付限额内由统筹基金按规定比例报销。

1. 慢性疾病门诊医疗费用不设起付线，报销比例为70%。可申请多个病种，单病种年度内最高支付限额为3000元，两种及以上病种年度内最高支付限额为5000元。

2. 重特大疾病门诊医疗费用不设起付线，报销比例为90%，可申请多个病种，年度最高支付限额为6万元。

重特大疾病门诊医疗费超过门诊支付限额以上的医疗费用，年度内计算一次二级医疗机构住院起付线，报销比例为90%，门诊支付与住院统筹基金报销合并计算。

3. 门诊医疗费用的慢性疾病和重特大疾病门诊限额分别计算。

（三）门诊特殊疾病实行有效年限管理，费用按年度报销，当年未达到限额的不能跨年度结转使用。

（四）门诊特殊疾病病种实行动态管理，根据基金收支及相关政策规定适时调整，并向社会公布后执行。

（五）门诊特殊疾病管理办法由州医疗保障部门另行制定。

第三十五条 医疗康复项目纳入基本医疗保险报销范围的按国家、省相关规定执行。

第三十六条 下列医疗费用不纳入统筹基金支付范围：

（一）基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施项目目录和支付标准范围以外的医疗费；

（二）应当从工伤保险基金中支付的；

（三）应当由公共卫生负担的；

（四）应当由第三人负担的；

（五）在国外以及港、澳、台地区就医的；

（六）自伤、自残、自杀，吸毒，酗酒，戒毒，戒烟的；

（七）自然灾害应急救治的；

（八）按有关政策规定不予支付的其他情况。

第三十七条 基本医疗保险诊疗项目目录和不予支付的医疗服务项目目录由州医疗保障部门另行制定。

第八章 医疗服务管理和费用结算

第三十八条 职工医保实行医药机构协议管理，对定点医药机构严格考核、依法评估，在准入条件下实行动态退出机制。

第三十九条 对符合条件的医药机构和承担基本公共服务职能的基层卫生服务机构实行协议管理，州医疗保障部门负责制定协议管理办法；医疗保障经办机构负责完善评估办法、经办规程和服务协议，对纳入定点医药机构的医疗保险服务进行监督管理，严格履行医疗保险服务协议。

第四十条 成都地区接入国家、省异地就医平台的联网医疗机构视同为我州定点医疗机构，成都地区以外的以当地医保定点医疗机构为准。

第四十一条 辖区内定点医疗机构，按照属地管理原则由各级医疗保障经办机构负责定点医药机构的监督管理等工作。州外确定的定点医药机构统一由州级医疗保障经办机构负责签订医疗服务协议，统一管理。医疗保险服务协议按年度签订，服务协议的内容包括服务对象、服务范围、服务规范、费用控制指标、结算办法、支付标准及违约责任等。

第四十二条 定点医药机构应当建立与基本医疗保险相适应的管理制度，按照医保管理要求建立健全本机构信息系统，实现与医疗保障经办机构联网结算和信息实时共享。建立医疗服务监控系统，按照服务协议为参保人员提供医药服务并承担相应责任，及时、准确、完整地上传基本医疗保险费用结算等相关信息。

第四十三条 定点医药机构应严格按照卫生健康、市场监管等部门的规定，购进、使用、管理药品和医用材料，并建立真实、完整、准确的购销存台账。

第四十四条 参保人员患病需要治疗的，应就近到参保地定点医疗机构就医，就医时须主动出示身份证和社会保障卡。定点医疗机构应认真核验参保身份，防止冒名就医。

（一）凡符合异地就医条件的人员，应持社会保障卡和相关身份证明向参保地医疗保障经办机构提出异地就医备案申请，参保地医疗保障经办机构按规定办理。

（二）参保人员出差、外出学习、探亲、旅游等期间，在异地突发疾病就地住院抢救治疗的，应向参保地医疗保障经办机构履行备案手续，备案后方可享受职工医保待遇。

（三）属外伤住院的，患者或其代理人须在入院 24 小时内如实填写《阿坝州基本医疗保险参保人员外伤住院登记表》，并报参保地医疗保障经办机构核查。定点医疗机构首诊医师要如实填写意外伤害经过，做好病历记录，并由参保患者在病历上签字。经医疗保障经办机构调查核实，属于医保报销范围的即时结算，不属于医保报销范围或有疑问的由患者个人结算，同时将审核意见告知患者。

第四十五条 参保人员因定点医疗机构不能确诊的疑难病症，或因条件有限不能在当

地进行诊治的危重病参保患者，可申请办理转诊转院手续。

申请办理转诊转院的程序是：由就医地高级别的定点医疗机构主管医师填写《阿坝州基本医疗保险转诊转院审核申请表》，由科主任签署意见，经医保科（办）审核后办理转诊转院备案登记。因病情危急的可先行转院，但应在5个工作日内补办转诊转院审批手续。

第四十六条 参保人员就医时使用医保支付部分费用的诊疗项目、自费药品和自费诊疗项目，定点医疗机构必须征得患者或其家属同意，并履行签字手续。未经患者或其家属同意的费用，患者或其家属有权拒付。

第四十七条 定点医疗机构应严格执行出院带药限量规定，参保患者出院带药限量为：急性疾病不得超过3日剂量，慢性疾病不得超过7日剂量，中草药及民族药不得超过7日剂量。出院超量带药以及出院时开出的治疗、检查项目费用和注射剂（针剂），医保基金不予支付。

第四十八条 参保人员在与我州实现了联网结算医疗机构的医疗费用实行即时结算，出院时支付个人应承担的费用，医保基金支付的部分由医疗机构与医疗保障经办机构结算。属于我州辖区内的，由医疗机构按月向参保地医疗保障经办机构申请结算；属于州外国家、省级异地就医平台的，由州医疗保障经办机构按四川省异地就医结算相关规定结算。

第四十九条 参保人员因病在未实现即时结算的医疗机构治疗发生的医疗费用由个人全额垫付，治疗结束后应在90日内凭结算专用票据等资料到参保地医疗保障经办机构申请报销。应提供以下资料：

盖有医院鲜章的发票原件、门诊处方、住院医疗费用明细清单、出院病情证明书、社会保障卡、身份证（户口簿）和银行开户行账号等资料，外伤病人还需提供经医院医保部门签章的病历首页复印件和就医地相关机构出具的医疗行为真实性证明，符合计划生育政策正常分娩、剖宫产的还需提供计划生育相关证明。

第五十条 参保人员及医药机构当年发生的医疗费用，应在次年6月30日前申报结算，特殊情况除外。超过结算时限或未按规定提供有关资料的，医疗保障经办机构不予受理。

第九章 其他补充医疗保险

第五十一条 在实行职工医保的基础上，建立职工大病保险制度和机关事业单位工作人员补充医疗保险制度，具体办法另行制定。

第十章 基金管理监督

第五十二条 职工医保基金实行“州级统筹、分账核算、分级负责”的管理模式，纳入社会保障基金财政专户，实行“收支两条线”管理，专款专用，任何单位、个人不得挤

占挪用。

第五十三条 职工医保基金实行预算管理。按基金预算管理原则和风险预控机制，合理编制基金预算，强化收支预算执行，严格编制基金决算，真实准确反映基金运行情况。

第五十四条 建立健全职工医保基金州级统筹制度、财务管理制度、定点医药机构考核制度、内部审计制度、信息公开制度。

第五十五条 基本医疗保险费的征缴、收入管理，按照国家、省有关规定执行。

第五十六条 医疗保障、财政和审计等部门应当定期和不定期对职工医保基金收入、支出、结余和存储情况进行监督和检查。

医疗保障经办机构应加强财务监督和内部控制，按照《社会保险基金财务制度》和《社会保险基金会计制度》的规定进行会计核算和编制基金预、决算，定期或不定期分析基金运行情况，确保基金运行安全、完整、可持续。

第五十七条 州医疗保障部门和州财政部门应建立和完善职工医保基金预警机制，州级统筹基金可能出现缺口时，应及时向州政府报告，并采取措施予以解决。

第五十八条 未完成征缴目标任务的县（市）当期职工医保基金出现的支出缺口，由同级人民政府自行解决。

第五十九条 各相关部门、医疗保障经办机构及其工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守的，定点医药机构及其工作人员以合谋、欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取医疗保险基金的，参保人员采取欺诈等手段骗取医疗保险基金的，按《中华人民共和国社会保险法》及相关规定处理。对涉嫌犯罪的，按规定移交司法机关。

第六十条 职工医保基金结算办法由州医疗保障部门会同州财政部门另行制定。

第十一章 组织管理

第六十一条 州、县（市）人民政府是职工医保管理工作的责任主体，应切实加强组织领导，全额保障医疗保障部门工作经费，将职工医保参保扩面、基金征缴清欠、审核支付等目标任务纳入政府重点目标管理，目标任务完成情况作为县（市）政府年度绩效考核指标。

第六十二条 医疗保障部门负责职工医保管理工作和综合业务指导工作。医疗保障经办机构负责经办行政区域内的医保业务工作。

第六十三条 财政部门负责政府补助资金的拨付、基金运行和预决算的监督管理工作；审计部门负责职工医保基金收支的审计监督工作；卫生健康部门负责医疗机构的医疗质量、安全、服务和评价管理、孕产妇生育政策合法性确认等工作；市场监管部门负责医药

机构的药品、医疗器械质量管理等工作；公安部门负责医疗保险基金诈骗案件查处等工作；监察部门负责对相关部门履职情况进行监督检查，对相关违纪违规行为进行查处等工作；其他有关部门应按照各自职能，协助做好职工医保相关工作。

