

定西市人民政府办公室文件

定政办发〔2023〕100号

定西市人民政府办公室 关于印发《定西市职工医疗保险市级统筹 实施办法》的通知

各县区人民政府,定西高新区管委会,市政府有关部门,中央及省属在定有关单位:

《定西市职工医疗保险市级统筹实施办法》已经市政府51次常务会议同意,现印发你们,请遵照执行。

定西市人民政府办公室

2023年12月8日



定西市职工医疗保险市级统筹实施办法

第一章 总 则

第一条 为规范职工基本医疗保险市级统筹制度,维护参保单位和个人的合法权益,保障参保人员基本医疗需求,提高健康水平,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》《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发[1998]44号)《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)《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《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》(国保发[2021]5号)等法律法规政策规定,结合实际,制定本办法。

第二条 全市行政区域内的国家机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织和有雇工的个体经济组织(以下称用人单位)应当依照本办法规定参加职工基本医疗保险,为本单位全部职工(含退休人员)或者雇工(以下称职工)缴纳职工基本医疗保险费。

无雇工的城镇个体经济组织、未在用人单位参加职工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),可以参加本市职工基本医疗保险。

第三条 职工基本医疗保险实行保障适度、市级统筹、属地管理、分级经办。

第四条 医疗保障部门是职工基本医疗保险工作的主管部门,负责职工基本医疗保险的组织实施和监督管理工作。

医疗保障经办机构负责同级职工基本医疗保险服务,包括用人单位和参保人员的参保登记、医疗保险费核定、医疗保险待遇支付等工作。

财政部门负责职工基本医疗保险基金管理,对基金使用情况进行监督;负责将单位缴费财政负担部分足额列入预算,并及时拨付。

税务部门负责职工基本医疗保险费的征缴工作。

审计部门负责职工基本医疗保险基金的审计工作。

卫生健康、市场监管、公安、工会等部门(组织)按照各自职责,协同做好职工基本医疗保险管理工作。

第五条 职工基本医疗保险应坚持保障水平与全市经济发展相适应,用人单位及其职工应保尽保,基本医疗保险费由用人单位与职工共同负担,建立医患双方制约机制。

第六条 用人单位和职工个人负有依法履行缴纳职工基本医疗保险费的义务。参保人员依法享有职工基本医疗保险待遇的权利。

第七条 医疗保障部门及经办机构发生的基本运行费用、管理费用,由同级财政予以解决。

第二章 参保登记和缴费

第八条 用人单位应当自成立之日起30日内凭营业执照、登记证书或者单位印章,向同级医疗保障经办机构申请办理医疗保险登记。医疗保障经办机构应当自收到申请之日起5个工作日内予以审核登记。灵活就业人员应当向户口所在地或居住登记地医疗保障经办机构申请办理医疗保险登记。

第九条 参保单位的名称、地址、法定代表人、银行账号、职工工资总额、人员增减等登记事项发生变化的,在发生变化的当月向医疗保障经办机构如实申报,办理变更手续。参保单位依法终止的,应当自终止之日起30日内,到医疗保障经办机构注销医疗保险登记。

第十条 职工基本医疗保险按照职工本人上年度月平均工资为个人缴费基数。每年缴费基数确定上下限基准数,工资收入在基准数60%至300%范围内的,按照实际工资收入确定缴费基数;工资收入超过基准数300%以上部分,不计入缴费基数;低于基准数60%的,按照基准数的60%确定缴费基数。基准数按照每年省上公布的职工基本医疗保险缴费基数确定。

灵活就业人员参加职工基本医疗保险按上年度全省全口径城镇单位就业人员月平均工资的80%确定缴费基数。

第十一条 职工基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳。财政拨款单位缴费比例为职工工资总额的6.4%,其他用人

单位缴费比例为职工工资总额的6.7%，职工缴费比例为职工工资总额的2%；灵活就业人员选择缴费比例为4%或8%。

第十二条 用人单位按照医疗保障经办机构核定的应缴纳的医疗保险费数额按时足额向税务部门申报缴纳。未按时缴纳的，按相关规定加收滞纳金。

第十三条 失业人员在领取失业保险金期间，按8.7%比例缴纳职工基本医疗保险费的，享受基本医疗保险待遇。

第十四条 参加职工基本医疗保险的人员须连续缴费至法定退休年龄，退休时缴费年限累计最低应达到15年以上，退休后个人不再缴纳职工基本医疗保险费，按规定享受退休人员基本医疗保险待遇。

