

酒泉市医疗保障局文件

酒医保发〔2021〕157号

酒泉市医疗保障局 关于印发《酒泉市职工基本医疗保险市级统筹 实施细则（试行）》的通知

各县（市、区）医疗保障局，各参保单位：

现将《酒泉市职工基本医疗保险市级统筹实施细则（试行）》
印发你们，请遵照执行。



（此件公开发布）

酒泉市职工基本医疗保险市级统筹 实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我市职工基本医疗保险制度，提高医疗保险统筹层次和基金运行效率，增强医疗保险基金抗风险能力，根据《酒泉市职工基本医疗保险市级统筹实施方案》（酒政办发〔2021〕162号），结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 本实施细则适用于参加了我市职工基本医疗保险的所有用人单位和参保人员。

第二章 参保登记

第三条 参保单位携带以下资料到辖区医保经办机构办理参保登记手续。

（一）营业执照、批准成立的文件或其他核准执业证件。

（二）单位职工身份证复印件，退休（职）人员身份证复印件及批准退休（职）文件。

（三）单位职工工资花名册和退休（职）养老金发放册。

（四）参保单位开户银行、户名及账户。

第四条 新成立的单位自成立之日起 30 日内，持上述规定的资料到辖区医保经办机构办理登记手续。

参保单位发生单位名称、地址、单位类型、法定代表人或负责人、开户银行帐号、职工增减、职工退休（职）等变更事项时，自变更之日起 30 日内，持有关证件和资料到辖区医保经办机构办理变更手续。

参保单位发生破产、撤销、解散、合并、转让或者其他情形依法终止时，在终止之日起 30 日内，持有关证件和资料，到辖区医保经办机构办理注销登记手续。

第五条 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及其他灵活就业人员，以及已破产或撤销、解散等单位未参保的退休（职）人员，由本人持身份证，到辖区医保经办机构办理参保缴费手续并按规定享受基本医疗保险待遇。

第三章 参保缴费

第六条 用人单位应当自行申报、按时足额缴纳职工基本医疗保险费。医疗保险费由用人单位和职工个人共同缴纳，并实行用人单位统一代扣代缴制。

（一）缴费基数。用人单位应当以职工个人工资总额申报职工基本医疗保险缴费基数，职工工资总额按国家统计局列入工

资总额统计的项目计算。职工本人工资低于全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资 60%的，按照全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的 60%作为缴费基数缴纳。全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资以医保部门公布的数据为准。

(二) 缴费比例。用人单位按本单位职工工资总额的 8%缴纳（职工基本医疗保险缴费比例为 6.5%；职工生育保险缴费比例为 1%；职工补充医疗保险缴费比例为 0.5%），职工按本人工资的 2%缴纳。

灵活就业人员参加职工基本医疗保险，由个人以全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资为基数，按 5%的费率缴纳。

第七条 参保单位应当按月向医保经办机构申报应缴纳的医疗保险费数额，通过医保经办服务窗口或医保公共服务网上经办大厅上传相关资料，经医保经办机构核定医疗保险费缴费金额后，在规定的期限内缴纳职工医疗保险费。

第八条 凡参加职工基本医疗保险的人员（含灵活就业人员和退休人员）应同步缴纳职工大额医疗费用补助。职工大额医疗费用补助由用人单位和参保人员共同缴纳，其中：用人单位按照全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的 0.2%缴纳，职工（含退休人员）按每人每月 5 元的标准由医疗保障经办机构从参保人员个人账户中直接划转筹集。灵活就业人员由个人全额承担。

第九条 参保职工达到法定退休年龄后，2000 年 7 月 1 日以

前的工作年限（视同缴费年限）和实际缴纳职工基本医疗保险费的年限累计满 30 年，且实际缴纳职工基本医疗保险费的年限累计满 15 年的，单位不再为其缴纳职工基本医疗保险费。达到法定退休年龄后缴费年限不足的，应当继续缴纳剩余年限的职工基本医疗保险费，也可以按全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资为基数，以 7% 的费率一次性缴纳剩余年限的费用。

第十条 由于企业破产或者改制，与原国有集体企业解除劳动关系后的参保人员达到法定退休年龄后，2000 年 7 月 1 日以前原国有集体企业的工作年限（视同缴费年限）和实际缴纳职工基本医疗保险费的年限累计满 30 年，且实际缴纳职工基本医疗保险费的年限（含按灵活就业人员缴费年限）累计满 10 年的，不再缴纳职工基本医疗保险费。达到法定退休年龄后缴费年限不足的，由个人以全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资为基数，按 5% 的费率一次性缴纳剩余年限的费用。

第十一条 2022 年 1 月 1 日前，已按照灵活就业人员参加我市职工基本医疗保险的，达到法定退休年龄后，个人实际缴纳职工基本医疗保险费男满 20 年以上、女满 15 年以上的，不再缴纳职工基本医疗保险费。达到法定退休年龄后缴费年限不足的，由个人以全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资为基数，按 5% 的费率一次性缴纳剩余年限的费用。