第十二章 附则

第六十四条 职工医保筹资和待遇水平根据经济社会发展和医疗消费水平变化、基金收支结余情况等因素适时调整。调整标准由州医疗保障部门会同州财政部门提出意见，报州政府批准后执行。

第六十五条 离休人员、老红军、一至六级伤残军人等人员不参加职工医保，其医疗待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决，不足部分由同级人民政府解决。

第六十六条 纳入各级医疗保障部门管理的建国前参加革命工作的老工人的医疗待遇不变。

第六十七条 卧龙特别行政区职工医保参照本办法执行。

第六十八条 本办法由州医疗保障部门负责解释。

第六十九条 本办法自2020年1月1日起施行。有效期5年。原阿坝州职工基本医疗保险政策同时废止。国家、省有新规定的按新规定执行。

阿坝州人民政府 关于印发《阿坝州城乡居民基本医疗保险实施办法》的通知

阿府发〔2019〕9号

各县（市）人民政府，州政府各部门、各直属机构，卧龙特别行政区，有关单位：

现将《阿坝州城乡居民基本医疗保险实施办法》印发给你们，请认真贯彻落实。

阿坝州人民政府

2019年12月27日

阿坝州城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总则

第一条 为进一步完善城乡居民基本医疗保险制度,提升我州城乡统筹管理水平,根据《中华人民共和国社会保险法》《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》(国发〔2016〕3号)等相关规定,结合实际,制定本办法。

第二条 城乡居民基本医疗保险(以下简称居民医保)遵循以下原则。

- (一) 广覆盖、保基本、多层次、可持续;
- (二) 筹资标准和保障水平与经济社会发展水平相适应;
- (三) 以收定支,收支平衡,略有结余;
- (四) 权利与义务相对应;
- (五) 个人缴费和政府补助相结合。

第三条 居民医保实行州级统筹、分级负责,全州统一参保范围、统一筹资政策、统一保障待遇、统一医保目录、统一定点管理、统一信息系统、统一基金管理和目标考核。

第二章 参保范围

第四条 参保范围包括下列对象:

- (一) 具有阿坝州户籍,未纳入城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的城乡居民;
- (二) 未在异地参加基本医疗保险且持有阿坝州居住证的州外户籍城乡居民;
- (三) 农民工和灵活就业人员应当依法参加城镇职工基本医疗保险,有困难的可按照规定参加居民医保。

第三章 参保登记缴费

第五条 居民医保实行按年度一次性参保缴费。每年9月1日至当年12月25日为下一年度居民参保缴费办理期,参保居民应当一次性缴纳下一年度的居民医保费。保险有效期为次年的1月1日零时至12月31日24时(以下称保险年度)。

第六条 居民在参保缴费集中办理期内自主选择缴费档次参保缴费,超过参保缴费集中办理期的,不予办理登记缴费。逾期未参保缴费的,不能享受居民医保待遇。

第七条 医疗保障部门负责行政区域内居民医保的参保登记工作,税务部门负责参保居民的医疗保险费征收工作。

第八条 居民按下列规定办理参保缴费手续:

(一) 居民在户籍所在地、州外户籍人员在居住地的乡镇人民政府(村委会、社区)办理参保缴费手续,由乡镇人民政府(村委会、社区)统一将代收的医保费缴存在到县(市)税务部门。

(二) 在校学生由所属学校集中组织参保缴费,在参保缴费期内到学校所在地县(市)医疗保障经办机构办理参保登记手续,并将医保费缴存在到县(市)税务部门。

(三) 我州户籍在州外异地就读的学生,可由监护人在户口所在地医疗保障经办机构为其办理参保登记手续,并将医保费缴存在到县(市)税务部门。

(四) 寺庙登记僧尼由所在寺庙管理委员会统一组织参保缴费。

(五) 居民出生日期以本人有效身份证件记载为准。

第九条 居民在办理新参保登记手续时,提供《阿坝州城乡居民基本医疗保险参保缴费登记表》,同时提供以下资料:

(一) 户口簿复印件或居住证复印件1份(未办理户口登记的新生婴儿需提供出生医学证明书);

(二) 身份证复印件1份;

(三) 2寸近期免冠彩照1张。

第十条 具有本州户籍的特殊困难群体参保时,由户籍所在地乡(镇)人民政府(村委会、社区)根据当年民政、残联和扶贫开发等部门按职能审核确认的困难补助名单进行身份确认,再办理参保登记手续。特殊困难群体人员选择第二档缴费的档次差额部分,由个人缴纳。

第十一条 居民因下列特殊原因未能在参保缴费集中办理期内办理参保登记缴费的,可以在规定时限内办理参保。

(一) 与单位解除劳动关系的;

(二) 享受失业保险待遇期满的;

(三) 复员退伍的;

(四) 刑满释放的;

(五) 新出生的婴儿。

第十二条 因与单位解除劳动关系、享受失业保险待遇期满、复员退伍、刑满释放的特殊原因,以及新出生的婴儿未能在参保缴费集中办理期内办理参保登记缴费的居民,应在上述情形发生之日起3个月内凭相关证明材料,到户籍所在地乡镇人民政府(村委会、社区)办理参保登记手续和到税务部门办理缴费手续,6月30日及之前办理的,只需缴纳个人缴费部分;6月30日以后办理的,须按当年政策规定缴纳个人缴费和政府补助合

计金额，从缴费到账之日起享受居民医保待遇。

第十三条 被征地居民的医疗保险费用，由征地主体部门按照第二档缴费标准一次性趸交被征地居民的医保费，在预交期内享受第二档缴费标准的医疗保险待遇。

第十四条 父（母）按规定参加我州居民医保或职工医保的新生儿，应在出生后3个月内办理参保登记，出生当年个人不缴费，自出生之日起享受当年第二档缴费标准的居民医保待遇。

第十五条 参保居民的户籍、学籍在我州境内跨县（市）转移并连续参保缴费的，转入地连续计算待遇年限；参保居民因参保状态发生变更或死亡后，由乡镇人民政府（村委会、社区）或学校及时到当地医保经办机构办理变更或终止医保关系。

第十六条 参保居民在一个保险年度内不得变换缴费档次。

第四章 基金筹集及标准

第十七条 居民基本医疗保险基金（以下简称居民医保基金）由下列项目构成：

- （一）个人缴费收入；
- （二）城乡医疗救助资助收入；
- （三）财政对困难人员代缴收入；
- （四）财政补贴收入；
- （五）利息收入；
- （六）其他收入。

第十八条 参加居民医保的，个人应当按照本办法规定缴纳基本医疗保险费，政府给予补助。政府补助资金由州、县（市）财政足额纳入同级预算。

第十九条 居民医保2020年个人缴费标准设两档，具体标准为：第一档250元/人·年、第二档400元/人·年。以后年度缴费标准由州医疗保障部门会同州财政部门根据基金收支及相关政策规定适时调整，并向社会公布后执行。

第二十条 具有本州户籍的特殊困难群体参加居民医保，由政府给予一定补助，具体补助标准由州医疗保障部门会同州财政部门另行制定。

第五章 医疗保险待遇

第二十一条 居民医保待遇包括住院医疗费用、生育医疗费用、门诊特殊疾病医疗费用、门诊统筹医疗费用报销和大病保险赔付。

第二十二条 参保居民医保待遇支付范围按照《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《四川省基本医疗保险诊疗项目目录》《四川省基本医疗保险医疗服务

设施项目范围》等相关规定执行。

第二十三条 居民医保基金支付范围：

- (一) 住院医疗待遇；
- (二) 生育医疗待遇；
- (三) 门诊特殊疾病医疗待遇；
- (四) 普通门诊医疗待遇；
- (五) 大病医疗保险保费。

第二十四条 一个自然年度内，统筹基金最高支付参保人员累计发生的住院医疗费用和门诊特殊疾病医疗费用实行年度支付限额。居民医保统筹基金年度最高支付限额为第一档 20 万元、第二档 25 万元。以后年度最高限额标准根据基金收支及相关政策规定适时调整，由州医疗保障部门会同州财政部门向社会公布后执行。

第二十五条 参保人员住院使用基本医疗保险乙类药品、特殊诊疗项目及特殊医用材料，个人应先行自付一定比例，再按规定报销，具体自付比例为：

- (一) 乙类药品。个人自付 10%。
- (二) 检查和治疗费。单项检查费或一次性治疗费在 500 元以下（含 500 元）的，进入基金按规定比例报销；超过 500 元的，个人自付 20% 后再按规定比例报销。
- (三) 医用材料。单价 100 元以下（含 100 元）的进入基金按规定比例报销；单价 100 元以上至 2000 元（含 2000 元）的个人自付 10%；单价 2000 元以上至 5000 元（含 5000 元）的个人自付 15%；单价 5000 元以上至 10000 元（含 10000 元）的个人自付 25%；单价 10000 元以上至 50000 元（含 50000 元）的个人自付 30%；单价 50000 元以上的个人自付 35%。
- (四) 治疗用血个人自付 30%。

第二十六条 住院医疗待遇

(一) 参保居民患病住院治疗发生符合居民医保统筹基金支付范围的医疗费用，扣减住院报销起付线后，按医院等级及缴费档次确定报销比例。其起付线、报销比例为：

内容 \ 类别		一级及以下		二级		三级		非定点医疗机构
		州内	州外	州内	州外	州内	州外	
起付线（元）		50	150	300	400	600	900	符合报销政策范围内的总费用，先由个人自费 30%，剩余部分按 50% 报销。
报销比例（%）	一档	80	60	75	60	60	50	
	二档	85	65	80	65	65	55	