办理退休手续时未达到最低缴费年限的，一次性缴纳不足年限(按月计算)的基本医疗保险费，缴费后享受退休人员基本医疗保险待遇。

(一)以用人单位登记参保的，以职工本人上年度月平均工资为个人缴费基数，由用人单位和个人按各自应承担的比例一次性缴纳。

(二)以灵活就业人员参保的，按4%缴费的灵活就业人员，后因重新就业等原因以用人单位参保的，或变更为按8%比例缴费的，达到法定退休年龄时，变更后的累计缴费年限不得少于5年，少于5年的，需一次性按参保单位或按8%补缴不足年限的基本医疗保险费，变更后次月起划转个人账户。由用人单位变更为按4%缴费或缴费比例由8%变更为4%的灵活就业人员，变更后次

月起不再划拨个人账户。

(三) 退职人员达到法定退休年龄而未达到最低缴费年限的,以灵活就业人员缴费基数按 4% 或 8% 比例一次性缴纳。

(四) 退休前跨统筹区参加本市职工基本医疗保险的参保人员,参照(一)(二)(三)执行。

一次性缴费金额 = (180 月 - 实际缴费月数) × 缴费基数 × 缴费比例 × 1.1。

第十五条 由市外转入的参保人员,对应实行职工单位参保或灵活就业人员参保政策,缴费年限合并计算,其个人账户资金转入财政专户,按个人账户管理政策划拨至个人账户。转入后参加城乡居民医疗保险的,一次性划入个人银行账户,用于个人健康支出或缴纳医疗保险费。

第十六条 用人单位依法转让、分立、合并、关闭、破产时,应当依法清偿单位和个人欠缴的职工基本医疗保险费。

第三章 基本医疗保险统筹基金

第十七条 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。

第十八条 统筹基金用于参保人员门诊共济、门诊慢特病医

疗费补助、住院费用支付、生育医疗费用、生育津贴等。统筹基金包括：

（一）全部参保单位和灵活就业人员缴纳的基本医疗保险费扣除划入个人账户后的剩余部分。

（二）银行利息。

（三）滞纳金。

（四）财政补贴。

（五）其它收入。

第四章 基本医疗保险待遇

第十九条 职工基本医疗保险待遇包括个人账户资金、门诊共济、门诊慢特病医疗费用补助、住院费用支付、生育医疗费用、生育津贴等。

第二十条 职工基本医疗保险待遇按以下规定办理：

（一）新参保的用人单位和职工履行缴费义务后，从次月起享受基本医疗保险待遇。灵活就业人员按自然年度一次性缴费，首次缴费的自缴费之日起3个月后享受职工基本医疗保险待遇。

（二）参保用人单位和职工、灵活就业人员中断缴费3个月以上不能享受基本医疗保险待遇。中断缴费3个月以上1年以内的，按规定补缴后享受基本医疗保险待遇，补缴后不设待遇等待期，中断期间的待遇可按规定追溯享受。中断缴费1年以上的，补

缴欠费且连续足额缴费3个月后,享受职工基本医疗保险待遇,中断缴费期间不享受医疗保险待遇。

第二十一条 基本医疗保险个人账户划拨和职工门诊共济医疗费用支付执行《定西市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》相关规定。

第二十二条 职工基本医疗保险住院费用统筹基金支付起付标准、支付比例、年度最高支付限额在基本医疗保险政策范围内按下表所列标准执行:

参保类别	医疗机构管辖权限	医疗机构级别	起付标准(元)	支付比例%	最高支付限额(万元/年)
参保人员	本市	一级及以下医疗机构	200	98	7
		二级医疗机构	400	95	
		三级医疗机构	600	93	
	异地就医	一级及以下医疗机构	200	按异地备案政策执行	
		二级医疗机构	500		
		三级医疗机构	800		

