

桂林市人民政府文件

市政规〔2022〕28号

桂林市人民政府关于印发 桂林市职工基本医疗保险暂行办法的通知

各县（市、区）人民政府，高新区、临桂新区、漓江风景名胜区、经济技术开发区、高铁（桂林）广西园管委会，市直各委、办、局，中央、自治区驻桂林各单位，各企事业单位：

现将《桂林市职工基本医疗保险暂行办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

桂林市人民政府

2022年12月30日

桂林市职工基本医疗保险暂行办法

第一章 总 则

第一条 为保障本市职工的基本医疗需求，维护职工参加基本医疗保险和享受基本医疗保险待遇的合法权益，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）和《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）等法律、法规和有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市行政区域内企业、国家机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位、有雇工的个体工商户（以下统称“用人单位”）及其职工（雇工）和退休人员，以及自愿参加本市职工基本医疗保险的灵活就业人员（以下统称“参保人员”）。

本办法所称的灵活就业人员是指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以及其他灵活就业人员。

老红军、离休人员、一至六级革命伤残军人等特殊人员的医疗待遇按相关规定执行。

第三条 建立职工基本医疗保险制度的原则：

（一）职工基本医疗保险的筹资和保障水平应当与本市经济和社会发展水平相适应。

（二）用人单位及其职工、退休人员应当依法参加职工基本医疗保险，并实行属地管理。

（三）职工基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳。

（四）职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人账户构成，实行市级统筹，建立市、县（市、区）基金收支缺口责任分担机制。基金收支缺口责任分担办法另行制定。

第四条 健全多层次医疗保障体系，完善职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助等职工医疗保障制度。

第五条 职能部门工作职责：

（一）市级医疗保障行政部门负责全市职工基本医疗保险行政管理工作，县级医疗保障行政部门负责本行政区域内职工基本医疗保险行政管理工作；市级医疗保障经办机构负责指导管理全市职工基本医疗保险业务工作和市本级职工基本医疗保险的经办工作，县级医疗保障经办机构负责本行政区域的职工基本医疗保险经办工作。

（二）市级财政部门负责职工基本医疗保险基金财政专户管理，对基金收支情况进行监督，及时划拨职工基本医疗保险基金，落实市本级基金收支缺口责任分担资金；县级财政部门负责落实县级基金收支缺口责任分担资金。

（三）税务部门负责本市职工基本医疗保险费的征收工作。

第六条 市级医疗保障行政部门可根据本市经济社会发展水平和基金承受能力，适时调整缴费比例和职工基本医疗保险待遇保障水平，并报市人民政府批准后执行。

第二章 参保管理

第七条 用人单位在取得营业执照或者批准成立之日起 30 日内，应当办理参保登记手续；新录用人员从录用之日起 30 日内由用人单位为其办理参保登记手续。

第八条 用人单位发生参保人员增减变动的，应于每月的 15 日前办理变更手续。

第九条 用人单位发生转让、分立、合并等变化的，应于批准转让、分立、合并之日起 30 日内，办理变更登记手续。

第十条 参加职工基本医疗保险的个人，跨统筹地区就业的，其职工基本医疗保险关系随本人转移。

第十一条 已参加本市职工基本医疗保险的参保人员，办理职工基本医疗保险关系转入时，应在办理转出手续的 3 个月内，办理转移接续手续，在原统筹地区的职工基本医疗保险缴费年限计入累计缴费年限。

第三章 基金的管理与筹集

第十二条 职工基本医疗保险基金纳入财政专户，实行收支“两条线”管理，单独列账，专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用。

第十三条 职工基本医疗保险基金支出实行年度总额预算控制，坚持以收定支、收支平衡、略有节余的原则。

第十四条 职工基本医疗保险费按月征缴，用人单位以本单位职工上年度工资总额为缴费基数，按 7.5%（含生育保险费 0.5%）的比例缴纳，其中国家机关和公益一类、二类事业单位按 7.4%（含生育保险费 0.4%）的比例缴纳；职工以本人上年度工资收入为缴费基数，按 2% 的比例缴纳，由用人单位依法从其工资中代扣代缴。

职工本人上年度工资收入高于上年度全区城镇非私营单位就业人员平均工资和城镇私营单位就业人员平均工资加权计算的全口径城镇单位就业人员平均工资（以下简称广西全口径城镇单位就业人员平均工资）300% 的，以 300% 为缴费基数；职工本人上年度工资收入低于上年度广西全口径城镇单位就业人员平均工资 60% 的，以 60% 为缴费基数。非用工主体的用人单位，以上年度广西全口径城镇单位就业人员平均工资为参保人员的缴费基数。

