

# 连云港市职工医疗保险办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为了进一步健全和完善职工医疗保险（以下简称职工医保）制度，根据《中华人民共和国社会保险法》《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）《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）以及《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）等有关规定，结合实际，制定本办法。

**第二条** 职工医保必须坚持基本医疗保障水平与本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** 职工医保由职工基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、职工大病保险和补充医疗保险等组成。

**第五条** 市医疗保障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（含赣榆区，下同）人民政府医疗保障部门负责本行政区域内的职工医保管理工作。

财政部门负责职工医保基金的财政专户管理，对基金收支情况进行监督；审计部门依法对职工医保基金进行审计监督。

卫生健康、市场监管、税务、人力资源和社会保障、公安等部门按照各自职责，协同做好职工医保管理工作。

## 第二章 参保范围和对象

**第六条** 本市行政区域内的国家机关、事业单位、企业、社会团体、个体经济组织、民办非企业单位等所有用人单位（以下简称参保单位）及其职工，应当依法参加本市职工医保。

领取失业保险金期间的失业人员、到达法定退休年龄办理退休手续并享受养老保险待遇且符合职工医保规定缴费年限的人员（以下简称退休人员），按规定参加本市职工医保。

**第七条** 本市行政区域内的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（以下简称灵活就业人员），可以参加职工医保。

**第八条** 参加职工基本医疗保险的用人单位、职工和以灵活就业人员身份参保人员，应当同时参加职工大额医疗费用补助（原职工大额医疗救助）和职工大病保险。未参加职工基本医疗保险的不得参加职工大额医疗费用补助和职工大病保险。

**第九条** 职工医保分设市本级、东海县、灌云县、灌南县、赣榆区等5个参保经办地区（简称参保地）。

各参保地医疗保险经办机构和社会保险经办机构负责具体经办与职工医保基金收支、使用等有关的服务。

### 第三章 参保登记和基金筹集

**第十条** 用人单位和个人应当按照《中华人民共和国社会保险法》和《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。

**第十一条** 职工基本医疗保险基金筹集办法：

（一）职工基本医疗保险费由用人单位和在职职工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）用人单位按职工上年度工资总额的8%缴纳职工基本医疗保险费（含职工生育保险费），在职职工按上年度本人工资收入的2%缴纳职工基本医疗保险费。职工个人缴纳的职工医疗保险费由用人单位代扣代缴。

灵活就业人员参保的，可以选择9%的费率缴纳职工基本医疗保险费，按规定享受职工医保待遇，参照在职职工划入个人账户资金；也可以选择5.5%的费率缴纳职工基本医疗保险费，只享受职工医保统筹基金支付待遇，不划入个人账户资金。

(三) 缴费基数上限和下限按照江苏省发布的标准确定。

**第十二条** 职工大额医疗费用补助和职工大病保险资金筹资标准由市医疗保障部门会同有关部门研究确定。以灵活就业人员身份参保的，应全额缴纳职工大额医疗费用补助的参保费用以及职工大病保险由个人承担的费用。

职工大额医疗费用补助和职工大病保险中所需个人缴费部分从个人账户中划缴。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大病保险费用，随其基本医疗保险费用一并缴纳。

**第十三条** 本市行政区域内实行国家公务员医疗补助以外的所有职工医保参保单位，均可参加补充医疗保险。补充医疗保险费，由用人单位按照单位在职职工工资总额与退休人员养老金之和的4%按月缴纳，职工个人不缴纳补充医疗保险费。

**第十四条** 用人单位发生分立、合并、改制、兼并、转让、租赁、承包等情况时，接收或者继续经营者应当按规定缴纳职工医保费。用人单位因破产、撤销、解散或者其他原因终止的，应当按照国家、省、市有关规定优先偿还所欠职工医疗保险费，并为其退休人员一次性缴纳规定年限的医疗保险费。