说明:职工基本医疗保险年度最高支付限额的计算以出院日期为准。

第二十三条 职工基本医疗保险服务范围和标准,执行《基本医疗保险药品目录》《基本医疗保险诊疗项目目录》《基本医疗

保险医用耗材目录》(以下简称“三个目录”)的规定。参保患者使用“三个目录”中乙类项目的先行自付3%,再按职工基本医疗保险政策规定支付。使用国家谈判药品的,按谈判药品政策规定支付。使用“三个目录”外的药品、医用耗材、诊疗项目等应经患者本人或家属签字同意。

第二十四条 各级定点医疗机构使用取得批准文号和省级医疗保障部门确认的院内制剂纳入基本医疗保险用药范围。

第二十五条 参保人员在定点医疗机构急诊、抢救、留观期间发生的医疗费用,按基本医疗保险门诊待遇政策支付;期间死亡的,当次发生的门诊医疗费用按住院费用支付,不设起付线;收治入院治疗的,所发生的医疗费用合并计算,按一次住院支付。

第二十六条 参保人员持本人医保电子凭证或居民身份证或社会保障卡在全市直接结算的定点医药机构就医或购药,应结清按医疗保险政策规定由参保患者个人承担的医疗费用,其它费用由医疗保障经办机构与定点医药机构结算。

第二十七条 异地就医人员,指在定西市以外定点医药机构就医或购药的参保人员。包括异地长期居住或临时外出就医的参保人员。异地长期居住人员是指异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在统筹区以外工作、居住、生活的人员;临时外出就医人员包括异地转诊就医人员,因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他跨统筹区临时外出就医人员。

异地就医人员应按规定办理异地转诊就医备案登记(异地急诊抢救人员视同备案)等相关手续,享受相应医保待遇。

(一)异地就医直接结算的住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用,执行就医地规定的支付范围及有关规定(基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围、支付标准和限价标准),执行参保地规定的基本医疗保险起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。

(二)异地长期居住人员,按本市对应级别医疗机构起付标准、支付比例、最高支付限额执行,不降低医保待遇。

(三)临时外出就医人员,办理异地转诊就医备案的,按本市对应级别医疗机构支付比例降低5%;自行前往异地就医和非急诊抢救且未转诊异地就医人员,省内按本市对应级别医疗机构支付比例降低10%;跨省按本市对应级别医疗机构支付比例降低20%。

(四)异地备案人员可以在备案地和参保地双向享受医保待遇。

(五)异地长期居住备案的参保人员,申请异地转诊就医,就医费用按参保地就医人员转诊转院政策结算。

(六)异地就医直接结算的,不再因待遇差等原因补充支付。

(七)法律、法规及政策规定的其他情形。

第二十八条 根据《国务院关于加快推进残疾人小康进程的意见》(国发[2015]7号)和有关政策规定,参保人员部分医疗康复项目纳入基本医疗保险保障范围。

第五章 门诊慢特病医疗费用补助

第二十九条 门诊慢特病医疗费用补助所需资金从职工基本医疗保险统筹基金中支付,单独列账,单独统计。

第三十条 参保人员申请的门诊慢特病应符合职工基本医疗保险规定的病种及支付标准,医疗保障经办机构组织鉴定或委托二级及以上定点医疗机构对申请门诊慢特病患者进行鉴定,医疗保障经办机构对鉴定结果进行确认备案。

(一)凡符合门诊慢特病病种的参保人员,需办理长期门诊治疗的,在同级医疗保障经办机构或经办机构委托的二级及以上定点医疗机构申报填写《定西市职工基本医疗保险门诊慢特病申请表》(一式两份),并附本人近两年内相关病情住院病历。

(二)二级以上定点医疗机构近两年内的住院病历可作为认定门诊慢特病的依据。对诊断不明确或提供两年以上病历的,鉴定机构视情形组织体检。

(三)受委托的鉴定机构应成立专家组,专家组成员由副高级以上专业技术职称和良好职业道德的专业技术人员组成。申报提供的住院病历、检查化验单和体检结果等由专家组(至少抽取3名以上专家)按照相关规定进行鉴定,每月组织鉴定不少于2次,符合条件的,由鉴定机构录入省医保信息系统,享受门诊慢特病待