与原单位解除劳动关系达到法定退休年龄的退休人员，缴费年限不足的，可参照灵活就业人员政策一次性缴纳剩余年限的费

用。

2022年1月1日以后，初次按照灵活就业人员参加我市职工基本医疗保险的，连续不间断缴费满20年或累计缴费满25年，且达到法定退休年龄后不再缴纳基本医疗保险费。达到法定退休年龄后缴费年限不足的，由个人以全省上年度全口径城镇单位就业人员平均工资为基数，按5%的费率一次性缴纳剩余年限的费用。

第十二条 机关事业单位缴纳的医疗保险费在财政预算资金中列支，企业缴纳的医疗保险费在税前列支。

第十三条 参保单位合并、兼并、分立、转让、租赁、承包时，由接收单位或继续经营单位为职工续缴医疗保险费。

因破产或撤销、解散及其他原因终止的参保单位，若有欠缴的医疗保险费，优先清偿欠缴的医疗保险费，职工和退休（职）人员如被分流，由接收单位继续缴纳医疗保险费。

对未按规定及时足额缴纳和代扣代缴医疗保险费的单位，征收机构责令限期缴纳；逾期仍不缴纳的，除补缴欠缴数额外，按照社会保险费申报缴纳管理的法律法规征收滞纳金，滞纳金并入基本医疗保险基金。

第十四条 享受离休待遇的离休干部、建国前老工人、老红军、老红军遗孀和六级以上伤残军人，不参加职工基本医疗保险，原享有的医疗保障待遇不变，资金由原渠道解决。医疗费支付不足部分，由同级财政解决。

第十五条 对新参保或中断缴费人员，基金支付设3个月的等待期。对中断缴费3个月（含）以内的，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。中断缴费3个月以上的，从重新缴费之日起，计算等待期。

第四章 基金管理和使用

第十六条 职工基本医疗保险基金（含大额医疗费用补助基金，下同）纳入市财政医保基金专户，实行收支两条线管理，单独建账、分账核算、专款专用，不得挤占挪用。

第十七条 职工基本医疗保险基金执行国家规定的财务会计制度，按照国家规定的会计制度进行核算。医疗保障经办机构应按照规定加强基金管理，财政、医疗保障等行政部门加强监督。

第十八条 市医疗保障局负责编制职工基本医疗保险基金预决算，报市财政局审核后执行。医疗保障经办机构按规定与定点医药机构、参保人员结算。

第十九条 职工基本医疗保险基金按照“以收定支、收支平衡、略有结余、统一政策”的原则管理使用。

第二十条 职工基本医疗保险基金包括统筹基金和个人账户基金，单独列账，分别核算。医保经办机构为参保人员建立个

人账户。其资金来源包括参保人员本人缴纳的部分和从单位缴费中划入的部分，参保人员缴纳的部分全部计入个人账户，单位缴费部分划入标准如下：

（一）年龄在45岁以下（含45岁）的职工按照本人缴费工资基数的1.8%划入；

（二）年龄在45岁以上的职工按照本人缴费工资基数的2%划入；

（三）退休（职）人员按照本人退休（职）费的4.2%划入。

（四）灵活就业人员在缴费期间不建立个人账户。

第二十一条 全市职工基本医疗保险门诊共济保障机制建立后，职工个人账户计入办法按新规定执行。

第二十二条 个人账户主要用于支付参保人员在定点医疗机构或定点零售药店发生的政策范围内自付费用。可以用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女在定点医疗机构就医发生的由个人负担的门诊医疗费用，以及在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。相关信息平台等条件具备后，个人账户可用于配偶、父母、子女参加城乡居民基本医疗保险等的个人缴费。个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

第二十三条 参保人员跨统筹地区流动，不得重复参保和重复享受待遇，按规定办理基本医疗保险关系转移接续。有单

位的参保人员可由单位为其申请办理，灵活就业人员由个人申请办理。参保人员或用人单位提交基本医疗保险关系转移申请，可通过全国统一的医保信息平台直接提交申请，也可通过线下方式在转入地或转出地经办机构窗直接提交申请。个人账户有余额的，可办理个人账户余额划转手续。

第二十四条 职工因出国定居、死亡、失踪的，参保人或指定受益人、法定继承人到辖区医保经办机构办理注销登记和个人账户提现手续，并提供以下材料和证件：

（一）参保人社会保障卡，参保人或委托人、继承人的身份证、银行卡。

（二）参保人出国定居的，提供出国定居证明。

（三）参保人死亡的，提供医院出具的死亡证明或公安部门的户籍注销证明。

（四）参保人失踪的，提供司法部门出具的失踪告示和公安部门出具的宣告死亡证明。

第二十五条 统筹基金用于支付参保人员起付标准以上、最高限额以下符合《基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《酒泉市基本医疗保险、生育保险诊疗项目目录》和《酒泉市基本医疗保险、生育保险医用耗材目录》（以下简称“三个目录”）的下列费用：