1. 住院医疗费用实行单次结算，由下级转上级医疗机构住院治疗的，住院起付线只补差额部分；由上级转入下级医疗机构住院治疗的，不再另行计算起付线；同级别医疗机构转院治疗的，按第二次住院计算起付线。

2. 因外伤住院治疗发生的符合居民医保统筹基金支付范围的医疗费用，在本条第一款相应医疗机构支付标准的报销比例基础上下降 20%。

3. 参保居民因突发疾病就近抢救治疗并履行登记备案手续的，在非定点医疗机构住院发生的医疗费用，按定点医疗机构相关规定报销。

(二) 未办理转诊转院手续和州外就医未申报备案发生的住院医疗费用，在本条第一款相应医疗机构对应的起付线和支付比例计算出报销金额的 60% 为实际支付金额。

(三) 参保居民住院治疗的床位标准根据医院等级按日限额报销，低于限额标准的，按实际金额报销。

医院等级	最高支付限额(元)	危重抢救病房床位(ICU/CCU)限额(元)
一级及以下	15	40
二级	20	40
三级	30	60

第二十七条 生育医疗待遇

(一) 参保居民因分娩发生的符合人口与计划生育政策规定的住院医疗费用，纳入城乡居民医保统筹基金支付范围，按医院级别实行限额结算：

医院等级	限额(元)		多胞胎生育的，每多生育一个婴儿，增加 200 元。
	顺产	剖宫产	
二级及以下	700	1600	
三级	1000	2000	

(二) 参保居民因分娩引起的并发症，住院产生的医疗费用按住院医疗待遇报销。

第二十八条 门诊特殊疾病医疗待遇

参保人员患病后需长期门诊治疗的慢性疾病纳入门诊特殊疾病管理。门诊特殊疾病按病种分慢性疾病和重特大疾病两类。

(一) 门诊特殊疾病病种

慢性疾病：1. 高血压病；2. 糖尿病；3. 冠状动脉粥样硬化性心脏病；4. 肝硬化；5. 甲

状腺功能亢进症或减退症；6. 系统性红斑狼疮；7. 类风湿关节炎；8. 慢性肺源性心脏病；9. 精神类疾病（精神分裂症、抑郁症、躁狂症、偏执型精神障碍）；10. 脑血管意外后遗症；11. 慢性病毒性肝炎；12. 结核病；13. 帕金森病；14. 再生障碍性贫血；15. 风湿性心脏病；16. 高原性心脏病；17. 痛风；18. 肾病综合征；19. 干燥综合症；20. 癫痫；21. 硬皮病；22. 阿尔茨海默病；23. 特发性血小板减少性紫癜；24. 强直性脊柱炎；25. 重症肌无力；26. 视网膜黄斑病变；27. 0-14 周岁（含 14 周岁）儿童先心病；28. 白癜风；29. 血友病；30. 红细胞增多症；31. 儿童脑瘫；32. 苯丙酮尿症。

重特大疾病：1. 恶性肿瘤；2. 慢性肾功能衰竭；3. 肾、肝移植术后的抗排斥治疗。

（二）报销标准

符合审批病种所发生的门诊合规医疗费用，在年度最高支付限额内由统筹基金按规定比例报销。

1. 慢性疾病门诊医疗费用不设起付线，报销比例为 70%。年度内最高支付限额第一档为 3000 元，第二档为 4000 元。

2. 重特大疾病门诊医疗费用不设起付线，报销比例为 70%，年度内最高支付限额为第一档为 4 万元，第二档为 6 万元。

重特大疾病门诊医疗费超过门诊最高支付限额以上的医疗费用，年度内计算一次州内三级医疗机构住院起付线，报销比例为 70%，门诊支付与住院统筹基金报销合并计算。

3. 门诊医疗费用的慢性疾病和重特大疾病门诊限额分别计算。

（三）门诊特殊疾病实行有效年限管理，费用按年度报销，当年未达到限额的不能跨年度结转使用。

（四）门诊特殊疾病病种实行动态管理，根据基金收支及相关政策规定适时调整，并向社会公布后执行。

（五）门诊特殊疾病管理办法由州医疗保障部门另行制定。

第二十九条 门诊统筹医疗待遇

（一）门诊医疗费用统筹基金从居民医保基金中划拨，用于参保居民普通门诊医疗费用支付，不建立个人或家庭账户。门诊统筹基金限当年使用，结余资金转入居民医保统筹基金。

（二）门诊统筹待遇不设起付线和报销比例。参保居民在参保地乡镇卫生院、社区服务中心（站）的普通门诊医疗费，一个保险年度内报销封顶线第一档为 25 元 / 人 · 年、第二档为 45 元 / 人 · 年，即看即报，由医疗机构先行垫付，按月结算。

（三）一般诊疗费（含挂号费、诊查费、注射输液费、药事服务成本）

1. 乡镇卫生院一般诊疗费补助标准 10 元 / 人 / 次，实行限额报销，诊疗费用低于限额标准的按照实际金额支付。

2. 一般诊疗费实行总额控制，由乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室（站）联网刷卡结算，按月向所在县（市）医疗保障经办机构申报，经审核后支付。

第三十条 医疗康复项目纳入基本医疗保险报销范围的按国家、省相关规定执行。

第三十一条 城乡居民大病保险赔付

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。城乡居民大病保险按照国家、省、州相关规定执行。

第三十二条 居民医保基金支付后的个人负担费用，可以通过大病医疗保险、医疗救助和获得社会慈善救助等方式解决。

第三十三条 下列医疗费用不纳入统筹基金支付范围：

（一）基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录和支付标准范围以外的医疗费；

（二）应当从工伤基金中支付的；

（三）应当由公共卫生负担的；

（四）应当由第三人负担的；

（五）在国外以及港、澳、台地区就医的；

（六）自伤、自残、自杀，吸毒、酗酒、戒毒、戒烟的；

（七）自然灾害应急救治的；

（八）按有关政策规定不予支付的其他情况。

第三十四条 基本医疗保险诊疗项目目录和不予支付的医疗服务项目目录由州医疗保障部门另行制定。

第六章 医疗服务及费用结算管理

第三十五条 居民医保实行医疗机构协议管理，对协议管理医疗机构严格考核、依法评估，在准入条件下实行动态退出机制。

第三十六条 对符合条件的医疗机构和承担基本公共服务职能的基层卫生服务机构实行协议管理，州医疗保障部门负责制定协议管理办法；医疗保障经办机构负责完善评估办法、经办规程和服务协议，对纳入协议管理医疗机构的医疗保险服务进行监督管理，严格履行医疗保险服务协议。

第三十七条 成都地区接入国家、省异地就医平台联网医疗机构视同为我州定点医疗

机构，成都地区以外的以当地医保定点医疗机构为准。

第三十八条 辖区内定点医疗机构，按照属地管理原则由各级医疗保障经办机构负责定点医药机构的监督管理等工作。州外确定的定点医疗机构统一由州级医疗保障经办机构负责签订医疗服务协议，统一管理。医疗保险服务协议按年度签订，服务协议的内容包括服务对象、服务范围、服务规范、费用控制指标、结算办法、支付标准及违约责任等。

第三十九条 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，按照医保管理要求建立健全本机构信息系统，实现与医疗保障经办机构联网结算和信息实时共享。建立医疗服务监控系统，按照服务协议为参保人员提供医药服务并承担相应责任，及时、准确、完整地上传基本医疗保险费用结算等相关信息。

第四十条 定点医疗机构应严格按照卫生健康、市场监管等部门的规定，购进、使用、管理药品和医用材料，并建立真实、完整、准确的购销存台账。

第四十一条 参保人员患病需要治疗的，应就近到参保地定点医疗机构就医，就医时须主动出示身份证和社会保障卡。定点医疗机构应认真核验参保身份，防止冒名就医。

(一) 凡符合异地就医条件的人员，应持社会保障卡和相关身份证明向参保地医疗保障经办机构提出异地就医备案申请，参保地医疗保障经办机构按规定办理。

(二) 参保人员外出探亲、旅游等期间，在异地突发疾病就地住院抢救治疗的，应向参保地医疗保障经办机构履行备案手续，备案后方可享受居民医保待遇。

(三) 属外伤住院的，患者或其代理人须在入院 24 小时内如实填写《阿坝州基本医疗保险参保人员外伤住院登记表》，并报参保地医疗保险经办机构核查。定点医疗机构首诊医师要如实填写意外伤害经过，做好病历记录，并由参保患者在病历上签字。经医保经办机构调查核实，属于医保报销范围的即时结算，不属于医保报销范围或有疑问的由患者个人结算，同时将审核意见告知患者。

第四十二条 参保人员因定点医疗机构不能确诊的疑难病症，或因条件有限不能在当地进行诊治的危重病参保患者，可申请办理转诊转院手续。

申请办理转诊转院的程序：由就医地高级别的定点医疗机构主管医师填写阿坝州基本医疗保险转诊转院审核申请表，由科主任签署意见，经医保科（办）审核后办理转诊转院备案登记。因病情危急的可先行转院，但应在 5 个工作日内补办转诊转院审批手续。

第四十三条 参保人员就医时使用医保支付部分费用的诊疗项目、自费药品和自费诊疗项目，定点医疗机构必须征得患者或其家属同意，并履行签字手续。未经患者或其家属同意的费用，患者或其家属有权拒付。