遇,受委托的鉴定机构及时将相关资料报同级医保经办机构备案。

(四)参保人员符合门诊慢特病两个病种及以上的,最多可选择三个病种报销,以最高病种支付限额为基数,每增加一个病种报销额度增加300元。

(五)建立基本医疗保险门诊慢特病准入退出机制。医疗保障经办机构按照门诊慢特病准入标准进行动态管理。

第三十一条 门诊慢特病医疗费用年度支付限额之内,符合“三个目录”范围内的医疗费用按70%的比例在职工基本医疗保险基金中支付。具体病种和相应的支付限额见下表。

基本医疗保险门诊慢特病病种和年度支付限额

序号	病种名称	年度支付 限额(元/人/年)
1	慢性肾功能衰竭(腹膜透析、血液透析)	90000
2	器官移植(抗排异治疗)	60000
3	恶性肿瘤(含白血病)	30000
4	血友病	20000
5	苯丙酮尿症	14000
6	心肌病	10000
7	慢性再生障碍性贫血	10000
8	肾病综合症	10000
9	肝硬化(失代偿期)	10000
10	类风湿性关节炎	10000
11	强直性脊柱炎	10000
12	慢性肾功能衰竭(非透析阶段)	10000

13	精神类疾病(精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍)	5000
14	抑郁症	5000
15	重型系统性红斑狼疮	5000
16	运动神经元病	5000
17	干燥综合症	5000
18	糖尿病伴并发症	5000
19	急性心肌梗塞、冠心病介入治疗术后	5000
20	股骨头坏死	5000
21	心脏瓣膜置换抗凝治疗	5000
22	重症肌无力	5000
23	心脏病并发心功能不全	5000
24	慢性活动性肝炎	4000
25	癫痫	4000
26	脑梗塞、脑出血恢复期	3000
27	高血压病(Ⅱ级及以上)	3000
28	支气管哮喘	3000
29	重症帕金森氏病	3000
30	慢性肾炎	3000
31	老年痴呆症	3000
32	慢性阻塞性肺疾病	3000
33	慢性肺源性心脏病	3000
34	甲状腺功能亢进(减退)	2000
35	血小板减少性紫癜	2000
36	耐药性结核病	2000

第三十二条 符合门诊慢特病的参保人员须在定点医药机构诊治和购药。门诊慢特病的服务管理,由市医疗保障局结合实际制定具体经办规程。

第三十三条 门诊慢特病患者在定点医药机构诊治发生的门诊慢特病医疗费用,凭医保电子凭证或社保卡或居民身份证、处方

等资料按规定在定点医药机构报销,应由医保基金承担的费用定点医药机构与医保经办机构结算。

第三十四条 参保人员发生的下列门诊慢特病费用,统筹基金不予支付:

- (一)在非定点医疗机构和非定点零售药店发生的门诊费用。
- (二)超出“三个目录”范围及处方用量和支付标准的门诊费用。
- (三)住院期间发生的门诊费用。
- (四)欠缴基本医疗保险费期间发生的门诊费用。
- (五)其他违反基本医疗保险政策规定等的门诊费用。

第六章 生育保险待遇

第三十五条 生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴。

(一)生育医疗费用包括:

- 1.生育的医疗费用。
- 2.计划生育的医疗费用。
- 3.法律法规规定的其他费用。

(二)职工有下列情形之一的,可以按照国家规定享受生育津贴:

- 1.女职工生育享受产假。
- 2.享受计划生育手术休假。
- 3.法律、法规规定的其他情形。

第三十六条 生育的医疗费用按以下规定支付。

(一)参保人员住院分娩费用实行限额支付,标准为:

1. 正常产不超过 3500 元。
2. 难产不超过 4500 元。
3. 剖宫产不超过 5500 元。
4. 多胞胎生育每多一个婴儿增加 1000 元。
5. 怀孕 7 个月以上终止妊娠的不超过 3500 元。
6. 怀孕 7 个月以下 4 个月以上终止妊娠的不超过 2500 元。
7. 怀孕 4 个月以下终止妊娠的不超过 2000 元。
8. 法律、法规规定的其他情形。

(二) 参保人员生育产前检查费实行限额支付, 怀孕至分娩前产生的生育检查门诊费用限额支付 2000 元。

第三十七条 参加职工基本医疗保险人员分娩的新生儿, 在 3 个月内未办理城乡居民参保手续死亡的, 发生的住院医疗费用随母亲在职工基本医疗保险中报销。

第三十八条 参加职工基本医疗保险人员因实行计划生育需要, 实施放置(取出)宫内节育器、流产术、引产术、绝育及复通手术、计划生育手术并发症所发生的政策范围内医疗费用按 85% 支付。

