

榆林市职工基本医疗保险实施办法

第一章 总则

第一条 为进一步健全我市职工基本医疗保险(含生育保险)制度,维护参保人员医疗保障权益,促进职工基本医疗保险制度可持续发展,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》等法律法规和《国家医保局 财政部 国家税务总局关于加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见》(医保发〔2020〕33号)、《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》(医保发〔2021〕5号)、《中共陕西省委 陕西省人民政府印发<关于深化医疗保障制度改革的若干措施>的通知》(陕发〔2021〕16号)、《陕西省医疗保障局 陕西省财政厅 陕西省人力资源和社会保障厅 陕西省卫生健康委员会 国家税务总局陕西省税务局关于印发<陕西省生育保险和职工基本医疗保险合并实施方案>的通知》(陕医保发〔2019〕11号)精神,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,统一保障范围、统一缴费标准、统一待遇水平、统一经办流程、统一基金管理、统一信息系统。职工基本医疗保险与生育保险合并实施,参保同

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。

第三条 职工基本医疗保险实行的基本原则：

（一）坚持以人为本，统筹兼顾，强化政府责任，维护职工健康权益。

（二）坚持医疗保险基金筹集与保障水平同经济社会发展水平相适应，基金运行坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则。

（三）坚持统筹基金与个人账户相结合的原则。

第四条 市、县两级政府应将职工基本医疗保险和生育保险工作纳入当地经济社会发展规划和年度工作计划，领导本辖区内职工基本医疗保险和生育保险制度的组织实施、参保登记、基金使用管理等工作。

市级医疗保障部门主管全市职工基本医疗保险和生育保险工作，负责制定职工基本医疗保险和生育保险政策并组织实施；县级医疗保障部门负责本行政区域内的职工基本医疗保险和生育保险工作。

各级医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）负责本级职工基本医疗保险和生育保险的具体业务经办工作。市级医保经办机构负责对县级医保经办机构进行业务指导。

公安、财政、人力资源和社会保障、卫生健康、退役军人事务、审计、市场监督管理、统计和税务等部门和单位按照各自职

责，协同做好本办法的实施工作。

第二章 参保与缴费

第五条 本市行政区域内的所有党政机关、事业单位、企业、社会团体、民办非企业等用人单位及其职工，应当按照属地管理原则，依法参加职工基本医疗保险和生育保险。

符合法定就业年龄的下列人员及已办理退休手续未参加职工基本医疗保险的原我市国有（集体）企业退休人员，可按灵活就业人员身份参加我市职工基本医疗保险和生育保险。

（一）依托互联网平台就业且未与新业态平台企业建立劳动关系的新就业形态从业人员；

（二）个体工商户及其雇工；

（三）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；

（四）自谋（自由）职业者；

（五）已参加城乡居民基本医疗保险的灵活就业人员以及其他灵活就业的人员。

第六条 职工基本医疗保险由用人单位统一办理参保（灵活就业人员除外），按照税务部门提供的缴费方式缴费。参保人员不得同时参加职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险，不得重复享受医疗保险待遇。

第七条 职工基本医疗保险费由用人单位和职工个人按照相

关规定共同缴纳；生育保险费由用人单位按照相关规定缴纳，职工个人不缴纳生育保险费。灵活就业人员医疗保险费由个人全额缴纳。

用人单位和职工未按规定及时足额缴纳医疗保险费的，从欠缴费用当月起视为停保，停保期间不享受医保待遇。用人单位和职工欠缴费用在 3 个月（含）内补足的，从缴费到账之日起恢复享受医保待遇，欠缴费用期间医保待遇可追溯享受。用人单位和职工欠缴费用超过 3 个月的按中断（暂停）参保处理，补足欠缴的医疗保险费后可从缴费到账之日起享受医保待遇，欠缴费用期间的医保待遇不再追补。灵活就业人员医保待遇享受按照相关规定执行。

第八条 职工个人月缴费基数按本人上年度月平均工资确定，用人单位月缴费基数按本单位上年度职工个人月缴费基数总额确定。职工个人月平均工资高于本市上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资 300%的，以本市上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 300%作为缴费基数；职工个人月平均工资低于本市上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资 60%的，以本市上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 60%作为缴费基数。灵活就业人员按本市上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的 60%作为缴费基数。

第九条 新成立的用人单位按上月发放的职工工资总额申报缴费基数。新参加工作或调入的职工，以本人当月工资收入申报缴费基数。因特殊情况职工工资收入无法确定的，以全市上年度

