

徐州市人民政府文件

徐政规〔2019〕4号

市政府关于印发 《徐州市城镇职工医疗保险办法》的通知

各县（市）区人民政府，徐州经济技术开发区、徐州高新技术产业开发区管委会，市各委、办、局（公司），市各直属单位：

《徐州市城镇职工医疗保险办法》已经市政府第41次常务会议审议通过，现印发给你们，希认真贯彻落实。



（此件公开发布）

徐州市城镇职工医疗保险办法

第一章 总则

第一条 为进一步健全和完善城镇职工医疗保险(以下简称职工医保)制度,根据《中华人民共和国社会保险法》《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)、《省政府办公厅关于实施基本医疗保险和生育保险市级统筹的意见》(苏政办发〔2019〕79号)等法律和政策规定,结合我市实际,制定本办法。

第二条 职工医保必须坚持基本医疗保险水平与我市经济发展水平及各方面承受能力相适应;坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续;坚持保住院和门诊大病;坚持基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳,基金全市统收统支;坚持实行社会统筹和个人账户相结合;坚持以收定支,实现基金收支基本平衡、略有结余。

第三条 职工医保实行市级统筹,全市统一基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统。

第四条 职工医保由基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、补充医疗保险等三个层次组成。

第五条 市医疗保障行政部门负责全市职工医保政策的制定、组织实施、监督管理以及基金管理工作。各县（市）、铜山区医疗保障行政部门负责本行政区域职工医保管理工作。

各地医疗保险经办机构负责提供经办服务，具体承办与职工医保基金收支及使用相关的医疗保险事务。

市财政部门负责全市职工医保基金的专户管理，对基金收支情况进行监督；市审计部门依法对职工医保基金进行审计监督。

各地卫生健康、市场监管、税务等部门按照各自职责，协同做好职工医保管理工作。

第二章 参保范围

第六条 本市所有用人单位，包括企业、机关事业单位、社会团体、民办非企业单位（以下简称参保单位）及其职工，均应当按照属地原则参加职工医保。全市分设市区（含贾汪区）、丰县、沛县、睢宁县、邳州市、新沂市、铜山区等7个参保经办地区（简称参保地）。

第七条 以下人员可以以个人身份，按照属地原则参加职工医保：

（一）具有我市户籍或持我市公安部门发放的《江苏省居住证》、法定退休年龄以内，并已参加我市基本养老保险且正常缴费的无雇工的个体工商户以及非全日制、临时性和弹性工作的人

员（以下简称灵活就业人员）。

（二）破产企业领取安置补偿费的人员、与用人单位解除劳动合同（人事）关系的人员、在再就业服务中心内退人员和协保人员。

第八条 跨地区、流动性大的省部属企事业单位及其职工，由其主管部门与市医疗保障局协商，以相对集中的方式参加职工医保。

第三章 参保登记和基金筹集

第九条 用人单位和个人应当按照《中华人民共和国社会保险法》《江苏省社会保险费征缴条例》的规定，办理职工医保参保登记手续，并按规定缴纳参保费用。

第十条 基本医疗保险基金筹集办法

（一）基本医疗保险费由参保单位和参保人员双方按规定及时足额缴纳，参保人员应当缴纳的基本医疗保险费由参保单位从其工资收入中代扣代缴。

（二）参保单位按职工缴费基数总额的 9% 缴纳基本医疗保险费，在职职工按本人缴费基数 2% 缴纳基本医疗保险费。

以个人身份参保的人员，以单位和个人合计费率（11%）缴纳基本医疗保险费，享受基本医疗保险待遇；也可以按 6% 的比例缴纳基本医疗保险费，享受住院（含家庭病床）医疗保险待遇，但不划入个人账户资金，不享受统筹基金支付的门诊待遇。选择