第三十九条 参加职工基本医疗保险人员的配偶未参加医疗保险生育的, 按照本办法第三十七条、第三十八条、第三十九条规定享受生育医疗费和计划生育手术费待遇。

第四十条 参保人员发生分娩或计划生育医疗费用, 凭本人身份证或医保电子凭证(或社保卡)、住院费用清单及收费票据、病历材料等予以报销。

第四十一条 按在职职工缴费工资 6.4% 缴纳医疗保险费的

女职工,产假期间不享受生育津贴,产假期间的工资由用人单位发放。按在职职工缴费工资6.7%缴纳医疗保险费的女职工,按以下规定享受生育津贴。

(一)女职工生育津贴按用人单位上年度职工月平均工资为基数除以30乘以享受生育津贴天数计算,由医疗保障经办机构按月拨付至本人。

(二)女职工发放生育津贴的天数为:

1. 正常生育包括7个月以上终止妊娠的,享受98天;难产、剖宫产的,增加15天;生育多胞胎的,每多生育一个婴儿,增加15天。

2. 怀孕4至6个月终止妊娠的,享受42天。

3. 怀孕2至4个月终止妊娠的,享受30天。

4. 怀孕2个月以下终止妊娠的,享受15天。

(三)由用人单位向医疗保障经办机构提交本人身份证或医保电子凭证(社保卡)、病历资料等,填写《定西市职工生育津贴申领表》,办理生育津贴申领手续。

(四)领取生育津贴期间,职工工作关系转移到其他统筹地区或职工死亡的、单位停止缴纳医疗保险费的,从次月起停发生育津贴。

第四十二条 参保人员分娩前基本医疗保险连续缴费不足6个月的,医疗保险基金不予支付其生育津贴。

第七章 职工大额医疗费用补助

第四十三条 参加职工基本医疗保险人员(含退休人员)应当缴

纳职工大额医疗费用补助资金。职工大额医疗费用补助资金来源：

- (一)用人单位及其参保人员缴费。
- (二)从职工基本医疗保险统筹基金当年结余中按5%调剂的部分。
- (三)同级财政补贴。
- (四)其他收入。

第四十四条 职工大额医疗费用补助资金的筹集由用人单位和参保人员共同缴纳。用人单位每人(退休人员除外)每年缴纳60元,职工个人每年缴纳120元;灵活就业人员每人每年缴纳180元;退休人员每人每年仅缴纳个人承担部分120元。

第四十五条 职工大额医疗费用补助范围和标准。

(一)参保人员住院费用经基本医疗保险支付后,符合“三个目录”的自付费用超过1000元以上部分,职工大额医疗费用按95%补助,年最高支付限额不超过60万元。

(二)一个自然年度内参保人员门诊慢特病政策范围内费用经基本医保支付后,年度支付限额内累计自付超过1000元的部分按80%据实补助。

(三)一个自然年度内参保人员使用“三定”管理谈判药品门诊费用经基本医保支付后,年度累计自付1000元以上部分按80%据实补助。

第八章 医疗保险服务机构管理

第四十六条 职工基本医疗保险医疗机构和零售药店实行定

点协议管理。定点医药机构根据本地医疗保障需求合理确定,由医疗保障经办机构与其签订定点服务协议,从事职工基本医疗保险服务。

第四十七条 建立分级诊疗、双向转诊制度,实行差别化的医疗保险支付政策。对确因病情需要转往上级医疗机构治疗的参保患者,由二级及以上定点医疗机构出具转诊证明,经分管院长签字,并在医疗保障经办机构备案后转诊治疗,待病情相对稳定后,再转到下级定点医疗机构治疗。

第四十八条 建立医疗保险住院协查制度。医疗保障经办机构对异地住院的参保患者,可以委托就医地经办机构进行协查。本市各级经办机构在收到市外协查委托书后,应对异地住院患者进行核查,并将结果及时反馈委托方。