第四十四条 定点医疗机构应严格执行出院带药限量规定，参保患者出院带药限量为：

急性疾病不得超过3日剂量，慢性疾病不得超过7日剂量，中草药及民族药不得超过7日剂量。出院超量带药以及出院时开出的治疗、检查项目费用和注射剂（针剂），医保基金不予支付。

第四十五条 参保人员在与我州实现了联网结算医疗机构的医疗费用实行即时结算，出院时支付个人应承担的费用，医保基金支付的部分由医疗机构与医疗保障经办机构结算。属于我州辖区内的，由医疗机构按月向参保地医疗保障经办机构申请结算；属于州外国家、省级异地就医平台的，由州医疗保障经办机构按四川省异地就医结算相关规定结算。

第四十六条 参保人员因病在未实现即时结算的医疗机构治疗发生的医疗费用由个人全额垫付，治疗结束后应在90日内凭结算专用票据等资料到参保地医疗保障经办机构申请报销。应提供以下资料：

盖有医院鲜章的发票原件、门诊处方、住院医疗费用明细清单、出院病情证明书、社会保障卡、身份证（户口簿）和银行开户行账号等资料，外伤病人还需提供经医院医保部门签章的病历首页复印件和就医地相关机构出具的医疗行为真实性证明，符合计划生育政策正常分娩、剖宫产的还需提供计划生育相关证明。

第四十七条 参保人员及医药机构当年发生的医疗费用，应在次年6月30日前申报结算，特殊情况除外。超过结算时限或未按规定提供有关资料的，医疗保障经办机构不予受理。

第七章 医疗保险关系变更

第四十八条 参保居民出国定居、参军、户籍迁出或转入职工医保的，保险关系自行终止。缴费人在集中征缴期完成缴费，但尚未进入待遇享受期发生死亡的，其亲属须在退费年度的6月30日前申请退费，可退还已缴纳的医疗保险费。

第四十九条 居民医保和职工医保关系可相互转移接续，相互转接后，仍保留其原参保缴费记录。

（一）法定劳动年龄内的参保居民需转入职工医保的，可按照我州职工医保缴费办法，一次性补足居民医保与职工医保缴费差额后，原参加居民医保缴费年限合并计算为职工医保缴费年限。补缴医疗保险费以转入职工医保时的当期职工医保缴费基数为标准，缴费费率按照9%缴纳，补缴金额全部纳入统筹基金。

（二）居民医保转入职工医保的最低缴费年限按照职工医保规定执行，医疗保险待遇从转入并补足职工医保差额后次月起享受职工医保待遇。

未补足差额的按照首次参保确定职工医保医疗待遇等待期，等待期间发生医疗费用

的，享受居民医保第二档待遇。

（三）参加职工医保人员失业且享受失业保险待遇期满后，可选择参加居民医保，从接续参保缴费之日起享受居民医保待遇。

第八章 基金管理监督

第五十条 居民医保基金实行“州级统筹、分账核算、分级负责”的管理模式，纳入社会保障基金财政专户，实行“收支两条线”管理，专款专用，任何单位、个人不得挤占挪用。

第五十一条 州医疗保障经办机构承担基金财务、业务管理和指导工作，县（市）医保经办机构负责行政区域内居民的参保登记、待遇审核、支付和财务会计核算等工作。

第五十二条 建立健全居民医保基金州级统筹制度、财务管理制度、协议管理医药机构考核制度、内部审计制度、信息公开制度。

第五十三条 居民基本医疗保险费的征缴、收入管理，按照国家、省有关规定执行。

第五十四条 医疗保障、财政和审计等部门应当定期和不定期对居民医保基金收入、支出、结余和存储情况进行监督和检查。

医疗保障经办机构应加强财务监督和内部控制，按照《社会保险基金财务制度》和《社会保险基金会计制度》的规定进行会计核算和编制基金预、决算，定期或不定期分析基金运行情况，确保基金运行安全、完整、可持续。

第五十五条 州医疗保障部门和州财政部门应建立和完善居民医保基金预警机制，州级统筹基金可能出现缺口时，应及时向州政府报告，并采取措施予以解决。

第五十六条 居民医保基金实行预算管理。按基金预算管理原则和风险预控机制，合理编制基金预算，强化收支预算执行，严格编制基金决算，真实准确反映基金运行情况。

各县（市）当年超过预算支出部分由各县（市）政府承担。

第五十七条 各相关部门、医疗保障经办机构及其工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守的，定点医药机构及其工作人员以合谋、欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取医疗保险基金的，参保人员采取欺诈等手段骗取医疗保险基金的，按《中华人民共和国社会保险法》及相关规定处理。对涉嫌犯罪的，按规定移交司法机关。

第五十八条 居民医保基金结算办法由州医疗保障部门会同州财政部门另行制定。

第九章 组织管理

第五十九条 各县（市）政府是居民医保管理工作的责任主体，应切实加强组织领导，全额保障医疗保障经办机构工作经费，将参保扩面、基金征缴、审核支付等目标任务纳入

政府重点目标管理，其完成情况作为各县（市）政府年度绩效考核指标。

第六十条 医疗保障部门负责居民医保管理和综合业务指导工作。县（市）医疗保障经办机构负责经办行政区域内的医保业务工作。

第六十一条 县（市）政府负责行政区域内居民医保统筹协调工作，实行重点目标管理。乡（镇）人民政府、寺庙管理委员会负责辖区内居民宣传动员和参保缴费的具体工作。财政部门负责政府补助资金的拨付和基金的监督管理工作。审计部门负责居民医保基金收支的审计监督工作。卫生健康部门负责医疗机构的医疗服务管理、孕产妇生育政策合法性确认工作。教育部门负责督促学校做好学生参保缴费的组织工作。民政、残联和扶贫开发部门负责特殊困难群体的资格确认工作。公安部门负责参保人员户籍认定和医保基金欺诈骗保案件查处工作。监察部门负责对相关部门履职情况进行监督检查，对相关违纪违规行为进行查处等工作。市场监管部门负责医药机构的药品、医疗器械质量管理等工作。其他有关部门按照各自职能职责，协助做好居民医保工作。

第六十二条 建立城乡居民医保工作经费保障机制，以当年实际参保人数，按照不低于3元/人·年的标准安排居民医保专项业务经费，足额纳入同级财政预算。

第十章 附则

第六十三条 居民医保待遇水平根据经济社会发展水平、基金收支结余情况、医疗费用增长幅度等因素适时调整。调整标准由州医疗保障部门会同州财政等部门提出意见报州政府批准后执行。

第六十四条 卧龙特别行政区居民医保参照本办法执行。

第六十五条 本办法由州医疗保障部门负责解释。

第六十六条 本办法自2020年1月1日起施行。有效期5年。原城乡居民基本医疗保险政策同时废止。国家、省、州有新规定的按新规定执行。



州政府办公室文件

阿坝州人民政府办公室 关于印发《阿坝州加快推进道地中药材产业 发展的实施意见（试行）》的通知

阿府办发〔2019〕20号

各县（市）人民政府，州政府各部门、各直属机构，卧龙特别行政区，有关单位：

《阿坝州加快推进道地中药材产业发展的实施意见（试行）》已经州政府研究同意，现印发给你们，请结合实际认真贯彻执行。原阿坝州人民政府办公室《关于加快医药产业创新发展的实施意见》（阿府办发〔2015〕22号）文件同时废止。

阿坝州人民政府办公室

2019年12月23日

阿坝州加快推进道地中药材产业发展的实施意见 （试行）

为充分发挥道地中药材资源优势，加快道地中药材产业转型升级，提升产业发展质量和效益，将道地中药材产业逐步培育壮大成为生态农业重点产业，结合实际，制定本实施意见。

一、总体要求

全面贯彻党的十九大精神和习近平总书记系列重要讲话精神，认真贯彻落实省委十一届三次全会和州委十一届五次全会精神，牢固树立和贯彻落实新发展理念，以中药材资源为依托、中药材种植为基础、中藏羌医药产品创新研发和加工生产为引领、中藏羌医药养生文化和旅游开发为延伸，强化创新驱动，打造一批道地重点示范基地，形成一批具有自主知识产权的科技成果和自主品牌的创新产品，培育一批具有较强竞争力的

重点龙头药业企业,将道地中药材产业打造成为建设川西北阿坝生态示范区的支柱产业,为我州打赢脱贫攻坚战、决胜全面小康作出积极贡献。

二、发展目标

到2023年,力争全州道地中药材产业规模达到20亿元(道地中药材工业产值7亿元,中药材人工种植5亿元,中药材衍生产品、旅游产品及第三产业3亿元,中药材野生资源销售5亿元),将道地中药材培育成为产业链完善、规模效应明显、核心竞争力较强的重点产业,形成全州道地中药材产业蓬勃发展新局面。

(一)建设一批重点种植(养殖)基地。突出道地和特色,优化种植(养殖)品种,以川贝母、党参、秦艽、大黄、羌活、麝香、红毛五加等为主,其它药材为辅,扩大中药材种植养殖规模,到2023年,全州中药材种植面积达到20万亩。

(二)培育一批龙头企业。提升打造九寨天然药业集团、宇妥藏药等企业,推进藏羌医药院内制剂企业化生产,大力引进一批有影响力的知名企业入驻我州。到2023年,全州涉及中药材种植、加工、制药、销售的企业达80家以上。

(三)打造一批拳头产品。以净土阿坝区域品牌为依托,大力实施品牌发展战略,培育道地中药材产业大品种。到2023年,培育形成一批川产道地药材大品种、国家地理标志保护产品和单个品种产值上千万的中藏成药和衍生产品大品种。