全口径城镇单位就业人员平均工资为缴费基数。

第十条 党政机关及全额预算事业单位缴费比例为 8.3%（基本医疗保险 8%、生育保险 0.3%），职工个人缴费比例为 2%；其他用人单位缴费比例为 8.7%（基本医疗保险 8%、生育保险 0.7%），职工个人缴费比例为 2%；灵活就业人员参加职工基本医疗保险缴费比例为 10.7%（基本医疗保险 10%、生育保险 0.7%）。上述缴费比例由市级医疗保障部门根据经济社会发展和职工基本医疗保险基金运行情况适时进行调整。

第十一条 上年度全口径城镇单位就业人员平均工资由市级医疗保障部门联合相关部门发布。上年度全口径城镇单位就业人员平均工资未公布前，原则上使用上上年度全口径城镇单位就业人员平均工资核定缴费基数上下限，核定后多缴或少缴的费用不予退回或追补。

第十二条 失业人员在领取失业保险金期间，按灵活就业人员缴费标准缴纳职工基本医疗保险费，由失业保险基金支付。

第十三条 为保障职工基本医疗保险制度平稳运行，市级财政对相对困难县市区全额预算的财政供养人员单位缴费部分给予补助，具体补助标准按当年核定缴费基数计算。市级财政的补助比例为：横山区、绥德县、米脂县、佳县、吴堡县、清涧县、子洲县按缴费基数的 3%补助，榆阳区、定边县按缴费基数的 1%补助。县级财政应预算缴纳的费用到位后，市级财政补助费用按年度一次性预算划拨到社保基金财政专户。市级医疗保障部门会同财政

部门根据本市区域经济发展状况，适时提出补助调整方案，报市政府同意后执行。

第十四条 市及县市区属国有困难企业退休人员参加职工基本医疗保险，由市或县市区财政分别根据其退休人员按上年度退休人员工资总额的 4.5%逐年预算缴纳，大额医疗费用补助按每人每年 96 元标准预算缴纳。剩余的单位应缴部分（3.5%）由中、省、市解决关闭破产国有企业退休人员补助资金逐年安排解决（不足部分由市或县市区财政解决）。该资金缴纳后划拨到社保基金财政专户纳入统筹基金，同时建立个人账户。

第三章 缴费年限

第十五条 参保人员达到法定退休年龄时，累计缴费年限达到男满 30 年、女满 25 年，且实际缴费年限不少于 15 年的，退休后单位及个人均不再缴纳基本医疗保险费，按照规定享受退休人员医保待遇。缴足最低缴费年限仍未达到退休年龄的参保职工，应继续缴纳基本医疗保险费至达到退休年龄；达到退休年龄未缴足最低缴费年限的，应继续缴费至达到最低缴费年限。不得将办理职工基本医疗保险退休人员手续与在当地按月领取基本养老金绑定。

第十六条 累计缴费年限包括视同缴费年限和实际缴费年限。

实际缴费年限是指 2000 年 1 月 1 日本市实施职工基本医疗保

险制度改革后，参保人实际参保并缴纳职工基本医疗保险费的年限。

视同缴费年限是指 2000 年 1 月 1 日前按国家规定计算的工龄或缴纳养老保险费的年限、退役人员的军龄等年限，符合规定的本市城乡居民基本医疗保险（含原新农合、城镇居民医保）的折合年限。

第十七条 参保人员跨统筹地区转入本市参加职工基本医疗保险，在原参保地参加职工基本医疗保险的实际缴费年限与参加本市职工基本医疗保险的实际缴费年限合并计算，重复缴费期间的年限不重复计算。达到法定退休年龄时，累计缴费年限须达到本市医保规定的最低缴费年限，方可享受退休人员医保待遇。

第十八条 参保人员达到法定退休年龄计算视同缴费年限时，其以前参加本市城乡居民基本医疗保险（含原新农合、城镇居民医保）满 3 月视同参加职工基本医疗保险 1 月，不足者不予折合计算。

第十九条 退役军人的服现役年限、随军未就业军人配偶参加军队医疗保险的年限，在 2000 年 1 月 1 日本市实施职工基本医疗保险制度改革前按视同缴费年限计算，2000 年 1 月 1 日以后的按实际缴费年限计算。移交政府安置的军队退休干部，按照我市医保认定退休人员管理。