第四十九条 各定点医疗机构应当加强对外检费用和外购药品的管理。住院期间确因病情需要,需在其他定点医疗机构做进一步检查治疗或到定点医药机构购药的,经就诊医疗机构同意,检查和购药费用纳入当次住院费用支付范围(不含与当次住院主要诊断无关的检查项目和购药费用)。参保人员院外检查费用低于就诊医疗机构收费标准的,按实际发生额由就诊医疗机构先行支付,并等额计入住院费用中;高于就诊医疗机构收费标准的,按就诊医疗机构收费标准计入住院费用中并予以支付,差额部分由个人自负。

第五十条 积极探索推行职工基本医疗保险支付方式改革,控制医疗服务成本,提高保障绩效。结合基金预算管理,实行总额

控制；推行按病种、按人头、按床日、按日间病房、DRG、DIP等支付方式。按照先易后难、条件具备、积极推进的原则，由市医疗保障局、市财政局、市卫生健康委等相关部门制定相应政策。

第五十一条 定点医疗机构应当遵守下列规定：

（一）设立专门的医疗保险管理机构和医疗保险窗口。

（二）使用有统一医疗保险标志的结算单。

（三）对挂号、诊疗、划价、记账、交费、取药等开展便捷服务，并提供医疗费用日清单查询服务。

（四）执行“三个目录”范围和支付标准。

（五）因病施治，合理检查，合理用药，合理收费。

（六）实行医药分开核算，分别管理。

（七）其他有关法律法规政策规定。

第五十二条 定点医疗机构及其工作人员在提供职工基本医疗服务过程中，不得有下列行为：

（一）为不属于医疗保障范围的人员办理医疗保障待遇。

（二）将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围。

（三）对外伤病人未如实记录受伤原因、过程及伤情等情况。

（四）违反临床诊疗技术规范，将未经门诊检查或者不符合住院指征的病人收治住院；将应一次连续住院治疗过程分解为两次或者多次住院。

（五）采用虚假宣传或者通过承诺减免应当由个人支付的医疗费用、提供现金、实物等经济手段诱导参保人员住院。

（六）伪造医学文书和票据，虚报医疗费用。

(七)医嘱与实际检查、治疗情况不符,检查、治疗情况与病情不符。

(八)违反医药服务价格管理规定。

(九)其他骗取职工基本医疗保险基金的违法违规行为。

第五十三条 定点零售药店及其工作人员在提供职工基本医疗保险服务过程中,不得有下列行为:

(一)不按处方规定配(售)医保药械。

(二)为参保人员串换药械、物品进行销售。

(三)为参保人员个人账户资金提供套现服务。

(四)为非定点医药机构提供个人账户刷卡服务或擅自变更刷卡地址。

(五)其他骗取职工基本医疗保险基金的行为。

第五十四条 落实定点医药机构履行协议考核制度。具体按定西市医疗保障定点医药机构履行协议考核评估有关规定执行。

第九章 医疗保险基金管理

第五十五条 职工医疗保险基金单独核算,按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则,纳入医疗保险基金财政专户,实行收支两条线管理,专款专用,任何部门、单位或个人不得挤占、挪用,也不得用于平衡财政预算。

第五十六条 职工基本医疗保险、职工大额医疗费用补助实行市级统筹,制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体。

(一)加强基金征缴上解管理。征缴任务完成情况和基金上解工作纳入年度考核范围。各县区医疗保障部门应在每年3月30日前将辖区内所有用人单位、参保人员年度缴费进行核定,核定方案报市医疗保障经办机构备案。财政部门每月23日前全额上解当月缴纳的职工基本医疗保险基金、职工大额医疗费用补助资金至市级财政专户(利息年底一次性上解)。

(二)基金支付。定点医药机构申报,县区医疗保障部门提交用款计划,经市医疗保障部门汇总,向市财政部门申请支出计划,市财政部门审核后划拨到市级基本医疗保险基金支出户,市医疗保障部门拨付至各定点医药机构和各县区基本医疗保险基金支出户。

第五十七条 职工基本医疗保险基金实行预决算管理制度。各县区应编制职工基本医疗保险医疗收入预算和支出预算,市医保部门进行汇总和适当调整,医保、财政、税务部门应执行批准的预算。医疗保障经办机构要落实预决算制度和统筹基金预警报告制度。当统筹基金出现超常支出时,各级经办机构应当认真分析原因,提出防范措施,并及时报告同级医疗保障行政部门。