新成立用人单位或职工个人无法确定工资收入的，以上年度广西全口径城镇单位就业人员平均工资为缴费基数。

第十五条 用人单位和职工个人缴费基数有变动的，应当及时申报调整缴费基数。

第十六条 灵活就业人员参加职工基本医疗保险的，缴费基数按上年度广西全口径城镇单位就业人员平均工资的 60% 确定，由个人按缴费基数的 9% 全额缴纳，须按月连续缴纳或按年度一次性缴清。

第十七条 失业人员在领取失业保险金期间应参加职工基本医疗保险，以上年度广西全口径城镇单位就业人员平均工资的 60% 为缴费基数，由失业保险基金按缴费基数的 9% 缴纳。

第十八条 用人单位破产、关闭或注销时，应当优先清偿欠缴的职工基本医疗保险费。

第四章 在职人员享受职工基本医疗保险待遇条件

第十九条 用人单位及参保人员连续参保并当月按时足额缴费后，享受职工基本医疗保险待遇。

第二十条 新成立的用人单位初次参保，当月足额缴纳职工基本医疗保险费的，从当月起享受职工基本医疗保险待遇。

第二十一条 新参保的用人单位职工，从办理参保手续并足额缴费的当月起享受职工基本医疗保险待遇。

第二十二条 灵活就业人员初次参保的，从足额缴费之月计算，第3个月起享受职工基本医疗保险待遇。

第二十三条 用人单位未按时足额缴费的，其参保人员从欠费的次月1日起，停止享受职工基本医疗保险统筹基金支付的职工基本医疗保险待遇。

第二十四条 中断缴费3个月内续保的人员，从足额缴纳欠费的当月起享受职工基本医疗保险待遇。中断缴费期间不享受职工基本医疗保险待遇。

第二十五条 中断缴费超过3个月再续保的人员，从足额缴纳欠费之月计算，第3个月起享受职工基本医疗保险待遇。中断缴费期间不享受职工基本医疗保险待遇。

第五章 享受退休人员职工基本医疗保险待遇条件

第二十六条 用人单位职工依法办理退休手续或者灵活就业人员达到法定退休年龄，实际缴费年限和视同缴费年限累计满 25 年（其中实际缴费年限须满 5 年以上）的，不再缴纳职工基本医疗保险费。

参保人员须办理享受退休人员职工基本医疗保险待遇认定，认定的当月开始享受退休人员职工基本医疗待遇。

第二十七条 缴费年限的计算：

（一）在市本级、各县（市、区）规定用人单位及职工应参加职工基本医疗保险的时间（不迟于 2003 年 1 月 31 日）之前，职工在国有企业、县级以上集体企业、机关事业单位工作期间，依照国家和自治区规定可计算的连续工龄或工作年限视同缴费年限。

（二）退役军人按照国家规定参加职工基本医疗保险的，其在军队服役年限视同缴费年限。

（三）职工被判服刑、被劳动教养或受开除处分等之前的实际缴费年限和视同缴费年限应计为缴费年限。

（四）领取失业保险金人员失业期间参加职工基本医疗保险缴费年限与失业前参加职工基本医疗保险缴费年限累计计算。

（五）核定职工基本医疗保险缴费年限以年为单位，累计计算。

第二十八条 用人单位职工依法办理退休手续或者灵活就业人员达到法定退休年龄，缴费年限累计未达到规定年限的，可按规定一次性缴纳不足缴费年限的职工基本医疗保险费，缴费当月

起享受退休人员职工基本医疗保险待遇；也可按灵活就业人员身份继续缴费至规定年限，缴费期间享受在职人员职工基本医疗保险待遇。

第二十九条 一次性缴纳不足缴费年限的职工基本医疗保险费按照先补实际缴费年限再补视同缴费年限的原则，以上年度广西全口径城镇单位就业人员平均工资为基数，实际缴费年限按照办理补缴手续时单位缴费比例和个人缴费比例之和补缴，视同缴费年限按照办理补缴手续时单位缴费比例补缴，个人缴费部分不须补缴。