三、任务分工

(一)强化科技支撑引领发展。健全企业为主导的医药产业技术创新体系,积极构建产学研医关键共性技术平台、公共技术服务平台和资源型共性平台。到2023年,力争建立省级重点实验室2-3个,形成5个省级各类创新平台。强化道地中药材新产品、新技术、新工艺等关键技术研究,加强特色产品标准制定,开展道地中药材系统研发。加快道地中药材产业科研成果的转化和产业化,加大对成果完成人以技术入股、技术有偿转让、职务成果奖励等方式的激励,加强成果转化平台和交易、投融资等服务体系建设。到2023年,推动道地中药材产业成果转化20项。〔责任单位:州科技局、州发改委、州经信局、州财政局、州卫生健康委、州市场监管局,各县(市)人民政府。(单位中排第一位的为牵头单位,下同)〕

(二)打造净土阿坝生态药园。加大麝香、冬虫夏草、川贝母、红景天等珍稀濒危药材保护力度,完成阿坝州中药资源第四次普查,开展珍稀濒危品种药材种质资源保护、人工繁育、野生抚育研究。开展党参、秦艽、大黄、羌活、川贝母等重点道地药材品种核心种植区土壤(PH值、农残、重金属)检测、药材植物来源追溯、有效成分检测等研究,制定和完善相关标准。开展道地中药材良繁技术研究,建立道地中药材优质种子、

种苗生产基地。到 2023 年，力争全州建立重点种子、种苗基地 5000 亩以上。加强道地中药材规范化种植管理技术研究和推广，鼓励和支持药业企业联合种植专合社或农户建立道地中药材定点生产基地，发展“定制药园”，推进道地中药材种植发展。〔责任单位：州科技局、州经信局、州农业农村局、州卫生健康委、州扶贫开发局、州市场监管局，各县（市）人民政府〕

（三）培育发展壮大龙头企业。坚持以企业为主体，大力推动技术创新改造，提升装备、管理和质量水平，支持中医药领域信息通讯技术的研发和应用示范，促进医疗服务、健康管理与信息技术间的产业融合。加强道地中药材产业招商引资力度，重点引进一批知名企业入驻我州，打造和培育一批龙头企业，同时鼓励和发展合作社、协会等经营主体，打造阿坝州中医药创新产业带。〔责任单位：州经信局、州发改委、州科技局、州农业农村局、州市场监管局、州卫生健康委、州商务经济合作局，各县（市）人民政府〕

（四）培育道地中药材大品种。突出优势道地重点药材品种，按照 1 个县“主打 1 个、储备 2—3 个”品种布局和药材适宜性，大力培育和打造本地优势道地药材大品种，制定品种发展规划和实施方案。加快名优中藏成药二次开发和提升，大力培育中藏成药大品种。推进民族医药创新发展，加快疗效独特的藏羌医药院内制剂的研究，培育一批藏羌医药院内制剂大品种。打造知名品牌，开展道地中药材知识产权保护和“三品一标”建设。〔责任单位：州科技局、州经信局、州市场监管局、州卫生健康委，各县（市）人民政府〕

（五）加强市场流通体系建设。推行重点医药产品优先挂网、进医院、进药房，加强零售终端体系和配送体系建设，大力发展智慧药房，鼓励医药电子商务与物流、支付、信用、融资等要素的集成和创新模式。注重大宗药材重点交易和集散市场建设，拓展市场流通渠道。完善和扩大阿坝县中药材市场，建成辐射川甘青片区的虫草、川贝母等道地名贵药材销售集散地。依托川西北物流园区，建立阿坝州道地大宗药材交易市场。将水磨镇打造全州中药材及康养衍生产品集中展示和服务窗口。〔责任单位：州商务经济合作局、州发改委、州科技局、州卫生健康委、州市场监管局，有关县（市）人民政府〕

（六）构建全产业链发展体系。挖掘中医药大健康产业内涵和潜在优势，延伸产业链，着力构建全产业链发展体系。加快中藏羌医药文化传承与发展，开展藏羌医药珍贵古籍文献抢救整理、非物质文化遗产申报、文化传承中心建设等工作，推进藏羌医药文化产业发展。依托旅游资源、生态环境和康养文化等优势，开展医药科考、民族特色诊疗、休闲观光、康养体验等旅游产业和以藏羌医药为主的大健康服务业发展，加强以道地中药材为原料的民族特色大健康产品和旅游产品市场开发，推进道地中药材全产业链发展。

〔责任单位：州卫生健康委、州科技局、州市场监管局、州文体旅游局，各县（市）人

民政府〕

四、支持政策

(一) 加大财税政策支持力度。争取国家、省、州项目资金和基金,支持道地中药材产业发展。全面落实捐赠税前扣除、税收减免、扶贫信贷支持等扶贫优惠政策,加大精准扶贫贷款奖补、扶贫小额信贷分险基金分险比例和特色农业保险保费奖补力度。对获得国家新药证书的药品、拥有国家发明专利证书的创新产品首次在州内产业化,符合我州科技专项资金支持范围和条件的,给予最高不超过50万元的专利成果转化资金补助支持。对完成临床前研究并获得药物临床试验批件,符合我州科技专项资金支持范围和条件的,给予最高不超过30万元的项目资金支持;对完成临床试验I、II、III期的,分别按当期研发费用的一定比例(50—100万元,补助20万元;100—500万元,补助40万元;500万元以上,补助60万元)予以补助支持。对获得国家、省级医药行业创新平台、公共服务平台和资源开发类平台、重点实验室的,符合我州科技专项资金支持范围和条件的,以项目资金补助的方式予以支持。对具有一定规模的医药企业,研发投入占营业收入达到或超过3%的,在州工业发展资金中按超过上年研发投入增量的20%—30%进行补助。对新版GMP技术改造项目给予奖励、补助和贴息支持。

(二) 强化科研及人才促进政策。加强医药医疗领域知识产权保护,推进高校、科研院所职务性医药科技成果的所有权、收益权和分配权制度改革,加快科研成果转化。鼓励高等院校、科研机构医药科研人员,按相关规定和要求,在企业兼职从事科技成果转化活动并规定获得报酬或奖励,以兼职或离岗保留身份方式创业、参与或主持企业科研活动。高校、科研院所科技人员(包括担任行政领导职务的科技人员)职务性科技成果转化的收益,按至少80%的比例划归成果完成人及团队所有。国有企业事业单位对职务发明完成人、科技成果转化重要贡献人员和团队的奖励,不计入当年单位工资总额,不作为工资总额基数,不纳入绩效工资总额管理。一年内未实施转化的医药类职务发明成果,成果完成人或团队拥有成果转化处置权,转化收益中至少80%归成果完成人或团队所有。改进对医药领域基础性、应用性研究成果及成果转化的评价考核机制。获得国家新药证书的主要贡献者(排名前三),新药证书可作为职称破格晋升的重要依据,优先推荐州级以上人才计划。其他主研人员可凭新药证书、获得国内外授权专利的主要发明人(设计人)可凭专利证书作为重要科研成果纳入科研绩效考核和职称晋升依据。对在州内成功进行产业化的主要贡献者进行科研绩效考核和评价额外奖励,优先列入人才奖励计划。符合急需紧缺标准的刚性引进人才,试用1年考核合格后,签订10年服务合同,给予10万元—40万元安家补助,按20%额度逐年发放。本土人才达到刚性引进人才标

准，并经评审合格、签订10年服务合同的，享受同等待遇。对获得国家、省部级重大奖项或相关荣誉称号、享受特殊津贴的人才，按1:1的比例配套发放奖金。提高优秀人才评选资助额度，个人补助资金实行按月发放。评选为“州级拔尖人才”，3年管理期内，每月给予1000元工作补助。鼓励工业园区、企业、高校、科研院所、专合组织等各类机构，创建国家、省博士后科研工作站、院士专家工作站和州级技术研发中心。成功创建、运营较好经申报评审，给予10万元—50万元工作经费。在州内企业工作的专业技术人员，在申报职称时，对职称外语和计算机应用考试不作要求，按政策在相关年限上给予一定缩减。在入户、社会保障、子女入学等方面，与本州居民享受同等政策待遇。

（三）公共采购、价格及市场推广鼓励政策。州级基本药物目录调整时，同等条件下，我州符合规定的新药、独家品种和大品种优先纳入，并支持纳入国家、省基本医疗保险药品目录和国家基本药物目录。及时评审和遴选我州重大新药，并按规定纳入上述省级有关目录，争取纳入国家有关目录。鼓励引导医疗机构按照“优质优选、就近供应、降低成本”的原则采购使用本地药品。支持我州拥有自主知识产权、填补临床治疗空白、针对大病种和特殊病种、市场潜力大的各类新药，参与我州药品集中招标采购。获得国家新药证书的化学药、中药、民族药和天然药物以及治疗用或预防用生物制品，在进医院过程中随时申请、及时审定。对可以单独收费的医用耗材、医疗器械等，同等条件下优先使用本地产品。支持对州产药械的采购，对医院实际采购州产药械的比例进行考核。州内药品应急储备采购、应急短缺药品定点生产和定点储备，在同等条件下优先采购本地企业产品。制定我州低价药目录，将符合规定的州企重点品种纳入目录，直接挂网并在同等情况下优先采购。社会办医疗及健康服务机构用电、用水、用气、用热，与公立医疗机构执行相同的价格政策。