用人单位违反国家、省、市医疗保险费征缴规定的，按照有关规定进行处理。

**第十五条** 职工医保参保费用非因法定事由不得缓缴、减免。用人单位未按时足额缴纳职工医疗保险费的，由职工医疗保

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理。

**第十六条** 市医疗保障部门根据省下达的职工医保参保扩面任务，每年初向各县分解下达职工医保参保扩面计划。

#### **第四章 统筹基金和个人账户**

**第十七条** 职工医保基金分为统筹基金和个人账户。其中，统筹基金由职工基本医疗保险统筹基金、职工大额医疗费用补助基金和职工大病保险基金等构成。

**第十八条** 个人账户是职工基本医疗保险基金的一部分，个人账户和职工基本医疗保险统筹基金共同构成职工基本医疗保险基金。

**第十九条** 用人单位缴纳的职工基本医疗保险费，一部分划入个人账户，其余部分用于建立统筹基金；在职职工个人缴纳的职工基本医疗保险费，全部划入个人账户。

用人单位和个人缴纳的职工大额医疗费用补助和职工大病保险参保费用，全部用于建立统筹基金。

**第二十条** 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，具体划入标准由市医疗保障部门根据国家和省文件要求，会同市相关部门确定。

**第二十一条** 个人账户资金主要用于支付参保人员在定点

医药机构发生的医保政策范围内自付费用、缴纳本人职工大额医疗费用补助和职工大病保险参保费，以及国家、省和市规定的其他合规费用。

参保人员就医购药刷卡结算时，发生的个人自付费用优先使用个人账户资金支付。

**第二十二条** 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。

## 第五章 待遇享受条件

**第二十三条** 职工医保实行预缴费制，先缴费后享受待遇。用人单位和个人应当按照规定及时、足额、连续缴费。

**第二十四条** 首次参加职工医保的人员，自缴纳职工基本医疗保险费之日起3个月内为待遇享受等待期，3个月后享受职工医保统筹基金支付待遇。待遇享受等待期内个人账户可以正常使用。

**第二十五条** 职工医保参保人员中断缴费3个月内续保的，自缴费次日起享受职工医保待遇；中断缴费3个月以上的，自缴费次日起3个月后享受统筹基金支付待遇。

**第二十六条** 职工基本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。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者工作年限，视同医

疗保险缴费年限；医疗保险实际缴费年限仅指医疗保险制度启动后实际缴费职工医疗保险费的年限。

到达法定退休年龄办理退休手续并享受养老保险待遇，退休前处于连续参保缴费状态，最低缴费年限男满 25 年、女满 20 年，且实际缴费年限 10 年以上的，退休后不再缴纳职工基本医疗保险费，享受退休人员医疗保险待遇。

到达法定退休年龄的参保人员缴费年限未达到前款规定的，可以按照规定的缴费基数、缴费比例一次性补缴或者继续缴费到规定年限后，享受退休人员医疗保险待遇。选择一次性补缴的，只计算缴费年限，补缴费用全部计入职工基本医疗保险统筹基金，不补划个人账户资金。

**第二十七条** 参保人员社会保险关系变动时，用人单位或者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以累计计算。

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。

**第二十八条** 跨统筹地区流动就业的参保人员，其参加职工医保的缴费年限可以累计计算。对应当参加职工医保的从业人员，而选择参加城乡居民医保的，其参加城乡居民医保的缴费年限可以采用补差的办法与职工医保的缴费年限合并计算，具体办法由市医疗保障部门制定。

## 第六章 职工医保待遇

**第二十九条** 参保人员在定点医药机构发生的符合规定的费用，医保基金按规定支付。基金不予支付范围按照有关法律、法规和政策的规定执行。

**第三十条** 职工医保待遇主要包括门诊统筹、门诊慢性病、门诊特定项目、门诊专项药品保障（特药）、特殊病、急诊抢救、住院（家庭病床、日间病房）、大病保险等待遇类别，各项医保待遇应当明确医保统筹基金起付标准、支付比例和最高支付限额等方面的内容。

职工医保待遇具体标准由市医疗保障部门会同相关部门确定。

**第三十一条** 大额医疗费用补助基金用于支付参保人员发生的，超过基本医疗保险统筹基金年度支付限额以上部分的政策范围内医疗费用，大额医疗费用补助待遇与基本医疗保险待遇同时享受，同步中止。

**第三十二条** 职工医保参保人员在一个医保年度内发生的医疗费用，经基本医保、职工大额医疗费用补助按规定支付后，个人负担的合规医疗费用超过大病保险起付标准的部分，由职工大病保险基金按规定比例予以支付。职工大病保险不设年度最高支付限额。

**第三十三条** 建立健全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。可以根据参保人群、医疗机构类别、疾病病种以及医疗费用不同等情形,科学合理设置差别化的统筹基金起付标准、支付比例和最高支付限额。

## 第七章 就医管理

**第三十四条** 参保人员应当持本人社会保障卡等就医凭证在定点医药机构就医、购药,发生的医药费用中属于医保基金支付的部分由经办机构与定点医药机构按规定结算。

**第三十五条** 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,先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。事先告知的范围和程序应当遵守国家、省、市基本医疗保险定点医疗机构医疗服务有关规定和约定。

**第三十六条** 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。

**第三十七条** 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。

**第三十八条** 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。

**第三十九条** 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

**第四十一条** 职工医保基金纳入市级社会保险基金财政专户管理，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。市医疗保障部门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”的要求进行结算，结算的具体办法由市医疗保障部门会同市相关部门制定。

**第四十二条** 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。

**第四十三条** 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。

**第四十四条** 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，自觉接受医疗保障部门的监管，努力为参保人员提供优质高效医疗服务。

**第四十五条** 相关单位及其工作人员、参保人员违反有关管理规定的，依法依规进行处理；涉嫌犯罪的，移送司法机关追究刑事责任。

## 第九章 有关人员的医疗待遇

**第四十六条** 离休人员、一至六级残疾军人实行医疗费统筹，具体医疗待遇按照有关规定执行。

**第四十七条** 国家公务员在参加基本医疗保险的基础上，实行公务员医疗补助制度。

## 第十章 附 则

**第四十八条** 市医疗保障部门可以根据法律、法规、规章和

政策文件变动,结合本市经济社会发展水平和医保基金运行情况,会同相关部门适时对职工医保筹资标准、待遇水平、服务管理等政策予以调整和完善。涉及重大变动的,应当依法报送市政府批准。

**第四十九条** 本办法自 2021 年 1 月 1 日起施行。