第三十条 参保人员享受退休人员职工基本医疗保险待遇后，不再转移职工基本医疗保险关系。

第六章 职工基本医疗保险基金的使用

第三十一条 职工基本医疗保险支付范围：

（一）符合《广西壮族自治区基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以下简称《药品目录》）的范围；

（二）符合《广西壮族自治区基本医疗保险和工伤保险医疗服务项目》（以下简称《医疗服务项目》）的范围；

（三）符合国家、自治区规定由基本医疗保险支付的范围。

第三十二条 职工基本医疗保险不予支付范围：

（一）应当由工伤保险基金支付的医疗费用；

（二）应当由第三人负担的医疗费用；

(三) 应当由公共卫生负担的医疗费用;

(四) 在境外就医的医疗费用;

(五) 非基本医疗保险协议医疗机构就诊的医疗费用(急诊、抢救除外);

(六) 法律、法规规定基本医疗保险不予支付的医疗费用。

第三十三条 用人单位及参保人员缴纳的职工基本医疗保险费全部纳入职工基本医疗保险基金,分为统筹基金和个人账户,实行分别列帐,独立核算,不得相互挤占。

第三十四条 所有参保人员建立个人账户,具体构成如下:

(一) 用人单位和职工个人足额缴纳职工基本医疗保险费后,在职人员个人账户划入额度为本人参保缴费基数的 2%;退休人员个人账户划入额度为 2022 年度本市基本养老金平均水平的 2.5%。

(二) 参保人员个人账户的资金结余部分,其利息按活期存款利率计入。

第三十五条 个人账户可支付以下项目,超支自理:

(一) 个人账户可用于支付参保人员本人在定点医疗机构门诊或住院发生的由个人负担的医疗费用(包括诊查费、一般诊疗费、个人自付的医疗费用、自费医疗费用等),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。

(二) 个人账户可用于支付参保人员的配偶、子女、父母、配偶父母在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用(包括诊查费、一般诊疗费、个人自付的医疗费用、自费医疗费用等),

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。

(三) 参保人员参加职工大额医疗费用补助的费用。

第三十六条 个人账户资金归个人所有，可跨年度结转使用和依法继承。

第三十七条 用人单位及参保人员缴纳的职工基本医疗保险费，划入个人账户后，其余部分全部纳入统筹基金，用于统筹医疗待遇支出。

第七章 职工基本医疗保险统筹医疗待遇

第三十八条 职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额按年度累加计算，年度最高支付限额为上年度广西全口径城镇单位就业人员平均工资的6倍。超过年度最高支付限额的医疗费用，职工基本医疗保险统筹基金不予支付。

第三十九条 职工基本医疗保险统筹医疗待遇包括普通门诊统筹医疗待遇、特殊药品单列门诊统筹医疗待遇、门诊特殊慢性病医疗待遇、住院医疗待遇和急诊留观医疗待遇。

第四十条 普通门诊统筹医疗待遇：

(一) 门诊统筹实行限额支付，在职人员统筹基金支付限额为每人每年1200元，退休人员统筹基金支付限额为每人每年1800元，超过门诊统筹年度限额的医疗费用基本医疗保险统筹基金不予支付。

门诊统筹年度限额不予结转，不计入年度最高支付限额。

(二) 年度内，参保人员在开通使用职工基本医疗保险统筹基金支付服务的定点医疗机构门诊就医，发生的属于职工基本医疗保险支付范围内的医疗费用累计达到 600 元以上、门诊统筹年度限额以下的，由统筹基金和个人按下列比例负担：

定点医疗机构级别	统筹支付		个人负担	
	在职	退休	在职	退休
三级	50%	55%	50%	45%
二级	55%	60%	45%	40%
一级及以下	60%	65%	40%	35%

(三) 统筹基金累计结余支撑能力不足 6 个月时，市级医疗保障行政部门可根据实际情况调整支付限额。

第四十一条 特殊医保药品单列门诊统筹医疗待遇：

按照《广西壮族自治区医疗保障局关于部分特殊医保药品单列门诊统筹支付的通知》（桂医保规〔2022〕1号）执行。

第四十二条 门诊特殊慢性病医疗待遇：

按照《广西壮族自治区医疗保障局关于印发广西基本医疗保险门诊特殊慢性病管理办法的通知》（桂医保规〔2022〕2号）执行。

第四十三条 住院医疗待遇：

参保人员在定点医疗机构发生符合职工基本医疗保险支付范围的住院医疗费用，按以下办法分担支付。

(一) 床位费支付标准。床位费由统筹基金最高支付 30 元/床·日。床位费低于标准的按实际支付，高于标准的部分由个人自费。

(二) 参保人员在定点医疗机构住院(含跨统筹地区住院)使用基本医疗保险《药品目录》和《医疗服务项目》中的乙类、小于5000元丙类医药和可单独收费的医用材料(含体内置换材料,下同)、5000元及以上的丙类医药和可单独收费的医用材料,分别先由个人自付10%、20%、35%。