第二十条 参保人员达到法定退休年龄时，累计缴费年限达到本市规定最低缴费年限的，在本人参保所属辖区医保经办机构

办理医保在职转退休手续后，按规定享受退休人员医保待遇。

参保人员达到法定退休年龄时，累计缴费年限未达到本市规定最低缴费年限的，可按照规定一次性补缴所差年限的基本医疗保险费后办理医保在职转退休手续。未一次性补缴的，可继续按在职人员身份缴纳职工基本医疗保险费并享受在职职工基本医疗保险待遇，达到规定最低缴费年限后再办理医保在职转退休手续。选择一次性补缴的，按6%的比例一次性补缴职工基本医疗保险费，不补缴生育保险费和大额医疗费用补助费，不划拨个人账户。灵活就业人员补缴按相关规定执行。

参保人员因故未能及时办理医保在职转退休手续继续缴费的，其缴费年限计入参保人员的实际缴费年限，多缴纳的医疗保险费不予退回，从办理医保在职转退休手续之日起享受退休人员医保待遇。

第四章 基本医疗保险关系转移接续

第二十一条 参保人员跨统筹地区转入本市参加职工基本医疗保险，在转移接续前中断缴费3个月（含）以内的，可按规定办理医疗保险费补缴手续，缴费后即可正常享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受，但不得重复享受待遇。中断缴费3个月以上的，设置3个月的待遇享受等待期，即从缴费之日起3个月内不享受医保待遇，但可使用个人账户就医购药；满3个月并按规定继续缴纳医疗保险费的，可按规定享受医保待遇。

已经享受退休人员医保待遇的，不再办理基本医疗保险关系转移接续。参保人员达到法定退休年龄时与用人单位解除劳动关系且上年度参加我市职工基本医疗保险的，可选择以灵活就业人员身份继续参加我市职工基本医疗保险。

第二十二条 参保人员已连续 2 年（含）以上参加基本医疗保险，因就业等个人状态变化在城乡居民基本医疗保险和职工基本医疗保险间切换参保关系，中断缴费 3 个月（含）以内的，可按规定办理医疗保险费补缴手续，缴费后即可正常享受医保待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受，但不得重复享受待遇。中断缴费 3 个月以上的，待遇享受等待期为 3 个月，即从缴费之日起 3 个月内不享受医保待遇，但可使用个人账户就医购药；满 3 个月并按规定继续缴纳医疗保险费的，可按规定享受医保待遇。

第二十三条 参保人员被判处拘役、有期徒刑及以上刑罚的，在服刑期间停止其参保缴费，不再享受医保待遇；服刑期满或假释后，可凭相关材料到医保经办机构办理职工基本医疗保险续保手续，并可接续服刑前的职工基本医疗保险缴费年限。

参保人员办理了医保在职转退休手续后被判处拘役、有期徒刑及以上刑罚的，在服刑期间停止享受退休人员医保待遇；刑满释放或假释后，凭相关材料到医保经办机构办理职工基本医疗保险续保手续，可继续享受退休人员医保待遇。

刑满释放人员在刑满释放或假释后 3 个月（含）内办理职工基本医疗保险续保手续的，从续保缴费之日起按规定享受医保待

遇；超过 3 个月办理续保手续的，设置 3 个月的待遇等待期，即从续保缴费之日起 3 个月内不享受医保待遇，但可使用个人账户就医购药；满 3 个月并按规定继续缴纳医疗保险费的，可按规定享受医保待遇。

第五章 基本医疗保险基金的组成和使用

第二十四条 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、基金利息、滞纳金及按规定纳入统筹基金的其他收入组成，划分为医疗保险统筹基金和个人账户基金。医疗保险统筹基金和个人账户基金分别核算，不得相互挤占。

第二十五条 个人账户的构成。

（一）在职职工（包含达到退休年龄但未达到最低缴费年限的人员）由个人缴纳的基本医疗保险费计入，计入标准为本人缴费基数 2%。单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。

（二）退休人员（指已享受医保退休待遇的人员）个人账户由统筹基金按定额划入，机关事业单位退休人员划入额度为上年度榆林市机关事业单位退休人员平均基本养老金的 3%；企业及其他用人单位、灵活就业人员划入额度为上年度榆林市企业退休人员平均基本养老金的 3%。定额划入额度由市级医疗保障部门会同财政部门确定。

