

ZBCR-2024-0020007

淄博市人民政府办公室  
关于印发淄博市职工基本医疗保险办法的通知  
淄政办发〔2024〕7号

各区县人民政府，高新区、经济开发区、文昌湖区管委会，市政府各部门，各有关单位，各大企业，各高等院校：

《淄博市职工基本医疗保险办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

淄博市人民政府办公室

2024年11月29日

（此件公开发布）

# 淄博市职工基本医疗保险办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为完善职工基本医疗保险制度，保障参保职工基本医疗需求，根据《中华人民共和国社会保险法》、《山东省人民政府关于印发山东省职工基本医疗保险省级统筹实施意见的通知》（鲁政字〔2023〕184号）、医疗保障待遇清单等相关法律法规和文件规定，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 本市行政区域内职工基本医疗保险（以下简称职工基本医保）的参保缴费、待遇保障、经办服务及管理运行，适用本办法。

**第三条** 职工基本医保制度坚持以市级统筹为基础，落实职工基本医保基金省级统筹调剂制度模式，逐步与全省职工基本医保各项政策标准保持一致。

**第四条** 医疗保障部门是职工基本医保工作的主管部门，负责政策制定、组织实施和监督管理工作，做好省级统筹调剂金的上解、结算、清算等工作，其所属的医疗保障经办机构（以下简称经办机构）具体负责经办工作。发展改革部门要将实施职工医保省级统筹纳入全市经济社会发展相关规划。财政部门要牵头

做好预决算管理以及财政专户的会计核算工作。人力资源社会保障部门要加强参保人员办理退休手续等社会保险信息共享。卫生健康部门要强化对医疗机构行业管理,规范诊疗路径和诊疗行为,促进分级诊疗。审计部门要依照有关规定进行审计监督。税务部门要提供灵活多样的缴费渠道,做好职工医保费征缴等相关工作。其他有关部门在各自职责范围内负责做好医保基金使用监管工作。

**第五条** 职工医保的筹资标准、保障水平与经济社会发展水平、群众健康需求以及各方承受能力相适应,并根据上级规定和我市实际适时调整。

## 第二章 参保缴费

**第六条** 职工基本医保覆盖本市行政区域内的所有用人单位职工,无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医保的非全日制从业人员、依托新业态平台实现就业且未与新业态平台企业建立劳动关系的新就业形态劳动者以及其他灵活就业人员(以下统称灵活就业人员)可以参加职工基本医保。

**第七条** 用人单位应当按规定为职工办理职工基本医保参保登记,并按时足额连续缴费。灵活就业人员可按年缴费。

**第八条** 在职职工的职工基本医保费由用人单位和职工个人共同缴纳。用人单位以本单位在职职工上年度工资总额为基数,按8%(含生育保险费1%)的比例缴纳,享受职工基本医保、生

育保险待遇。其中，机关事业单位按 7.3%（含生育保险费 0.3%）的比例缴纳，享受职工基本医保和生育医疗费待遇，不享受生育津贴待遇。职工个人以本人上年度工资收入为基数，按 2%的比例缴纳，由用人单位代扣代缴。

职工基本医保缴费基数应当不低于上年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资（以下简称全省职工平均工资）的 60%、不高于 300%，低于 60%的按 60%缴纳，超过 300%的按 300%缴纳。

灵活就业人员的职工基本医保费由个人缴纳，以上年度全省职工平均工资的 60%为缴费基数，按 7%的比例缴纳，不建立个人账户。

**第九条** 用人单位未按规定及时连续足额缴纳和代扣代缴职工基本医保费的，按规定加收滞纳金，滞纳金并入统筹基金。

**第十条** 用人单位申请缓缴职工基本医保费的，按国家和省规定执行；因法定事由解散或者其他原因终止的，欠缴的职工基本医保费应当按规定清偿。

### 第三章 待遇标准

**第十一条** 在职职工和退休（职）人员的医保待遇包括个人账户待遇和统筹待遇，统筹待遇包括住院待遇、普通门诊待遇、门诊慢特病待遇、急诊待遇。灵活就业人员缴费期间只享受统筹待遇。

**第十二条** 个人账户划入按以下标准执行。

在职职工个人缴费资金全部划入个人账户，单位缴纳的基本医疗保险费全部计入统筹基金。退休人员个人账户由统筹基金按定额划入，70周岁以下退休人员，划入额度每月统一为100元；70周岁及以上退休人员，划入额度每月统一为125元。在职转退休的职工，从次月起个人账户按退休人员标准划入。灵活就业人员按规定享受退休人员基本医疗保险待遇的，个人账户政策按上述规定标准执行。