（四）投融资及信贷支持政策。发挥银行信贷主渠道作用，引导银行业机构创新金融产品和服务，满足医药中小企业合理信贷需求。针对企业融资特点，推广应用应收账款、动产、知识产权、股权、订单、仓单等质押贷款。积极探索各类担保、保险机构为医药中小企业、医药行业创业投资或风险投资提供担保。积极拓展直接融资渠道，引导符合条件的企业到主板、中小板、创业板上市融资，支持企业到新三板和天府（四川）联合股权交易中心挂牌融资，鼓励企业灵活选择公司债、企业债、中期票据、短期融资券等各类债务工具融资。支持社会办医或投资医疗健康业利用有偿取得的土地使用权、产权明晰的房产等固定资产或将其收费权、知识产权为担保，申请抵押贷款。支持投资医疗健康业以股权融资、项目融资等方式筹集建设发展资金。

五、保障措施

(一) 加强统筹协作。建立阿坝州道地中药材产业发展工作联席会议制度，办公室设在州科技局，构建“部门联动、州县互动、齐抓共管”的协调机制。联席会议主要负责研究产业发展战略和政策意见，协调解决产业发展重大问题，支持和协调医药企业在投资、生产和流通等环节的要素保障和服务，研究优先支持和重大奖励事项，督促各地各部门落实有关政策意见。

(二) 提供服务保障。各县（市）、各有关部门在认真贯彻落实国家和省关于支持医药产业发展政策的基础上，抓好本实施意见的落实，结合目标任务与分工，制定年度目标和工作推进方案。要加大对外宣传和招商引资力度，提高相关项目、医药产品注册、人才引进等审查审批效率，努力创造良好的诚信环境、服务环境和法治环境，

(三) 推动绿色发展。在充分利用资源的同时，保护资源和环境，保护生物多样性和生态平衡，保障中医药资源的可持续利用和产业的健康有序发展。对重点濒危名贵药材开发，必须建立相应的种质资源苗圃、优质种子、种苗基地和同步重点发展人工种植等可持续生态保护机制。

阿坝州人民政府办公室 关于进一步做好城镇困难职工解困脱困工作的通知

阿府办函〔2019〕94号

各县（市）人民政府，州政府各部门、各直属机构，有关单位：

为认真贯彻落实省政府办公厅《关于进一步做好城镇困难职工解困脱困工作的实施意见》（川办发〔2018〕97号）精神，结合我州实际，现就进一步做好相关工作通知如下。

一、工作目标

认真贯彻落实党中央、国务院决策部署，按照“统筹协调、分级负责”原则，把“精准”贯穿城镇困难职工解困脱困工作全过程，明确工作目标、突出工作重点、抓住关键环节，精准聚焦、持续发力，做到情况、措施、程序、监管、效果“五个精准”，确保到2020年，现有纳入工会帮扶管理系统建档的全国级城镇困难职工（以下简称建档城镇困难职工）全部实现解困脱困。

二、工作要求

（一）解困脱困工作对象。城镇困难职工解困脱困工作的对象包括以下4种类别：

1. 家庭人均收入连续6个月低于全州城市居民最低生活保障标准（以下简称最低生活保障标准）的困难职工家庭。

2. 家庭人均收入在最低生活保障标准上浮50%以内，但由于患病、子女上学、残疾、单亲及其他特殊原因造成生活困难，且符合“（家庭可支配收入 - 由于患病、子女上学、残疾及其他特殊原因等造成支出费用）/ 家庭总人口 ≤ 最低生活保障标准”条件的职工家庭。

3. 家庭人均收入在最低生活保障标准3倍（含）以内，因职工本人或家庭成员遭遇突发事件、意外伤害、重大疾病或其他特殊原因导致生活困难，且符合“（家庭可支配收入 - 意外致困造成支出费用）/ 家庭总人口 ≤ 最低生活保障标准”条件的职工家庭。

4. 家庭人均收入超过最低生活保障标准3倍，因职工本人或家庭成员遭遇突发事件、意外伤害、重大疾病或其他特殊原因导致生活困难，且符合“（家庭可支配收入 + 投资性净财产 + 储蓄 - 意外致困造成支出费用）/ 家庭总人口 ≤ 最低生活保障标准”条件的职工家庭。

具有下列情形之一的职工家庭，不纳入解困脱困工作对象：拥有2套（含）以上住宅的；拥有商业店铺或雇佣他人从事经营活动的；子女进入高收费私立学校或自费出国留学的；非受雇佣经常使用船舶、工程机械、大型农机具等的；家庭成员经常有高消费行为的；

在申请、核查阶段不如实提供家庭收入以及财产状况的。

对长期居住在城市且依靠工资收入为主要生活来源的农民工，符合建档条件的纳入解困脱困范畴（已纳入农村扶贫对象的除外）。

（二）解困脱困标准。

城镇困难职工解困标准：难以脱困的困难职工，经纳入政府救助体系帮扶后，家庭生活水平达到当地最低生活保障标准，家庭困境得到有效缓解。

城镇困难职工脱困标准：困难职工经精准帮扶后，家庭致困因素消除，家庭人均收入连续6个月超过当地最低生活保障标准，家庭生活状况脱离困境。

三、任务分工

（一）精准建立困难职工档案。在工会系统现有困难职工档案基础上继续深入摸底排查，精准识别城镇困难职工，依托全国总工会帮扶工作管理系统建立我州国家级城镇困难职工档案，向建档城镇困难职工发放联系卡，建立结对帮扶制度，实现在档困难职工档案动态化管理，深入分析致困原因，找准解困脱困措施，切实做到户策对接、因户施策。〔牵头单位：州总工会；责任单位：州民政局、州教育局、州住建局、州人社局，各县（市）人民政府〕

（二）实施就业创业解困脱困。对符合条件的建档城镇困难职工开展转岗培训或技能提升培训，免费提供就业指导、职业介绍、政策咨询等服务。对有创业意愿的，针对性开展创业培训、创业指导、项目咨询和跟踪服务，落实创业担保贷款等政策措施，扶持其创业解困脱困，确保零就业家庭至少有1人就业。〔牵头单位：州人社局；责任单位：州经信局、州财政局、州国资委、州总工会，各县（市）人民政府〕

（三）实施医疗保障解困脱困。对建档城镇困难职工，按规定将其纳入补充医疗保险和医疗互助保险保障。积极推动因病致困职工纳入基本医疗保障制度保障范围。实施“职工医疗互助”计划，将大病致困职工纳入职工医疗互助活动和保险范围。引导社会组织参与帮扶患重特大疾病的困难职工，鼓励慈善机构对重大疾病患者家庭进行慈善救助。〔牵头单位：州医保局；责任单位：州民政局、州财政局、州卫生健康委、州总工会，各县（市）人民政府〕

（四）实施助学解困脱困。对符合条件的建档城镇困难职工家庭，按规定享受各地实施的覆盖学前教育至研究生教育的助学政策。实施“金秋助学”计划，实现工会助学活动常态化、长效化、社会化。大力引导社会公益助学资金向困难职工家庭就学子女倾斜，通过采取物质帮扶与精神帮扶相结合等措施，不让一个困难职工子女因家庭贫困而辍学。〔牵头单位：州教育局；责任单位：州财政局、州总工会、各县（市）人民政府〕

（五）实施社保解困脱困。对因企业欠缴社会保险费或未落实相关社会保险待遇的建档城镇困难职工，将其纳入社会保险制度进行覆盖。〔牵头单位：州人社局；责任单位：

州经信局、州财政局、州国资委、州总工会、州工商联，各县（市）人民政府〕

（六）实施住房保障解困脱困。对符合条件的住房困难的建档城镇困难职工家庭，通过配租配售保障性住房、发放租赁住房补贴或改造其居住的危旧房棚户区解决其住房问题。政府投资建设并运营管理的公共租赁住房，根据保障对象的支付能力实行差别化租金，对符合条件的保障对象采取租金减免。〔牵头单位：州住建局；责任单位：州财政局、州总工会，各县（市）人民政府〕

（七）实施兜底保障解困脱困。对符合社会救助政策有关条件的建档城镇困难职工，纳入社会保障体系，实现社会兜底保障。将符合低保条件的困难职工，按程序纳入最低生活保障范围，做到应保尽保。对遭遇突发事件、意外伤害、重大疾病或其他特殊原因导致基本生活陷入困境的，其他社会救助制度暂时无法覆盖或救助之后基本生活暂时仍有严重困难的家庭或个人，按规定和程序给予应急性、过渡性救助。落实好供给侧结构性改革化解过剩产能中企业下岗待岗困难职工的救助保障。做实做细为困难职工送温暖工作，对特别需要救助帮扶的困难职工，实现送温暖经常化、常态化。〔牵头单位：州民政局；责任单位：州教育局、州财政局、州卫生健康委、州医保局、州总工会，各县（市）人民政府〕

四、组织保障

（一）强化组织领导。各县（市）、各有关部门要把做好困难职工解困脱困工作作为打赢脱贫攻坚战、同步全面建成小康社会的重要内容，建立健全困难职工解困脱困工作机制，切实强化责任担当、做好研究谋划、统筹部署推进。要深入困难职工群体，摸实情、出实招，加强分类指导、协调解决问题，切实提升困难职工解困脱困工作效益。

（二）强化部门联动。工会、民政、人社等部门要建立部门协作联动工作机制，明确责任分工、细化工作措施，形成各负其责、各司其职、齐抓共管的工作格局，高质量完成城镇困难职工解困脱困工作任务。各项工作牵头部门要抓好统筹协调，定期召集相关部门研究解决工作中存在的问题，对涉及重大性、全局性等工作，可由牵头部门提请本级人民政府召开专项会议研究解决。