上述参保形式，一个统筹年度内不予变更。

(三) 缴费基数的上限和下限按照江苏省发布的标准确定。

第十一条 职工大额医疗费用补助基金筹集办法

(一) 职工大额医疗费用补助基金筹资标准由市政府另行确定。

(二) 以个人身份参保人员由个人全额缴纳。

(三) 新参保人员参保当月，按全年标准一次缴清当年费用，以后年度应当于每年1月底前一次缴清全年费用。

(四) 退休人员应当由用人单位缴纳的部分，退休时一次性计提15年，以后用人单位不再缴纳；由个人缴纳的部分按年缴纳。

(五) 个人缴费从个人账户中划缴；个人账户资金余额不足时，从下期账户划入额中抵扣。

第十二条 补充医疗保险基金筹集办法

(一) 补充医疗保险基金筹资标准由市政府另行确定。

(二) 新参保人员参保当月，按全年标准一次缴清当年费用，以后年度应当于每年1月底前一次缴清全年费用。

(三) 个人缴费从个人账户中划缴；个人账户资金余额不足时，从下期账户划入额中抵扣。

第十三条 对于未建立个人账户的参保人员，应当由个人缴纳的职工大额医疗费用补助和补充医疗保险费用，随其基本医疗保险费用一并缴纳。

第十四条 参加基本医疗保险的用人单位、职工和以个人身份参保人员必须同时参加职工大额医疗费用补助和补充医疗保险。未参加基本医疗保险的用人单位、职工和个人不能参加职工大额医疗费用补助和补充医疗保险。

第十五条 参保单位发生分立、合并、兼并、转让、租赁、承包等情况时,接收或继续经营者必须承担其单位职工的医疗保险责任,按时足额缴纳医疗保险费用。参保单位破产、改制、关闭时应当清偿欠缴的医疗保险费,并为其退休人员一次性缴纳规定年限的医疗保险费。

第十六条 困难和破产、关闭的国有、集体企业退休人员的参保缴费

(一)市属困难企业由市审核认定工作小组认定;各县(市)区按照有关规定分别对本地困难企业进行认定。

(二)困难企业根据本单位实际情况,可以采取以下方式缴费参保:

1.困难企业人员全员(包括在职职工和退休人员)参保的,基本医疗保险费由用人单位按在职职工工资总额的7%缴纳,但不划入个人账户资金。在职职工工资低于江苏省发布的标准下限的,按下限执行。

2.困难企业暂无能力全员参保的,必须为退休人员缴费参保。未采取一次性补缴方式为退休人员缴费参保的,继续缴费过程中企业破产、关闭的,应当按照破产、关闭企业为退休人员缴

费参保的办法办理。

3.困难企业经济效益好转，具有缴纳医保费用能力后，应当全员参保。

（三）企业破产、关闭时，应当以退休人员养老金为缴费基数，按照缴费年限的规定，办理一次性补缴。

（四）资金来源

1.困难企业应当优先为退休人员筹集并缴纳医疗保险费用，企业筹集不足时，由企业主管部门（集团公司）统筹调剂解决；主管部门（集团公司）确实无力解决的，根据企业困难程度，每年由同级财政给予一定的补助，其余由企业和主管部门（集团公司）解决。

2.破产、关闭企业在破产改制时应当按规定优先为本企业退休人员一次性缴清医保费用。企业提留不足的，以及本办法下发前已经破产、企业无资产的，由企业主管部门（集团公司）统筹调剂解决；主管部门（集团公司）确实无力解决的，经同级财政部门审核批准，由同级政府解决退休人员参加基本医疗保险和职工大额医疗费用补助所需资金。

（五）在徐省部属企业参照本规定执行。

第十七条 基本医疗保险费非因法定事由不得缓缴、减免。用人单位未按时足额缴纳基本医疗保险费的，由社会保险费征收机构责令限期缴纳或者补足，并自欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金；逾期仍不缴纳的，由有关行政部门依法处罚。

第十八条 遇有重大突发性疾病流行或自然灾害等不可抗力引发的特殊情况，导致基本医疗保险基金入不敷出时，由各级政府按比例分担。

第十九条 市医疗保障局根据省下达的医疗保险参保扩面任务，每年初向各县（市）、铜山区分解下达医疗保险参保扩面计划。

第二十条 医疗保险基金的银行计息办法：当年筹集的部分，按同期活期存款利率计息；上年结转的基金本息，按3个月期整存整取银行存款利率计息；专户的沉淀资金比照3年期零存整取储蓄存款利率计息，并不低于该档次利率水平。利息收入并入医疗保险基金。

第四章 统筹基金和个人账户

第二十一条 基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户构成。个人缴纳的基本医疗保险费，全部划入个人账户；用人单位缴费的一部分划入个人账户，其余部分用于建立统筹基金。