**第十三条** 职工住院（包括与住院合并计算的门诊慢特病）基本医疗保险统筹基金最高支付限额为16万元，2026年1月1日起提高到20万元。

**第十四条** 一个自然年度内，参保职工首次住院，起付标准一级及以下、二级、三级定点医疗机构分别为300元、500元、700元；第二次住院起付标准减半，自第三次住院起不设起付标准。

在职职工住院政策范围内医疗费用起付标准以上统筹基金支付比例一级及以下、二级、三级定点医疗机构分别为89%、85%、81%，退休人员住院政策范围内医疗费用起付标准以上统筹基金支付比例一级及以下、二级、三级定点医疗机构分别为93%、91%、89%。

**第十五条** 一个自然年度内，门诊慢特病起付标准为1000

元，政策范围内门诊医疗费用起付标准以上统筹基金支付比例在职职工不低于 70%、退休人员不低于 80%。统筹基金支付限额门诊慢特病费用和住院费用合并计算。

门诊慢特病执行全省统一的门诊慢特病基本病种目录和认定标准。稳步提升普通门诊统筹待遇水平，对部分治疗费用相对较低的门诊慢特病病种，逐步实现由病种保障向费用保障过渡。

**第十六条** 一个自然年度内，普通门诊统筹一级及以下、二级、三级定点医疗机构起付标准分别为 100 元、500 元、700 元，不同等级医疗机构起付标准累计计算；年度支付限额在职职工为 3500 元，退休人员为 4500 元；在职职工普通门诊政策范围内医疗费用起付标准以上统筹基金支付比例一级及以下、二级、三级定点医疗机构分别为 80%、70%、60%，退休人员分别相应提高 5 个百分点。

**第十七条** 职工急诊经抢救无效死亡的，或急诊治疗后转入住院治疗，急诊医疗费用并入住院费用，统一执行住院报销政策。急诊未转入住院治疗的，发生的医疗费用，按职工普通门诊统筹政策支付。

**第十八条** 参保人市外就医的，应办理相关就医手续。异地长期居住人员享受本市就医同级别同类别医药机构的医保报销政策，临时外出就医人员按规定首先负担部分符合政策规定医疗费用后，享受本市就医同级别同类别医药机构的医保报销政策。

异地支付金额与本市支付金额合并计算。

**第十九条** 一个自然年度内，建国前参加工作老工人首次住院起付标准 300 元，第二次住院减半，自第三次住院起取消起付线。住院、门诊慢特病发生的政策范围内医疗费用起付标准以上报销比例在退休人员待遇规定的基础上分别相应提高 6 个百分点。

**第二十条** 职工住院分娩政策范围内医疗费用报销比例为 100%。门诊产前检查费、引（流）产医疗费、计划生育手术医疗费等门诊生育医疗费用按规定给予支付。参加生育保险男职工的未就业配偶，未享受生育医疗待遇的，可按照我市规定的女职工住院分娩待遇标准的 50% 享受生育医疗待遇。

**第二十一条** 职工基本医保基金的使用应当符合国家、省、市关于职工基本医保药品、医疗服务项目、医用耗材目录和支付标准等有关规定。

医保乙类药品、符合基本医保政策规定的高值医用耗材和大型医疗设备检查治疗项目，个人先行自付比例原则上不高于 20%。集采中选的目录内医用耗材个人先行支付比例为零。

#### 第四章 待遇享受条件

**第二十二条** 首次参加职工基本医保的人员，自实际缴费次月起享受职工基本医保待遇。

**第二十三条** 参保单位因故中断缴纳职工基本医保费的，自中断缴费的次月起暂停职工基本医保待遇。补齐欠费和滞纳金后，按规定恢复其职工的基本医保待遇。

**第二十四条** 参保职工办理退休手续时，职工基本医保累计缴费年限男职工达到 30 年以上、女职工达到 25 年以上的，自办理退休手续次月起享受退休人员基本医疗保险待遇。累计缴费年限由实际缴费年限和视同缴费年限合并计算。

## 第五章 基金管理

**第二十五条** 职工基本医保基金由统筹基金和个人账户基金构成，纳入职工基本医保基金财政专户，实行“收支两条线”管理。职工基本医保基金专款专用、专户管理，任何单位和个人都不得挤占挪用，也不得用于平衡财政预算。

当年拨付个人账户的收入，按活期存款利率计息；往年结转的个人账户基金，按 3 个月整存整取银行存款利率计息。

**第二十六条** 下列医疗费用不纳入职工基本医保基金支付范围：

- （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) 国家规定的职工基本医保基金不予支付的其他费用。