上述个人账户计入办法，由市级医疗保障部门会同财政部门根据国家有关政策和职工基本医疗保险基金运行情况适时调整。

第二十六条 基本医疗保险费按规定的比例划入个人账户后，其余部分构成基本医疗保险统筹基金，用于支付参保人员符合基本医疗保险报销范围的门诊、住院等医药费用。

第二十七条 个人账户的支付范围按照国家和省级有关规定执行。个人账户本金和利息归个人所有，可以结转使用和依法继承。职工基本医疗保险关系终止的，个人账户结余资金可由本人支取或法定继承人依法继承。参保人员跨统筹地区流动就业的，个人账户资金随其基本医疗保险关系转移划转。

第六章 基本医疗保险待遇

第二十八条 符合规定的基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和标准的医药费用，按照规定从基本医疗保险统筹基金中支付。超出规定范围和限定条件的医药费用，基本医疗保险统筹基金不予支付。

第二十九条 职工基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额为 25 万元。基本医疗保险待遇设置起付标准、自付比例、支付比例等，起付标准以下的医药费用个人自付。具体标准由市级医疗保障部门确定并结合职工基本医疗保险基金运行情况适时调整。

第三十条 建立职工基本医疗保险门诊共济保障和门诊慢特病制度，具体办法另行制定。

第七章 生育保险待遇

第三十一条 用人单位已经缴纳生育保险费的，其职工享受生育保险待遇。生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴，所需资金从基本医疗保险统筹基金中支付。

第三十二条 生育医疗费用。包括产前检查费、生育医疗费、计划生育医疗费等，具体支付标准由市级医疗保障部门另行制定。

第三十三条 生育津贴。企业及非全额预算事业单位女职工在法定产假期间享受生育津贴待遇。灵活就业人员按相关规定执行。生育津贴支付标准由市级医疗保障部门根据国家和省级有关法律规定确定。

第三十四条 参保女职工在定点医疗机构分娩引发生育并发症（合并症）的治疗费用，按基本医疗保险政策相关规定支付。

第八章 大额医疗费用补助

第三十五条 凡参加职工基本医疗保险的单位和个人（含退休人员）均须同时缴纳大额医疗费用补助费，建立全市统一的大额医疗费用补助基金，用于支付基本医疗保险最高支付限额以上的医药费用。

第三十六条 大额医疗费用补助基金筹资标准为每人每月 8 元，其中用人单位缴纳 6 元、个人缴纳 2 元。灵活就业人员全部由个人缴纳。大额医疗费用补助费与基本医疗保险费同时缴纳。

第三十七条 符合基本医疗保险统筹基金支付范围的医药费用，超过年度基本医疗保险最高支付限额后，其超出部分进入大

额医疗费用补助支付范围，按 92%的比例报销，不设年度支付限额。

第三十八条 大额医疗费用补助基金实行专款专用、单独核算、余额结转，不得挪用。

第九章 医疗保险服务与管理

第三十九条 定点医药机构实行协议管理，具体办法按照《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》和省、市有关规定执行。

第四十条 医保经办机构与定点医药机构签订医疗保障服务协议，规范医药服务行为。医疗保障部门应当加强对服务协议订立、履行等情况的监督。

第四十一条 定点医药机构应当建立和健全医保服务和医保基金使用内部管理制度，确定专（兼）职人员负责医保服务和医保基金使用管理工作，建立健全考核评价体系。定点医药机构应当组织开展医保基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医保基金使用情况，及时纠正医保基金使用不规范的行为。

第四十二条 定点医药机构应当严格执行医疗保障服务协议，合理诊疗、合理收费，按规定执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目目录，优先配备使用医保目录药品，控制患者自付比例，提高医保基金使用效率。定点医药机构不得为非定点医药机构提供医保结算。

第四十三条 定点医药机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证，做到人证相符，按照诊疗规范提供必要、合理的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料。

第四十四条 定点医药机构应当做好与医保有关的信息系统安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。应当支持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效衔接，并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

第四十五条 参保人员应当持本人身份证、医保电子凭证或社会保障卡就医、购药，并主动出示接受查验。

第四十六条 医疗保障部门要加大完善信息系统支撑，加强区域协同，推进职工基本医疗保险异地就医直接结算工作，异地就医直接结算办法由市级医疗保障部门另行制定。

第四十七条 建立医疗服务项目价格动态调整机制，发挥价格合理补偿功能，稳定调价预期、理顺比价关系，医疗服务项目价格由市级统一管理。

第四十八条 做好药品、医用耗材集中带量采购常态化制度化工作，各级医疗保障、卫生健康、市场监督管理等部门要加强对定点医药机构落实药品和医用耗材集中带量采购政策和中选产品使用的监督检查，确保集中带量采购政策落实落地，为群众提供更多的质优价廉的药品和医用耗材。