(三) 统筹基金起付标准由个人负担,具体按下表执行:

起付标准		住院次数			
		第一次	第二次	第三次	第四次及以上
医疗机构级别	三级	600元	500元	400元	不设起付标准
	二级	300元	200元	150元	
	一级	200元	150元	100元	
	社区卫生服务中心	100元	50元	0元	

(四) 统筹基金起付标准以上至年度最高支付限额以下的医疗费用,由统筹基金和参保人员按下列比例负担:

报销比例		人员类别			
		在职		退休	
		统筹支付	个人自付	统筹支付	个人自付
医疗机构级别	三级	85%	15%	87%	13%
	二级	90%	10%	92%	8%
	一级	92%	8%	94%	6%
	社区卫生服务中心	94%	6%	95%	5%

统筹基金支付的计入年度最高支付限额。

(五) 跨年度住院医疗费用以出院时间确定结算年度。

（六）结算期限。参保人员长期住院治疗的，最长每 90 天结算一次。参保人员急诊留观转住院治疗的，住院时间从入住急诊留观室之日起计算。

第四十四条 急诊留观医疗待遇：

参保人员急诊留观治疗发生符合职工基本医疗保险支付范围的医疗费用，参保人员每次在三、二、一级定点医疗机构就诊的，按 300 元、200 元、100 元的起付标准由个人自付后，按住院医疗待遇规定比例由统筹基金支付，并计入年度最高支付限额。

第四十五条 参保人员异地就医的，按以下比例报销：

（一）长期异地就医人员、短期异地就医人员办理异地备案后，按参保地就医的报销比例执行。

（二）异地转诊人员办理异地备案后，转诊到自治区内住院的，执行参保地住院治疗报销比例；转诊到自治区外住院的，在参保地住院治疗报销比例的基础上降低 10%；转诊到统筹地区外自治区内国家区域医疗中心住院的，按参保地三级定点医疗机构的报销比例执行。

（三）不符合异地就医（转诊）备案条件的参保人员，在统筹地区外自治区内、自治区外住院的，在参保地住院治疗报销比例的基础上分别降低 15%、20%。

第四十六条 参保人员在享受住院医疗待遇期间，不得同时享受普通门诊统筹医疗待遇、门诊特殊慢性病医疗待遇和特殊医保药品单列门诊统筹医疗待遇。

第八章 职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助

第四十七条 职工大额医疗费用补助按照《桂林市人民政府关于印发桂林市职工基本医疗保险大额医疗救助管理办法的通知》（市政规〔2021〕18号）执行。

第四十八条 公务员医疗补助按照《桂林市人民政府办公室关于印发桂林市国家公务员医疗补助管理暂行办法的通知》（市政办〔2012〕251号）执行。

第九章 其他

第四十九条 已参加本市职工基本医疗保险的个人不得重复参保和重复享受待遇。

第五十条 已按规定缴纳或补缴的职工基本医疗保险费不予退还。

第五十一条 被判服刑收监人员，服刑期间不缴纳职工基本医疗保险费，不享受职工基本医疗保险待遇；被判服刑前已享受退休人员职工基本医疗保险待遇的，服刑期间不享受职工基本医疗保险待遇，刑满释放后继续享受退休人员职工基本医疗保险待遇。

第十章 附 则

第五十二条 本办法由市医疗保障局负责解释。

第五十三条 本办法自 2023 年 1 月 1 日起施行,有效期两年。原《桂林市人民政府关于印发桂林市城镇职工基本医疗保险暂行规定的通知》(市政〔2011〕122 号)同时废止。本市原相关政策规定与本办法不一致的,以本办法为准。今后国家、自治区有新规定的,从其规定。

(此件主动公开)

抄送：市委各部门，各人民团体。

市人大常委会办公室，市政协办公室，市中级人民法院，市检察院。

各民主党派桂林市委员会，市工商联。

桂林市人民政府办公室

2022年12月30日印发