**第二十七条** 各项职工基本医保基金收入全额上解市级财政专户，所需的支出基金由市级经办机构统一申请、拨付。按照职工基本医保省级统筹规定，以上年度全市职工基本医保统筹基金收入的3%上解至省财政专户，统筹基金历年结余仍留存我市。全市职工基本医保基金当前出现收支缺口时，按照有关规定向省级申请调剂，收支缺口由省级调剂金和我市统筹基金历年结余按照职工省级统筹规定的分担机制共同承担。

**第二十八条** 医疗保障部门应当加强预算管理，科学编制职工基本医保基金收支预算，全面实施预算绩效管理。

**第二十九条** 医疗保障部门应当加强对纳入职工基本医保基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用的监督，规范职工基本医保经办服务，依法查处违法违规使用职工基本医保基金的行为。

**第三十条** 医疗保障部门、经办机构、定点医药机构及其工作人员和参保职工发生违反职工基本医保基金有关法律法规行为的，按有关规定处理。

## 第六章 医药服务管理

**第三十一条** 职工基本医保服务机构实行定点管理。医疗保障部门应当制定医保支付制度和定点医药机构服务协议管理政

策，对经办机构、定点医药机构进行监督。经办机构应与定点医药机构签订服务协议，明确双方权利义务，并实施日常管理与考核。定点医药机构应当严格执行协议，按规定向参保职工提供医药服务。

**第三十二条** 推进医保支付方式改革，执行医保基金总额预算下按病种分值付费（DIP）为主、按人头、按床日付费为辅的多元复合式付费制度；建立与定点医药机构谈判协商机制，合理确定基金预算金额和支付标准；完善定点医药机构监管考核结果运用，促使定点医药机构合理规范使用医保基金。

**第三十三条** 医疗保障部门应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，定期向社会公开职工基本医保基金的收入、支出、结余等情况。

**第三十四条** 推进职工基本医保公共管理服务现代化治理，积极引入社会力量参与经办服务，探索建立共建共治共享的医保治理格局。

## 第七章 职工大额医疗费用补助

**第三十五条** 按照统一待遇、规范管理、委托经办、降本增效的原则，将职工大额医疗费用补助、职工大病保险整合为“职工大额医疗费用补助”。职工基本医保参保人员同步参加职工大额医疗费用补助制度。

**第三十六条** 职工大额医疗费用补助缴费标准为每人每年144元。退休人员按照每人每月6元标准从职工个人账户余额中扣减，统筹基金按照每人每年72元标准进行补助。在职职工按照每人每月12元标准从职工个人账户余额中扣减。未建立个人账户的，由个人自行缴纳。

**第三十七条** 职工大额医疗费用补助资金主要用于补助职工住院（包括与住院合并计算的门诊慢特病）超出职工基本医保支付限额以上的符合医保规定的费用，经职工医保按规定报销后年度个人累计负担超出一定数额的部分，以及其他符合医保规定的费用。

一个自然年度内，对超出职工基本医保住院（包括与住院合并计算的门诊慢特病）支付限额以上的符合医保规定的医疗费用，支付比例为90%，年度最高支付限额为40万元；发生符合规定的住院（包括与住院合并计算的门诊慢特病）费用，经职工医保按规定报销后个人政策范围内负担超过1.8万元以上的部分，按照分段报销比例支付，起付标准以上至10万元报销比例为60%、10万元（含）到20万元报销比例为65%，20万元（含）到30万元报销比例为70%，30万元（含）以上比例为75%，年度最高支付限额为40万元；超过职工普通门诊统筹最高支付限额以上部分，职工大额医疗费用补助按照职工普通门诊统筹报销比例给予支付，年度补助限额为1000元。

## 第八章 附 则

**第三十八条** 享受离休人员医疗待遇的人员按现行医疗保障办法执行。

**第三十九条** 职工基本医保、大额医疗费用补助缴费标准、待遇标准调整以及其他补充医疗保险政策，由市医疗保障部门会同市财政等部门提出具体方案，经市政府同意后执行。

**第四十条** 本办法具体的实施细则由市医疗保障部门会同有关部门制定。

**第四十一条** 本办法自 2025 年 1 月 1 日起施行。之前有关文件规定与本办法规定不一致的，以本办法规定为准。执行期间上级有新规定的，从其规定。