第二十二条 个人账户以个人缴费基数（退休人员以本人养老金）的一定比例按月划入。计入标准为：

（一）未享受退休人员医疗保险待遇的参保人员，35周岁（含35周岁）以下的划入比例为2.5%；36周岁（含36周岁）以上至45周岁的划入比例为2.8%；46周岁以上（含46周岁）

的划入比例为 3.7%。

(二)享受退休人员医疗保险待遇的参保人员,69 周岁(含 69 周岁)以下的划入比例为 5%;70 周岁(含 70 周岁)以上的划入比例为 6%。

(三)享受退休人员医疗保险待遇的参保人员一个统筹年度划入个人账户资金额,低于 500 元者补足到 500 元;70 周岁以上,低于 600 元者补足到 600 元;80 周岁(含 80 周岁)以上,低于 800 元者补足到 800 元。

第二十三条 个人账户支付范围

(一)支付本人住院、门诊、药店购药、家庭病床等个人自付部分中属于医疗保险范围的费用。

(二)缴纳本人职工大额医疗费用补助、补充医疗保险、基本照护保险等费用和购买符合条件的商业健康保险。

(三)医疗保险药品目录外准字号药品;《江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准》《江苏省医疗保险特殊医用材料目录》内丙类项目;副主任医师、主任医师(含享受政府特殊津贴待遇的临床医学专家)门诊诊察费超出普通门诊诊察费的部分,副主任医师、主任医师门诊中医辨证论治费(含享受政府特殊津贴待遇的临床医学专家)超出普通门诊中医辨证论治费的部分;本人家庭医生签约服务费的个人自付部分。

参保人员就医购药刷卡时,发生的个人自付和自费费用优先使用个人账户资金支付。

第二十四条 个人账户中的本金和利息为参保人员个人所有，可以结转使用和依法继承，不得挪作他用。参保人员医保关系转移时，其个人账户结余资金转移到新参保地职工医保经办机构。

参保人员死亡、调至未建立基本医疗保险制度的地区、退出职工医保1年后未再继续参加职工医保的，经参保人员或其继承人申请，可一次性现金提取个人账户结余资金。国（境）外定居人员、退休后异地安置人员（非门诊慢性病和门诊特定项目待遇享受人员）在居住地实现异地就医直接联网结算前，可经本人申请，每年提取一次。

第五章 待遇享受条件

第二十五条 医疗保险实行预缴费制，先缴费后享受待遇。用人单位和个人应当按照规定，按月及时足额连续缴费。

第二十六条 用人单位及其职工首次参加基本医疗保险，自缴纳基本医疗保险费的次月1日起享受职工医保待遇。

参保单位中断缴纳医保费的，自中断缴费的次月1日起视为欠费开始之日（简称欠费日，下同），停止享受医保待遇。自欠费日起，当月底之前补足欠费和滞纳金，补结算欠费期间的医疗费用；次月及次月后补缴的，自补缴到账的次日起新发生的医疗费用可以享受医保待遇，欠费期间发生的医疗费用由参保单位

按照职工医保规定的待遇标准为参保人员报销,医保基金不予支付。

第二十七条 灵活就业人员首次参加职工医保,从参保缴费到账之日起计算,连续缴费满6个月后方可享受医保待遇。待遇享受等待期内个人账户可以正常使用。

第二十八条 以个人身份参保人员,中断缴纳基本医疗保险费期间发生的医疗费用由参保人员负责。从中断之月起,6个月内办理续保的,按第二十六条补缴和享受中断期间的医保待遇;中断缴费6个月以上的和中断缴费6个月以内不足额补缴的,自重新缴费到账之日起执行6个月的待遇享受等待期,不连续计算缴费年限。

第二十九条 医疗保险缴费年限

(一)参加医疗保险实行缴费年限制度,缴费年限包括视同缴费年限和实际缴费年限。

(二)各参保地医疗保险制度启动前,参保职工符合国家和省规定的工龄或工作年限,作为医疗保险视同缴费年限;医疗保险实际缴费年限仅指医疗保险制度启动后参加职工医保实际缴费的年限。

(三)参保人员享受退休人员医疗保险待遇的,必须同时符合下列条件:

1.到达法定退休年龄并办理退休手续的参保人员,退休前职工医保处于连续参保状态;