第十章 基金管理和监督

第四十九条 职工基本医疗保险基金纳入市级社会保障基金财政专户管理，实行“收支两条线”管理，任何单位和个人不得挤占挪用。各级医保经办机构设立医疗保险基金收入户和支出户，基金按照险种分别建账、分账核算、分别计息、专款专用，不得违规投资运营医保基金，不得用于平衡一般公共预算。市级医疗保障部门、财政部门负责对职工基本医疗保险基金使用情况进行监督，审计部门负责对职工基本医疗保险基金收支情况进行审计监督。

第五十条 各级医保经办机构执行统一的职工基本医疗保险基金预决算制度、基金财务会计制度和内部审计制度，并负责基金的核算和管理，负责与定点医药机构的费用结算及参保人员医疗保险和生育保险待遇的结算兑付。

第五十一条 各级医保经办机构应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，定期向社会公布职工基本医疗保险基金的收支、结余和收益情况，接受社会监督。

第五十二条 职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助等医疗保障基金的管理和监督，参照职工基本医疗保险基金管理办法执行。

第十一章 法律责任

第五十三条 各级医疗保障部门根据国家有关法律法规和省、市政策文件要求，加强医保基金监督管理，对医疗保障领域的违法违规行为依法依规查处；构成犯罪的，依法追究有关单位和个人的法律责任。

第五十四条 市、县两级相关部门和单位要加强对纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用的监督，依法查处违法使用医保基金的行为。

第五十五条 医疗保障、公安、财政、卫生健康、审计、市场监督管理等部门要分工协作、相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，共同做好医保基金使用监督管理工作。

第五十六条 医保经办机构或其工作人员违反有关规定，不按时支付医疗、生育保险待遇的，由医疗保障部门责令其限期改正。造成单位或个人损失的，应当承担赔偿责任，并对主管人员、直接责任人给予行政处分。构成犯罪的，依法追究有关人员的法律责任。

第五十七条 定点医药机构不履行医保相关协议或者履行协议不符合约定的，依法承担相应法律责任。医保经办机构要切实履行对定点医药机构的监管职责，严格按协议约定处理违规行为；对涉嫌违法的，应及时报告同级医疗保障部门。医疗保障部门对医保经办机构报告的涉嫌违法行为，应迅速调查处理；对涉及其他部门职责的，提请相关部门依法处理；涉嫌犯罪的，移送司法机关。

第十二章 组织领导

第五十八条 市政府负责组织协调和宏观指导职工基本医疗保险和生育保险制度实施工作，研究制定相关政策，协调解决工作中出现的问题。各县市区政府要加强组织领导，按照辖区职工基本医疗保险和生育保险制度运行实际，合理编配与参保人员数量、工作任务相匹配的医保经办服务力量，配套相应的财政资金，确保各项工作顺利推进。

第五十九条 医疗保障部门和财政部门要根据医疗保障经办服务工作需求，妥善解决医保经办机构的办公服务场所及经费保障等问题，进一步加强医保经办机构能力建设，逐步建立与服务人群、业务量挂钩的医保经办机构人员、经费保障机制，切实提高医保经办机构的管理和公共服务能力，为参保人员提供高效、便捷、优质的服务。

第十三章 附 则

第六十条 根据国家和省级有关政策以及本市职工基本医疗保险基金运行情况，由市级医疗保障部门或会同相关部门适时对职工基本医疗保险待遇支付等政策进行动态调整。

第六十一条 参保单位职工中的老红军、离休人员、二等乙级以上革命伤残军人，不纳入基本医疗保险制度范围，其医疗待遇仍按原渠道解决。在其落实医疗费资金来源后，可由医保经办

机构单独列账管理。

第六十二条 市本级和各县市区可按规定建立公务员医疗补助制度，全市统一标准运行。

第六十三条 不享受公务员医疗补助的企业用人单位在参加职工基本医疗保险的基础上，可按不高于本单位职工上年度工资总额 5%的标准建立补充医疗保险。

第六十四条 用人单位与参保人员之间，定点医药机构与参保人员之间发生基本医疗保险争议时，由争议双方协商解决，协商未达成一致的，由医疗保障部门协调处理。

第六十五条 本办法自 2023 年 6 月 25 日起施行，有效期从 2023 年 6 月 25 日至 2028 年 6 月 24 日止。