（三）强化宣传引导。各县（市）、各有关部门要充分运用新兴媒体，大力宣传各级党委和政府关心关爱困难职工的政策措施，把社会各方面参与困难职工解困脱困的积极性调动起来，营造良好的舆论氛围。要将“扶贫”与“扶志”结合起来，加强对困难职工的思想教育，引导他们正确对待生活中遇到的困难和问题，提振信心、凝聚力量，通过自己的辛勤劳动创造美好未来。

阿坝州人民政府办公室

2019年12月27日



人事任免

阿坝州人民政府 关于陶剑锋、舒驰二位同志职务任免的通知

阿府人〔2019〕15号

各县（市）人民政府，州政府各部门、各直属机构，卧龙特别行政区，有关单位：

2019年10月24日，经阿坝藏族自治州第十二届人民代表大会常务委员会第二十次会议通过，决定任命陶剑锋为阿坝藏族自治州人民政府副州长，免去舒驰的阿坝藏族自治州人民政府副州长职务。

特此通知。

阿坝州人民政府
2019年11月25日

阿坝州人民政府 关于黎江等十名同志职务任免的通知

阿府人〔2019〕16号

各县（市）人民政府，州政府各部门、各直属机构，卧龙特别行政区，有关单位：

阿坝州人民政府决定：

任命：

黎江为州司法局副局长（挂职1年）；

黄强为州住房和城乡建设局副局长（挂职1年）；

李斌为州交通运输局副局长（挂职2年）；

林方龙为州农业农村局副局长（挂职1年）；

袁江为州文化体育和旅游局副局长（挂职1年）；

周波为州国有资产监督管理委员会副主任（挂职1年）；

王学武为州公路管理局副局长（挂职1年）。

免去：

张巍的州交通运输局副局长职务；

林伟的州交通运输局副局长职务；

徐斌的九寨沟管理局副局长职务。

特此通知。

阿坝州人民政府
2019年11月25日

阿坝州人民政府 关于胡海生同志免职的通知

阿府人〔2019〕17号

各县（市）人民政府，州政府各部门、各直属机构，卧龙特别行政区，有关单位：
阿坝州人民政府决定：免去胡海生同志的州生态环境局副局长职务。

阿坝州人民政府
2019年12月23日



部门文件选登



阿坝州财政局 阿坝州科技局 关于印发《阿坝州科技计划项目专项 资金管理办法》的通知

阿州财规〔2019〕5号

各县（市）财政局和科技主管部门、州级有关部门（单位）：

为进一步加强和规范阿坝州科技计划项目的管理，专项资金的分配、使用管理，提高财政资金使用绩效，按照《中华人民共和国预算法》、《国务院关于优化科研管理提升科研绩效若干措施的通知》（国发〔2018〕25号）、《四川省科技计划项目专项资金管理办法》（川财规〔2019〕10号）、《阿坝州深化州级财政科技计划管理改革方案》（阿府办发〔2018〕3号）规定，结合我州科技计划项目专项资金管理实际，州财政局、州科技局联合制定了《阿坝州科技计划项目专项资金管理办法》，现印发你们，请遵照执行。

附件：阿坝州科技计划项目专项资金管理办法

阿坝州财政局

阿坝州科学技术局

2019年12月25日

附件：

阿坝州科技计划项目专项资金管理办法

第一章 总则

第一条 为进一步规范和加强我州科技计划项目专项资金的分配、使用管理，提高财政资金使用绩效，根据《中华人民共和国预算法》、《国务院关于优化科研管理提升科研绩效若干措施的通知》（国发〔2018〕25号）、《四川省科技计划项目专项资金管理办法》（川财规〔2019〕10号）、《阿坝州深化州级财政科技计划管理改革方案》（阿府办发〔2018〕3号）等规定，结合我州科技计划项目专项资金管理实际，制定本办法。

第二条 阿坝州科技计划项目专项资金（以下简称“专项资金”）是指由州级财政预算安排，财政局、科技局共同管理，用于支持我州各类科技创新主体开展科技研发、科技能力建设、科技示范推广、科技服务、科技人才队伍建设等科技活动的专项资金。专项资金根据国家、省制定的中长期科技规划纲要、科技创新规划及我州年度科技重点工作部署和绩效评价及监督检查结果安排。

第三条 专项资金支持对象是在阿坝州境内注册或位于阿坝州境内，具有独立法人资格的科研院所、高等院校、企业、医疗卫生机构和其他具备科研开发、科技服务和决策咨询研究能力的单位，以及州委州政府确定的重大科技事项承担或合作的州内外具备独立法人资格的单位。

第四条 财政局主要负责专项资金预算管理、资金下达等工作。科技局主要负责拟订资金分配建议方案，专项资金项目管理，组织项目验收、绩效评价和监督等工作。

第五条 专项资金按照“集中财力，突出重点；分类支持，合理配置；公开透明，科学规范”的原则管理和使用。

第六条 专项资金主要支持：

（一）应用技术与开发计划。聚焦全州产业发展和公益民生等重点领域的技术需求，着力解决制约产业创新、民生改善与社会进步的技术问题，开展核心技术、关键共性技术和以企业为主体的产学研重大技术协同攻关，形成行业领先关键技术、先进工艺、创新产品和自主知识产权，实现主导产业转型升级、新兴产业加快培育和壮大。加强创新决策科学化等软科学研究。

（二）科技条件能力建设和技术推广示范专项计划。推动科技系统、科研院所以及大中专院校和科技型企业条件能力建设，重点支持科技企业孵化平台、科研机构（重点

实验室、工程技术中心、产业技术研究院)、创新服务机构、创新基地(平台)等的建设和能力提升,促进科技资源开放共享,提升科技创新的条件保障能力和产业化服务能力。

(三) 州委、州政府确定的其他重大科技工作。

第二章 分配方式

第七条 专项资金采取项目法分配方式。

第八条 项目法适用于聚焦全州重大战略、重点领域、重点布局的项目,由科技局牵头组织发布年度项目申报通知和指南,明确申报要求。项目单位申报项目,经推荐单位推荐审核后报科技局。科技局通过评审咨询拟订专项资金分配建议方案,与财政局会商后,由财政局上报州政府审批确定。

第九条 项目立项结果由州科技局向社会公示(涉密项目除外)。公示期一般不少于5个工作日,公示无异议后上报备案或审批。

第十条 专项资金分配应聚集州委州政府确定的重大科技工作,集中财力,突出重点,避免资金安排分散重复。专项资金的50%以上应用于支持重大和重点项目。

第三章 支持方式和开支范围

第十一条 专项资金采取前补助和后补助两种支持方式。具体支持方式按照《阿坝州深化州级财政科技计划管理改革方案》(阿府办发〔2018〕3号)相关要求,在项目申报通知或指南中予以明确。前补助是指项目立项后核定预算的财政支持方式。后补助是指对项目单位先行投入的研发资金或取得的成果、绩效和提供的服务等给予奖励性补助的财政支持方式,包括无偿资助和贷款贴息等。

第十二条 前补助项目任务合同书应具备科学、合理、具体可考核的项目绩效目标,作为验收检查和绩效评价的主要依据,绩效目标的科学性、合理性和细化程度应作为项目评审的重要内容。后补助项目应将绩效目标已实现情况作为主要评审评估、立项依据。

第十三条 前补助专项资金开支范围

前补助项目资金开支范围包括直接费用和间接费用。应用技术与开发计划,科技条件能力建设和技术推广示范专项计划均可开支直接费用和间接费用。

(一) 直接费用是指在项目实施过程中发生的与之直接相关的费用。包括:

1. 设备费:是指在项目实施过程中购置或试制专用仪器设备,对现有仪器设备进行升级改造,以及租赁使用外单位仪器设备而发生的相关费用。应当严格控制设备购置费支出。财政科技经费形成的大型科学仪器设备、科学数据、自然科技资源等,在保障有关参与单位合法权益的基础上,按照国家和我省有关规定开放共享,避免重复购置,提高资源利用效率。

2. 材料费：是指在项目实施过程中消耗的各种原材料、辅助材料、低值易耗品、元器件、试剂、实验动物、部件、外购件、包装物等的采购、运输、装卸、整理等费用。

3. 测试化验加工费：是指在项目实施过程中支付给外单位（包括项目单位内部独立经济核算单位）进行的检验、测试、化验及加工等费用。委托测试化验加工需签订合同或协议等。

4. 燃料动力费：是指在项目实施过程中直接使用的相关仪器设备、科学装置等运行发生的可以单独计量的水、电、气、燃料消耗等费用。

5. 会议 / 差旅 / 国际合作交流费：是指在项目实施过程中发生的差旅费、会议费和国际合作交流费。在编制预算时，本科目支出预算不超过直接费用预算 10% 的，不需要提供预算测算依据；超过 10% 的，按照会议、差旅、国际合作交流分类提供必要的测算依据，无需对每次会议、差旅做单独的测算和说明。

6. 出版 / 文献 / 信息传播 / 知识产权事务费：是指在项目实施过程中，需要支付的出版费、资料及印刷费、专用软件购买费、文献检索费、专业通信费、专利申请及其他知识产权事务等费用。

7. 劳务费：指支付给参与项目研究的研究生、博士后、访问学者和项目聘用的研究人员、科研辅助人员等的劳务性费用。劳务费开支标准参照当地科学研究和技术服务业从业人员平均工资水平，根据其在项目研究中承担的工作任务确定，其社会保险补助纳入劳务费科目中列支。劳务费预算不设比例限制，由项目单位和科研人员结合当地实际，以及相关人员的参与项目的全时工作时间、承担任务等因素据实编制。