2.医疗保险累计缴费年限，男满25年、女满20年；

3.在本市行政区域实际缴费年限达10年以上（经县级以上党委组织部门或者人力资源社会保障部门批准调动至我市的人员、按照国家安置政策规定由徐州市接收并安置的转业军官、符合规定引进的高层次和高技能人才以及市人民政府确定的其他人员不受本市行政区域限制）。2019年12月31日前从外地转移至我市参保的人员继续按照实际缴费年限达10年以上的规定执行。

符合前款规定的参保人员，退休后不再缴纳基本医疗保险费，享受退休人员医疗保险待遇。

办理退休手续并享受养老保险待遇，但未达到以上规定年限的参保人员，可以按照规定的缴费基数、缴费比例一次性补缴或继续缴费到规定年限后，享受退休人员医疗保险待遇。按6%的比例缴费的以个人身份参保人员，选择一次性补缴或继续缴费到规定年限的，缴费比例为11%。一次性补缴的，不补划个人账户资金。

第三十条 参保人员社会保险关系变动时，用人单位或本人应当及时办理医疗保险关系转移接续手续。参保人员在转出、转入地的职工医保缴费年限可累计计算。

已享受退休人员医疗保险待遇的参保人员不转移医疗保险关系。

第三十一条 退役军人按照国家规定参加职工医保，其在部

队服役年限视同缴费年限。

第三十二条 军队文职人员参照国家公务员和事业单位工作人员参加所在地职工医保。

第三十三条 军人配偶在随军未就业期间的医疗保险缴费年限，作为实际缴费年限，与其在地方参加职工医保的缴费年限合并计算。

第三十四条 各地医疗保险经办机构按照规定办理退役军人、现役干部转改文职人员、随军未就业军人配偶医疗保险关系转移接续和个人账户转移。

第三十五条 没有工作单位的离休干部遗属参加职工医保，按照退休人员办理手续。以离休干部所在单位的退休费的平均数为基数缴纳参保费用，连续实际缴费满 10 年后，不再缴费。原享受公费医疗单位的离休干部遗属应当缴纳的医保费，由同级财政负担，其他单位由离休干部所在单位负担。

第三十六条 按照《国务院关于工人退休退职的暂行办法》（国发〔1978〕104 号）办理退职、现仍由原所属单位每月发放退职费或生活费，且原所属单位已参加基本医疗保险的退职人员参加职工医保，缴费年限的计算参照退休人员规定执行。未达到规定缴费年限的，以原所属单位退休费平均数为基数，按照规定的缴费比例，由原所属单位和个人分别缴费。

第三十七条 服刑人员和服刑期满释放人员的医疗保险按以下规定执行：

(一) 服刑人员(不含社区服刑人员。社区服刑人员系指被判处管制、宣告缓刑、假释、暂予监外执行等社区服刑人员,不含保外就医人员)在服刑期间,不得参加职工医保。原参保人员在服刑期间应当停止参保缴费并停止享受职工医保待遇。

(二) 服刑人员刑满释放后未达法定退休年龄的以及社区服刑人员在社区服刑期间,可根据自身就业状况选择参加职工医保,并按规定享受职工医保待遇。

(三) 服刑人员刑满释放后达到法定退休年龄的,符合第二十九条规定条件的,可享受退休人员医疗保险待遇。

(四) 退休后服刑的刑满释放人员,服刑前已享受退休人员医保待遇的,可恢复享受退休人员医疗保险待遇;服刑前尚未享受退休人员医保待遇的,符合第二十九条规定的条件后,享受退休人员医疗保险待遇。其中对取消退休待遇由原单位酌情发放生活费的人员,个人账户资金按照退休人员最低标准计入。有关手续由退休时所在单位或生活费发放单位办理。

