

白银市人民政府办公室文件

市政办发〔2022〕6号

白银市人民政府办公室 关于印发《白银市职工基本医疗保险 市级统筹办法》的通知

各县、区人民政府，市政府各部门，市属各企事业单位，中央、省在银各单位：

《白银市职工基本医疗保险市级统筹办法》已经2021年12月28日十届市政府第2次常务会议审定通过，现予印发，请认真遵照执行。

白银市人民政府办公室

2022年1月20日

（此件公开发布）

白银市职工基本医疗保险市级统筹办法

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实中央、国务院和省、市委关于深化医疗保障制度改革的决策部署，进一步完善职工基本医疗保险制度，巩固职工基本医疗保险市级统筹，保障职工基本医疗需求，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》等法律法规以及职工基本医疗保险制度规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 职工基本医疗保险实行市级统筹，按照“制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体”要求，在全市范围内统一筹资和待遇保障政策，统一调度和使用基金，统一规范业务流程和经办规程。

第三条 按照“保留险种、保障待遇、统一管理、降低成本”的要求，生育保险和职工基本医疗保险合并实施，实行同步登记、基金合并运行、征缴管理一致、监督管理统一、经办服务一体化。

第四条 市医疗保障部门主管全市职工基本医疗保险工作，负责本办法的组织实施。县区医疗保障部门按属地做好辖区内

基本医疗保险的管理和服务工作。

第五条 本办法适用于本市各级国家机关、事业单位、社会团体、各类企业、个体经济组织、民办非企业单位(以下统称用人单位)及其在职职工、退休人员和灵活就业人员(以下统称为参保人员)。

第二章 费用筹集

第六条 用人单位应当依法按规定自行申报基本医疗保险费数额,按月足额缴纳基本医疗保险费。未按时足额缴纳基本医疗保险费的,由征收机构责令其限期缴纳和补足。非因不可抗力等法定事由不得缓缴、减免。

第七条 职工基本医疗保险费由用人单位和职工个人共同缴纳。职工个人应当缴纳的基本医疗保险费,由用人单位按月从其本人工资中代扣代缴。

(一) 用人单位缴费基数。用人单位月缴费基数为单位全部参保职工个人月缴费基数之和。

(二) 职工个人缴费基数。职工以本人上一年度月平均工资为个人月缴费基数。月平均工资超过全省上年度在岗职工月平均工资 300% 以上的部分,不计入个人缴费基数;低于全省上年度在岗职工月平均工资 60% 的,按 60% 计算。

(三) 缴费比例。用人单位缴费比例为用人单位缴费基数

的 6.5%（基本医疗 6%，生育保险 0.5%）；职工个人缴费比例
为个人缴费工资基数的 2%（基本医疗 2%，生育保险个人不缴
费）。

第八条 无雇工的个体工商户、非全日制从业人员以及其他
灵活就业人员可自愿参加职工基本医疗保险，缴费基数和比
例分别为全省上年度在岗职工平均工资 60%和 8%。

第九条 建立职工基本医疗保险最低缴费年限制度。参保
人员达到法定退休年龄时，累计最低缴费年限（包括视同缴费
年限和实际缴费年限）达到男满 25 年、女满 20 年，且 2001 年
1 月 1 日以来连续参保缴费，退休后不再缴纳基本医疗保险费，
按规定享受基本医疗保险待遇。

（一）2001 年 1 月 1 日以前，符合国家规定的连续工龄或
者工作年限，视同为缴纳基本医疗保险费的年限。市、县区国
有改制企业解除劳动关系人员，自 2001 年 1 月 1 日至企业改制
期间的工作年限按照“视同缴费”处理。

（二）参保缴费至最低缴费年限但未达到退休年龄的参保
人员，用人单位和参保人员继续缴纳基本医疗保险费。达到退
休年龄但未达到最低缴费年限的，可缴费至规定年限，也可一
次性补缴不足年限的基本医疗保险费。