（一）住院医疗费用；

（二）门诊急抢救发生的医疗费用；

(三) 因恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析治疗、器官移植术后抗排异治疗、重性精神病人药物维持治疗、糖尿病胰岛素治疗、耐药性肺结核、系统性红斑狼疮等适合在门诊开展、比住院更经济方便的特殊治疗的慢性特殊疾病的门诊治疗费用;

(四) 因患罕见病需门诊治疗发生的医疗费用;

(五) 生育医疗费用和生育津贴。

第五章 医保服务

第二十六条 职工基本医疗保险执行“三个目录”。

(一) 使用甲类项目发生的费用, 按规定支付。

(二) 使用乙类项目发生的费用, 先由参保人员个人自付10%, 再按规定支付。

(三) 使用丙类项目的由参保人员个人自付。

(四) 使用“三个目录”外的费用由参保人员个人自费。

第二十七条 基本医疗保险基金和职工大额医疗费用补助年度最高支付限额为30万元。其中: 基本医疗保险住院医疗费统筹基金年度最高支付限额为8万元, 职工大额医疗费用补助年度最高支付限额22万元。

第二十八条 符合《基本医保药品目录》和省级增补的中药饮片, 以及与目录内中药饮片对应的中药配方颗粒和在国

家医保局备案审定的医疗机构中药制剂，纳入统筹基金支付范围按比例报销；将疗效确切、体现中医特色优势的中医药适宜技术，纳入统筹基金支付范围。

第二十九条 参保人员的实际床位费以酒泉市定点医疗机构对应等级普通床位费最高限价为标准支付。转外就医的床位费最高标准为 30 元/床/日。实际发生额低于以上标准的，按实际结算，超出部分由个人自付。

第三十条 参保人员发生无第三方责任的意外伤害住院的，经医保部门委托的商业保险公司审核确认后，住院费用按职工基本医疗保险政策报销。

第三十一条 参保人员经审核确认符合慢性特殊疾病门诊医疗费补助的，特殊疾病门诊医疗费纳入统筹基金支付范围，实行按比例限额补助，其中尿毒症透析治疗（慢性肾衰竭腹膜透析、血液透析及非透析阶段）统筹基金报销比例为 90%，其他病种报销比例为 80%。

第三十二条 参保人员恶性肿瘤门诊放化疗费用，按门诊慢性特殊疾病医疗费补助政策报销达到年度最高支付限额 2 万元的，剩余费用扣除门诊慢性特殊疾病补助个人应负担的部分后，按照 75%的比例给予报销。年度门诊和住院费用累计报销不得超过基金最高支付限额 30 万元。

第三十三条 因急抢救发生的符合“三个目录”的且在定点医疗机构产生的门诊医疗费用，个人自负 20%，统筹基金支付 80%，

经抢救病情缓解后需要住院治疗，应转入相关科室按规定办理住院手续；因急（抢）救发生的符合“三个目录”，但不在定点医疗机构实施抢救的门诊的医疗费用个人自负40%，统筹基金支付60%。经抢救病情缓解后要转入定点医疗机构，按相关规定办理住院手续。

第三十四条 除急诊和抢救外，参保人员在非定点医疗机构就医发生的费用医疗保障基金不予支付。

第三十五条 有下列情形之一的，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。

第六章 就医结算管理

第三十六条 参保人员须持本人社保卡（身份证、电子医保凭证）办理住院登记手续。患者出院时，只需缴清个人负担部分费用，统筹基金支付部分由定点医疗机构统一与医保经办机构结算。异地就医联网结算有异议的，可由个人先行全额垫付，待返回参保地后到医保经办机构审核报销。

第三十七条 参保人员在市域内定点医疗机构门诊和住院实行直接联网结算。确因病情需要转往市域外定点医疗机构就医的，需持转院证明到参保地医保经办机构或通过网络办理备案手续。转往酒泉市外定点医疗机构住院的，起付标准为 2000 元 / 次。未办理转诊转院手续在省外定点医疗机构住院治疗的，统筹基金支付比例降低 10 个百分点。

第三十八条 异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员、外出务工、异地就学人员（以下简称“异地居住备案人员”）按规定提供异地居住证明或异地工作（就学）单位证明等相关材料，在医保经办机构办理异地居住备案登记。异地居住备案人员居住地发生变化，需按规定变更异地备案登记。异地居住备案人员，因病情需要符合住院条件的应选择当地定点医疗机构就医诊治；异地居住备案人员需转往备案地以外就医的，需提供备案地二级及以上定点医疗机构出具的转诊转院证明，办理转诊转院备案手续，未办理转诊转院手续的，统筹基金支付比例降低 10 个百分点。