8. 专家咨询费：是指在项目实施过程中支付给临时聘请的咨询专家（含柔性引进境外专家）的费用。专家咨询费不得支付给参与项目研究及管理相关的工作人员。专家咨询费的开支标准按照国家或我省有关规定执行。

9. 其他费用：是指项目实施过程中除上述支出费用之外的其他支出。其他支出应当在申请预算时单独列示。

科技条件能力建设类项目可在直接费用现有科目中（不包括“其他费用”）列支部分建设、运行等费用，应当单独列示，单独审核。高校、科研院所要根据科研工作实际需要，按照实事求是、精简高效、厉行节约的原则，研究制定内部差旅费、会议费、劳务费管理办法，确定开支范围和标准；对野外考察、心理测试等科研活动中无法取得发票或财政性票据，以及邀请国（境）外专家来华参加学术交流、开展技术指导发生的费用等的报销问题，可制定符合科研实际需要的内部报销规定。

（二）间接费用是指项目在组织实施过程中，单位发生的无法在直接费用中列支的相关费用。主要包括：项目单位为项目研究提供的现有仪器设备及房屋，日常水、电、气、

暖消耗，有关管理费用的补助支出，以及激励科技人员的绩效支出等。

1. 间接费用实行总额控制，按照不超过直接费用扣除设备购置费后的一定比例核定，具体比例如下：50万元（含）以下的部分为25%，50万元以上的部分为20%。

2. 软科学类和软件开发类项目不超过科研项目专项经费总额的50%。

3. 项目单位应当建立健全间接费用的内部管理办法，不得在核定的间接费用以外，再以任何名义在项目资金中重复提取、列支相关费用。绩效支出主要用于对科研人员的激励，应向创新绩效突出的团队和个人倾斜，与科研人员在项目工作中的实际贡献挂钩，不设比例限制。项目单位在统筹安排间接费用时，要处理好合理分摊间接成本和对科研人员激励的关系。

4. 项目有多个项目单位的，间接费用在总额范围内由项目牵头单位与参与单位协商分配。

第十四条 后补助项目由项目单位自主安排用于与科技创新相关的活动，但不得用于支付各种罚款、捐款、赞助、投资、偿还债务等支出，不得用于编制内在职人员工资性支出和离退休人员离退休费，以及国家规定禁止列支的其他支出。

第四章 预算编制和资金下达

第十五条 前补助项目应按照政策相关性、目标相符性和经济合理性原则，根据资金开支范围确定的支出科目和不同资金来源，科学、合理、真实地编制项目预算。

第十六条 根据《预算法》规定的预算审查和批准相关时间要求，财政局、科技局根据经批准后的专项资金预算，按照财政预算、国库集中支付和项目管理的规定一并下达项目预算。县（市）级财政和科技部门在收到州级文件后，应在30日内将资金下达到项目单位。

第五章 预算执行及调整

第十七条 专项资金一经批复下达，各级财政部门应在法定时间内及时拨付资金，不得滞留、截留、挪用。县（市）级科技部门、财政部门及州级推荐单位按照“谁推荐、谁负责”的原则，应及时组织项目实施，并承担监督等管理职责。项目单位要强化法人主体责任，按照“谁使用、谁负责”的原则，负责项目实施的具体日常管理，建立健全项目资金管理和使用制度，完善内部控制和日常监督制约机制。专项资金应当纳入项目单位财务统一管理，实行单独核算，确保专款专用，并对专项资金的管理和使用情况予以公开。

第十八条 项目资金支付管理、公务卡结算和政府采购事项按照《关于进一步完善省级财政科技和教育资金预算执行管理有关事项的通知》（川财库〔2019〕11号）等有

关规定执行。

第十九条 项目资金需调整的，按以下规定执行：

（一）项目资金变动，由州科技局审查后报州财政局进行调整。项目牵头单位因股权变更、单位名称变更、集团内部业务调整等涉及项目牵头单位变更的由项目单位提出申请，经推荐单位审核后报州科技局调整。

（二）项目资金不变，项目合作单位之间以及增加或减少项目合作单位的资金调整，由项目单位提出申请经推荐单位审核后报州科技局批准。

（三）项目资金不变，直接费用中设备费预算总额一般不予调增，确需调增的应报州科技局审批；设备费预算总额调减、设备费内部预算结构调整、拟购置设备的明细发生变化，以及其他科目的预算调剂权下放给项目单位。项目单位应完善管理制度，及时为项目人员办理调剂手续。相关管理制度由项目单位报推荐单位备案。

（四）应用技术与开发计划，科技条件能力建设和技术推广示范专项计划、软科学项目直接费用实行分类总额控制，其中，材料费、测试化验加工费、燃料动力费、出版/文献/信息传播/知识产权事务费等四个科目在实施中按同一类管理；劳务费、专家咨询费、会议费/差旅费/国际合作交流费、其他支出等四个科目在实施中按同一类管理。两类之间的预算调剂应履行项目单位内部审批程序；同一类预算额度内，项目单位可结合实际情况进行审批或授权项目负责人自行调剂使用。项目单位应完善管理制度，及时为科研人员办理预算调剂手续。

（五）间接费用预算原则上一般不予调增。经项目单位与项目负责人协商一致后，可以调减用于直接费用。

第二十条 前补助项目实施期间，年度剩余资金可结转下一年度继续使用。项目完成任务目标并通过验收后，结余资金按规定留归项目单位使用，在两年内由项目单位统筹安排用于科技活动的直接支出；两年后未使用完的，按规定退回。终止实施、撤消变更等项目，相关资金按原渠道退回。

第六章 绩效评价与监督检查

第二十一条 县（市）级科技、财政部门 and 州级推荐单位应当建立覆盖资金管理使用全过程的资金监督检查和绩效评价机制，加强统筹协调，推进信息共享。

第二十二条 各级科技部门、州级推荐单位是专项资金预算绩效管理责任主体。各级科技部门应会同财政部门开展预算执行情况及政策、项目实施效果的绩效评价。绩效评价结果作为项目调整的重要依据。

第二十三条 州财政局对资金绩效评价和项目实施情况适时进行抽查，抽查结果与专项资金预算安排挂钩。

第二十四条 前补助项目在项目期满后要及时组织验收和绩效评价，可同时开展工作，分别出具意见。对应用技术与开发计划，科技条件能力建设和技术推广示范专项计划、软科学项目精简过程检查，合并技术验收与财务验收，实施一次性综合绩效评价。凡验收或一次性综合绩效评价不合格的项目以及项目单位信用评价差的，州科技局根据项目管理有关规定，对项目负责人或项目单位进行阶段性限制申报项目。

第二十五条 前补助项目的项目单位按任务合同书确定的绩效目标开展项目绩效自评。前补助项目实施进度严重滞后、未完成任务、资金使用存在严重问题或难以达到预期绩效目标的，项目单位应及时予以调整、结题或终止，经报推荐单位审核汇总后报州科技局审批，相关资金按原渠道退回。

第二十六条 专项资金必须专款专用，任何部门、机构或个人不得虚报、套取、冒领、贪污、挪用、截留。依法主动接受财政、审计、监察、科技等部门的审计与监督。对违规使用专项资金的，各级科技、财政部门 and 州级推荐单位要督促整改。对以弄虚作假等手段套取骗取专项资金以及挤占挪用专项资金等违法违规行为的，按照《中华人民共和国预算法》、《财政违法行为处罚处分条例》等有关法律法规查处并追回专项资金。涉嫌犯罪的，依法移送司法机关处理。

第二十七条 各级科技、财政以及相关州级推荐单位、项目单位、工作人员在专项资金管理工作中，存在滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊等违法违纪行为的，按照《中华人民共和国预算法》、《中华人民共和国公务员法》、《中华人民共和国行政监察法》、《财政违法行为处罚处分条例》等有关规定追究有关责任单位和人员的责任；涉嫌违纪违法的，移送纪检监察机关和司法机关处理。

第七章 附则

第二十八条 专项资金用于州委州政府确定的重大科技事项的，按照州委州政府确定的方式予以支持。

第二十九条 本办法由州财政局、州科技局负责解释。

第三十条 本办法自印发之日起施行。有效期五年。此前发布的相关管理办法中与本办法不一致的，以本办法为准。

第三十一条 已立项但项目资金尚未使用的项目，按本办法执行。

12月9日，国家民委正式发布公告，决定命名四川省阿坝州为“全国民族团结进步示范州”。阿坝州的生动实践，探索出一条富有藏区民族民族自治地方特色的创建之路，为四川省民族团结进步事业作出贡献，为全国民族团结进步事业创新发展提供了宝贵经验。



民族的盛会



民族团结进步活动月



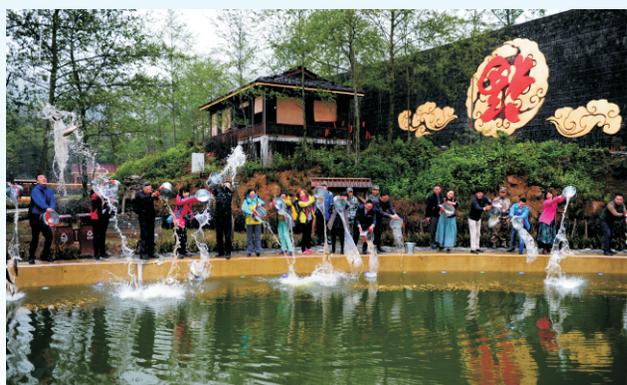
羌族群众欢庆吉祥羌年（何清海）



生活新气象（代永清）



我和我的祖国



生态美丽家园



黑水县沙石多乡羊茸村