（三）补缴以前年度欠缴和退休时不足年限基本医疗保险
费的，按 2020 年全省在岗职工平均工资 80%的 6%缴纳统筹部分，
不划拨个人账户和追溯报销医疗费用。退休人员从补缴当月起

划拨个人账户，次月起享受基本医疗保险待遇。

第十条 市、县区医保经办机构负责本辖区各类用人单位的参保登记和缴费数额核定，同级税务部门负责用人单位基本医疗保险费的征缴、清欠工作。用人单位未按规定缴纳基本医疗保险费的，按照《社会保险费征缴暂行条例》规定处理。

第十一条 用人单位依法转让、分立、合并、关闭、破产时，应当依法清偿欠缴的职工基本医疗保险费。

第三章 基金的组成和使用

第十二条 职工基本医疗保险基金由用人单位和参保人员缴纳的基本医疗保险费、存款利息、滞纳金及按规定纳入基本医疗保险基金的其他收入组成。划分为基本医疗保险统筹基金和个人账户。统筹基金和个人账户分别核算，不得相互挤占。

第十三条 医保经办机构为每位参保人员建立一个基本医疗保险个人虚拟账户，并按月记账。

（一）个人账户的构成：

1. 职工个人缴纳的基本医疗保险费。
2. 用人单位和参保人员缴纳的基本医疗保险费中，按规定计入的部分。其中：职工为本人缴费工资基数的 1.5%，灵活就业人员为本人缴费工资基数的 3.5%。
3. 退休人员基本医疗保险个人账户实行定额计入，计入金

额参照全市退休人员人均养老金的 3.5%适时调整。

4. 个人账户的利息收入。按照年终结余金额参考银行同期存款利率计息。

(二) 个人帐户主要用于支付参保人员本人在定点医疗机构就医和定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的政策范围内个人负担的费用。不得用于体育健身、养生保健消费、健康体检等不属于基本医疗保险范围的支出。

(三) 参保人员工作调动和死亡的，个人账户余额可随工作调动转移和依法继承。无法转移和依法继承的，由职工本人和其法定继承人（指定受益人）凭有效证件一次性提现。无法确定继承人或无指定受益人的，个人账户余额并入统筹基金。

第十四条 建立基本医疗保险统筹基金。

(一) 当年统筹基金由下列各项构成：用人单位缴纳的基本医疗保险费中按比例计入个人帐户后的剩余部分；统筹基金的结余及利息；按规定收取的滞纳金；政府补助资金。

(二) 统筹基金用于支付职工住院医疗费和慢性特殊病种的门诊医疗费，以及职工生育医疗费、计划生育医疗费和生育津贴。职工基本医疗保险统筹基金待遇支付中设置生育保险待遇支出项目。

(三) 推进医疗保障重点领域和关键环节改革，将门诊费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，改革职工个人账户，建立健全门诊共济保障机制。

第四章 医疗待遇

第十五条 用人单位和参保人员按规定参加职工基本医疗保险并按时足额缴费的,从首次缴费起3个月后享受基本医疗保险待遇;未按时足额缴纳基本医疗保险费的,从欠费次月起,暂停享受医疗保险待遇;欠费在3个月内补足的,连续享受医疗保险待遇;欠费超过3个月的,欠费期间发生的住院医疗费,统筹基金不予支付。

第十六条 参保人员跨制度、跨区域参加职工医疗保险按以下规定享受医疗保险待遇。

(一) 参保人员参加城乡居民基本医疗保险连续2年(含2年)以上且中断时间未超过3个月的,办理职工医保参保缴费当月起享受医疗保险待遇;中断缴费时间超过3个月的,自缴费之日起设置3个月待遇享受等待期,等待期满后享受职工保险待遇。

(二) 参保人员转移职工基本医疗保险关系且中断时间未超过3个月的,从接续缴费(含中断期间补缴医保费用)当月起享受医疗保险待遇,转移期间产生的住院医疗费用按规定报销;中断时间超过3个月的,自接续缴费之日起,设置3个月待遇享受等待期,等待期满后享受医疗保险待遇。