(五) 参保人员因服刑中断的职工医保费不得补缴,不连续计算缴费年限。

第六章 职工医保待遇

第三十八条 参保人员在定点医药机构发生的医保政策范围内的费用,基金按规定支付。基金不予支付范围按照《中华人

民共和国社会保险法》、其他相关法律法规和政策的规定执行。

第三十九条 建立职工医保基金分级差别化支付机制,促进分级诊疗制度和家庭医生签约服务制度建设,引导合理就医秩序的形成。

第四十条 基本医疗保险待遇包括普通门诊统筹待遇、门诊慢性病待遇、门诊特定项目待遇和住院待遇。具体标准由市医疗保障局会同市财政局、市卫生健康委员会另行制定。

各参保地可建立家庭病床制度,具体管理办法由市医疗保障局会同市卫生健康委员会另行制定。

以个人身份参保人员,其生育的医疗费用纳入职工医保基金支付范围。享受生育的医疗费用待遇后,不再按照生育保险规定享受职工未就业配偶生育的医疗费用补助。

第四十一条 职工大额医疗费用补助、补充医疗保险待遇具体标准由市医疗保障局会同市财政局、市卫生健康委员会另行制定。

第七章 就医管理

第四十二条 参保人员应当凭社会保障卡(电子社保卡)就医购药。

第四十三条 职工医保执行国家和省确定的医疗保险药品目录、诊疗项目目录、特殊医用材料目录和医疗服务设施范围目

录。参保人员使用目录内乙类药品、医疗服务项目、特殊医用材料、医疗服务设施发生的医疗费，由个人按规定先行自付部分费用后，再按规定的报销比例享受待遇。

除急诊抢救外，定点医疗机构在使用医保支付范围外的价格较高的药品、医用材料、诊疗项目和医疗服务设施时，应当履行告知义务；未告知的，发生的费用由定点医疗机构承担。具体事先告知的范围和程序由《徐州市基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》约定。

第四十四条 参保人员门诊和住院实行基层首诊和双向转诊制度。参保人员应当优先选择在基层医疗机构和县级（二级）医疗机构就医。

第四十五条 异地安置、长期居住、常驻异地工作人员（简称“驻外人员”）和异地转诊人员需按照规定办理备案手续，享受规定的医疗保险待遇。

第四十六条 外伤、中毒患者需先行稽核，符合医保支付规定的方可享受医保基金支付的待遇。

第四十七条 除急诊抢救外，参保人员在非定点医药机构发生的医疗费用，医保基金不予支付。

第四十八条 参保人员在不同地区或者不同医疗保险险种间重复参保的，待遇不得重复享受。

第四十九条 职工医保的结算年度为每年的1月1日至12月31日。

第八章 基金监督和管理

第五十条 职工医保基金纳入市财政专户管理，单独核算、专款专用，不得挤占挪用。审计、财政等部门要加强对基金的监督管理。市医疗保障局要定期向社会公布职工医保基金收支结余情况，主动接受社会监督。根据“以收定支，收支平衡，略有节余”的原则，按照“总量控制，月度结算，年终决算，质量考核，超支分担”的要求，由市医疗保障局会同市财政局、卫生健康委员会另行制订结算办法。

第五十一条 参保人员在定点医药机构门诊、住院、家庭病床治疗和购药发生的费用，属于医保基金支付的部分，由定点医药机构予以记账，医疗保险经办机构每月与定点医药机构结算；属于个人自付的医疗费用，由定点医药机构向参保人员按实收取。

第五十二条 全面推行总额控制下的多元复合式医保支付方式，切实加强基金管理，控制医疗费用不合理增长，保障参保人员基本医疗，确保基金运行安全。

第五十三条 职工医保定点医药机构实行协议管理，通过签订医保服务协议，明确双方的权利和义务。

定点医药机构应当严格执行职工医保各项政策规定和医保服务协议，自觉接受医保部门的监管，努力为参保人员提供优质高效医疗服务。

第五十四条 相关单位及其工作人员、参保人员违反有关管理规定的，根据法律法规和《徐州市基本医疗保险定点医疗机构（定点零售药店）医疗服务协议》处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第九章 有关人员的医疗待遇

第五十五条 一至六级残疾军人可实行医疗费统筹，具体规定由各地制定。

第五十六条 国家公务员在参加基本医疗保险的基础上，享受医疗补助政策。建立全市统一的公务员医疗补助制度，具体规定由市政府另行制定。

第十章 附则

第五十七条 本办法规定的筹资标准、待遇水平、服务管理等政策，由市医疗保障局会同市财政局、市卫生健康委员会，根据上级要求、经济社会发展水平和基金运行情况，适时提出调整意见，报市政府批准后执行。

第五十八条 本办法自2020年1月1日起施行。市区、各县（市）、铜山区职工医保政策与本办法不一致的，按本办法执行。

抄送：市委各部委办，市人大常委会办公室，市政协办公室；市监委，市法院，市检察院；徐州军分区；驻徐各部省属单位。

徐州市人民政府办公室

2019年11月19日印发