第五十八条 建立定点医药机构周转金制度。周转金以上年度月平均基金使用额度为标准,根据实际情况,年初可借支定点医药机构1-2个月的周转金,签订借款协议,年底统一清算。

第十章 医疗保险基金监督

第五十九条 建立健全医疗保险基金监管制度。医疗保障行

政部门会同卫生健康、市场监督管理、公安、财政等部门,对医疗保障经办机构、定点医疗机构、定点零售药店贯彻执行医疗保险法律法规政策情况进行不定期的抽查和检查,规范医保基金监管。医疗保障经办机构应建立健全医保基金和职工大额医疗费用补助资金稽核审核、病历评审、预警监控、统计分析等制度,全面履行协议。

第六十条 参保人员不得有下列骗取职工基本医疗保险待遇或者套取职工基本医疗保险基金的行为:

(一)与定点医疗机构串通介绍不符合住院标准的参保人员住院。

(二)将本人的社会保障卡转借他人使用。

(三)伪造或者冒用他人的社会保障卡就医。

(四)伪造、涂改医药费票据和医疗文书,骗取职工基本医疗保险基金。

(五)倒卖职工基本医疗保险统筹基金支付的药品、诊疗项目单和医用耗材。

(六)其他骗取职工基本医疗保险基金的行为。

第六十一条 参保单位不得有下列骗取职工基本医疗保险待遇或者骗取套取职工基本医疗保险基金的行为:

(一)将不属于职工基本医疗保险范围的人员列入职工基本医疗保险范围。

(二)提供虚假材料,造成职工基本医疗保险基金损失。

(三)其他造成职工基本医疗保险基金损失的行为。

第六十二条 建立举报制度。鼓励社会各界对医疗保障经办机构、定点医疗机构、定点零售药店执行医疗保险政策情况实行监

督,相关机构应自觉接受社会监督。

第六十三条 下列医疗费用不纳入职工基本医疗保险基金支付范围:

- (一)非定点医疗机构就医以及非定点零售药店购药。
- (二)超过价格主管部门规定医疗收费标准的。
- (三)自杀、自残的(精神病除外)。
- (四)斗殴、酗酒、吸毒等行为所致伤病的。
- (五)工伤、交通事故、意外事故、医疗事故等明确由他方负责的。
- (六)出国、出境就医的。
- (七)各种预防、保健、美容、健美、医疗鉴定、不育(孕)症、性功能障碍等治疗的。
- (八)突发性自然灾害等不可抗因素所造成的大范围急、危、重病人的抢救。
- (九)违法违规或其他有关规定不予支付的情形。

第十一章 法律责任

第六十四条 用人单位、定点医药机构及其工作人员和参保人员违反医疗保障法律法规政策规定的,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》等法律法规的规定进行处理。

第六十五条 医疗保障经办机构及其工作人员在工作中徇私舞弊、以权谋私,或者利用职权和工作之便索贿受贿,以及工作

失职造成职工基本医疗保险基金损失的,追回经济损失,对直接负责的主管人员及其直接责任人依法依规追究责任。

第十二章 附 则

第六十六条 离休人员、老红军、二等乙级以上革命伤残军人医疗保险待遇仍按照国家有关规定执行。

第六十七条 根据相关政策规定,市医疗保障部门会同有关部门建立完善企业补充医疗保险、职工互助保障、商业健康保险等职工补充医疗保险制度。企业补充医疗保险费在工资总额4%以内的部分,从职工福利费中列支,福利费不足列支的部分,经同级财政部门核准后列入成本。

第六十八条 本办法自2024年1月1日起施行,有效期五年。国家、省另有规定的,从其规定;根据基金运行情况需调整的,适时调整。《定西市人民政府关于印发〈定西市职工医疗保险市级统筹实施办法〉的通知》(定政发〔2021〕34号)、《定西市人民政府办公室〈进一步完善城镇职工参加意外伤害保险的意见〉》(定政办发〔2017〕60号)文件同时废止。

抄送:市委办公室,市人大常委会办公室,市政协办公室。

登记编号:定规〔2023〕-SZF6

公开属性:主动公开

定西市人民政府办公室

2023年12月8日印发