第十七条 基本医疗保险服务范围和标准,按照《甘肃省

基本医疗保险生育保险药品目录》、《甘肃省基本医疗保险生育保险诊疗项目目录》和《甘肃省基本医疗保险生育保险医用耗材目录》等规定执行，其中乙类项目由个人自付 10%。

第十八条 基本医疗待遇。

(一) 在一个自然年度内，统筹基金支付参保患者住院医疗费累计限额 8 万元。起付标准以上、年度支付限额以下的政策范围内住院医疗费用，从统筹基金中按规定比例报销。

| 分 项 | 市内就医和转省内就医 | | | 转省外就医 |
|------|-------------|-------------|-------------|-------|
| | 一级(乡) 医院 | 二级(县) 医院 | 三级(市) 医院 | |
| 起付标准 | 200元 | 500元 | 1000元 | 3000元 |
| 报销比例 | 93% | 90% | 87% | 87% |

1. 异地安置、异地长期居住、常驻异地工作的参保人员办理了异地就医登记备案后，在备案地定点医疗机构就医发生的住院医疗费用，与市内就医人员执行同一起付标准和报销比例。

2. 参保人员临时外出，在参保地或备案地以外就医的，与转诊转院人员执行同一起付标准，报销比例降低 20%。

3. 参保人员在一个自然年度内多次住院，从第三次住院起取消起付标准，政策范围内的住院医疗费按规定比例报销。

4. 参保人员在定点医疗机构急诊抢救后转住院治疗的，在同一家医院 24 小时之内的门诊抢救费用，并入住院费用报销。急诊抢救无效死亡的，门诊费用参照住院政策报销。

(二) 普通门诊医疗费用按国家和省上建立健全门诊共济保障机制的指导意见和实施方案贯彻落实。门诊慢性特殊病种范围按全省的规定执行，管理办法由市医保部门会同相关部门另行制定。

第十九条 生育医疗待遇。用人单位参保缴费满 3 个月的，参保人员享受生育医疗和计划生育医疗待遇，缴费满 12 月的享受生育津贴待遇。用人单位男职工配偶、失业人员和灵活就业参保人员未享受相关生育医疗待遇的，按（一）（二）款规定的标准执行，不享受生育津贴。

(一) 生育医疗费。孕期检查和分娩发生的医疗费用实行定额支付。孕期检查每人 500 元；正常分娩：一、二级医院 1800 元，三级医院 2200 元；剖腹产：一、二级医院 3800 元，三级医院 4200 元。因分娩引起并发症、合并症的住院医疗费用按基本医疗住院规定报销。

(二) 计划生育医疗费。实施人工流产术或引产术发生的医疗费用实行限额支付，最高支付限额 1600 元，实际费用低于限额标准的按实际支付。

(三) 生育津贴。女职工在生育产假或实施计划生育手术休假期间，用人单位停发工资的，按照用人单位上年度职工月平均工资计发生育津贴。

1. 女职工生育产假最多按 180 天计发；怀孕不满 4 个月流产休假的最多按 15 天计发；4 个月以上流产、引产休假的最多

按 42 天计发。少于规定天数的按实际天数计发。

2. 女职工产假或休假期满后，一次性领取生育津贴。用人单位未按时足额缴纳生育保险费的，从欠费当月起停发生育津贴。3 个月内补足的，正常计发生育津贴；超过 3 个月的，中断期间不计发生育津贴。

第五章 就医管理和结算

第二十条 建立分级诊疗制度，推进参保人员有序合理就医。各定点医疗机构发挥自身优势，为参保患者就近治疗提供条件，引导患者就近、合理就医，逐步建立“小病进社区、大病进医院、疑难危重再转院”的分级诊疗体系。