第三十九条 参保人员在市域外出差、学习、探亲、休假、旅游期间突发疾病的，可就近就地住院治疗，应在病情稳定后立即向参保地医保经办机构申请办理异地就医备案。因特殊原因未办理备案的先由个人垫付，结算时应提供本人社保卡（医保电子凭证）、住院病历资料复印件、医疗费用明细清单、发票原件、急诊疾病诊断书等有关资料，出院后持相关资料到参保地经办机

构审核报销。

第四十条 定点医药机构应按照服务协议及经办管理规定，将门诊和住院费用相关资料报送医保经办机构进行审核。医保经办机构按照月结算、年清算的方式与定点医药机构及时结算。

第七章 定点机构管理

第四十一条 医保经办机构要根据《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》，按照“公开、公平、公正”的原则，评估确定定点医药机构，并签订服务协议。

第四十二条 医保经办机构要强化协议管理，建立健全考核评价机制和严格的准入、管理和退出机制。对定点医药机构的服务行为实行事前提醒、事中监控、事后审核的全程实时监管。

第四十三条 定点医药机构要严格执行《处方管理办法》和《长期处方管理规范》，对于临床诊断明确、用药方案稳定、依从性良好、病情控制平稳、需长期药物治疗的慢性病患者，可根据患者诊疗需要，开具用药量在4周内的长期处方；根据慢性病特点，病情稳定的患者适当延长，最长不超过12周。

第四十四条 定点医疗机构要认真查验就医人员的有效证

件，加强临床核对巡查，杜绝冒名住院、挂床住院等现象，不得随意放宽入出院条件和标准。

第四十五条 定点医药机构应悬挂统一规范的定点医药机构标示牌，并设置宣传专栏和公示窗口，加强对职工基本医疗保险政策的宣传，公开药品价格、诊疗项目和收费标准，接受社会各界的监督。

第八章 管理机构和职能

第四十六条 医保行政部门是职工基本医疗保险的行政管理机构，其主要职责：

（一）拟定职工基本医疗保险的政策、制度，经批准后组织实施。

（二）会同财政、卫健、市场监管等有关部门监督检查基本医疗保险政策、制度的执行情况以及定点医药机构的就医服务管理情况。

第四十七条 医疗保障经办机构是基本医疗保险的业务经办机构，其主要职责是：

（一）负责基本医疗保险基金的筹集、支付和管理。

（二）编制基本医疗保险的预决算，负责基本医疗保险统计报表的填报、汇总和上报等工作。

（三）负责对定点医药机构协议管理；负责对定点医药机

构执行医疗保险制度、医疗用药、患者就医、医疗费用情况进行稽核；受理对定点医药机构的举报投诉，经调查核实上报医保行政部门处理。

（四）为参保职工提供基本医疗保险的查询服务。

（五）负责信息系统开发与维护，确保信息系统安全运行。

第四十八条 定点医药机构的主要职责：

（一）严格执行和宣传基本医疗保险的政策和制度。

（二）对患者提供医疗咨询、办理登记住院、转院手续，并如实告知有关政策和规定。

（三）负责做好参保人员医疗费用的审核结算，定期向医保经办机构报送参保人员医疗费用待遇支付情况并进行审核。同时，及时提供与稽核事项有关的资料。

（四）制定内部医保管理制度，加强工作人员管理，配合医保经办机构对参保人员就医购药情况进行清查、核实。

（五）健全基本医疗保险财务和相关档案资料，并按要求及时准确的报送各种报表。

第四十九条 参保单位的主要职责：

（一）严格执行职工基本医疗保险有关规定，做好医疗保险政策宣传工作。

（二）按照相关政策法规，准确核定单位人员缴费基数，并按时足额缴纳基本医疗保险费，及时为参保职工办理登记、变更、注销等手续。

(三) 负责参保人员涉及基本医疗保险的其它相关事宜。

第九章 附 则

第五十条 本细则自 2022 年 1 月 1 日起施行。既往政策与本细则不一致的，以本细则为准。

第五十一条 本细则中法定退休年龄是指国家规定的男职工满 60 周岁，女职工满 55 周岁。工资总额是指各单位在一定时期内直接支付给本单位全部职工的劳动报酬总额，包括计时工资、计件工资、奖金、津贴和补贴、加班加点工资及特殊情况下支付的工资。

第五十二条 本细则由酒泉市医疗保障局负责解释。

抄送：市财政局、市人社局、市卫生健康委、市审计局、市市场监管局、市税务局，市社保中心、市医保事务中心、玉门油田共享中心，各县（市、区）医疗保障经办机构。

酒泉市医疗保障局

2021 年 12 月 31 日印发