（一）首诊医师要根据初诊结果和分级诊疗制度，告知患者住院、转院制度，引导合理就诊。对确需转院治疗的危、急、重症患者，要及时告知转外的报销规定，并办理转院手续。

（二）严格落实分级诊疗。每个县区可以确定 2 至 3 家二级以上定点医院办理转院诊断的确认工作。

第二十一条 参保人员在定点医疗机构就诊住院或转诊转院，定点医疗机构应认真核验身份，做到人、卡（证）相符，并及时准确上传相关信息，如实告知基本医疗保险相关政策及规定。

（一）参保人员住院发生的政策范围内的医疗费用，由定

点医疗机构按政策与患者直接结算，参保人员只支付由个人承担的部分。统筹基金支付部分由医保经办机构与定点医疗机构结算。

（二）符合转诊转院条件的参保人员到市外就医，按照国家和全省异地就医的相关规定执行，在异地定点医疗机构发生的医疗费用实行联网直接结算。

第二十二条 有下列情形之一的，参保人员就医所发生的医疗费，基本医疗保险统筹基金不予支付：

（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）国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

第二十三条 推进医保支付方式改革。建立医保基金总额预算管理制度，推行以按病种、按人头、按床日付费等多元复合式医保支付方式，逐步扩大日间手术付费覆盖范围，有序推进按疾病诊断相关分组（DRG）、按病种分值付费（DIP）的医保支付方式改革。实行定点医疗机构医保资金周转金制度，完善总额控制、结余留用、超支分担机制，探索实行紧密型医疗联合体总额打包付费。

第六章 定点医药机构管理

第二十四条 根据《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》，对提出申请并符合条件的医疗机构和零售药店，实行全市统一定点管理，由市级医保经办机构或委托县级医保经办机构签订医保服务协议，确定为医保定点医药机构。

第二十五条 定点医药机构应当严格遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，建立与基本医疗保险管理相适应的内部管理制度，配备专（兼）职管理人员，按照协议规定向参保人员提供医药服务。

第二十六条 医保经办机构应当建立完善内部控制制度，通过智能审核、实时监控、现场检查等方式及时审核医疗费用，对定点医药机构进行定期不定期稽核审核。

第二十七条 医保经办机构或委托符合规定的第三方机构，对定点医药机构开展绩效考核，建立定点医药机构准入退出动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。医疗保障行政部门对定点医药机构准入退出、协议履行情况、基金使用情况、医疗服务行为等进行监督。

第七章 基金管理和监督

第二十八条 基本医疗保险基金纳入市级财政专户管理，实行收支两条线，分帐核算，专款专用，执行国家统一的基金财务制度、会计制度和预决算制度。按照“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，建立健全基金风险预警机制，定期分析基金运行情况。

第二十九条 建立基金监督检查制度。建立和完善以日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等为主的监督检查常态机制，对定点医疗机构、定点零售药店贯彻执行基本医疗保险政策和定点服务协议情况进行不定期的抽查和检查。

第三十条 建立举报奖励制度。鼓励社会各界对医保经办机构、定点医疗机构、定点零售药店执行基本医疗保险政策情况进行监督。符合举报奖励条件的按《甘肃省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施办法（暂行）》给予奖励。

第三十一条 用人单位、定点医疗机构、定点零售药店、医保经办机构及其工作人员和参保人员以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金支出的，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》《医疗保障行政处罚程序暂行规定》等法律法规进行处罚。

第八章 附 则

第三十二条 本办法由白银市人民政府负责解释。

第三十三条 本办法自 2022 年 1 月 15 日起施行，有效期限五年。原《白银市城镇职工基本医疗保险市级统筹办法》（市政办发〔2016〕68 号）、《白银市职工生育保险市级统筹办法》（市政办发〔2016〕165 号）同时废止。

第三十四条 本办法与以往有关文件要求不一致的，以本办法为准。省、市政策作出调整时，按调整后的政策执行。

抄送：市纪委监委，市委各部门；市人大常委会办公室，市政协办公室；

市中级人民法院，市人民检察院；各人民团体，各民主党派。

白银市人民政府办公室

2022 年 1 月 20 日印发
