

杨凌农业高新技术产业 示范区管委会办公室 文件

杨管办发〔2024〕1号

杨凌示范区管委会办公室 关于印发《杨凌示范区城镇职工基本医疗保险 市级统筹实施办法》的通知

杨陵区人民政府，管委会各工作部门、直属机构：

《杨凌示范区城镇职工基本医疗保险市级统筹实施办法》已经管委会同意，现予印发，请认真贯彻落实。

（此件公开发布）

杨凌示范区管委会办公室

2024年1月10日



杨凌示范区城镇职工基本医疗保险 市级统筹实施办法

为进一步完善示范区城镇职工基本医疗保险政策体系，增强医疗保险基金抗风险能力，提高职工医疗保障水平，根据《陕西省人民政府办公厅关于建立城镇职工基本医疗保险市级统筹的通知》（陕政办发〔2009〕4号）等有关文件精神，结合我区实际，制定本办法。

一、统筹原则和项目

杨凌示范区城镇职工基本医疗保险实行市级统筹，坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则，加强精细化管理，行政辖区内实现“六统一”，即：统一保障范围、统一缴费标准、统一待遇水平、统一基金管理、统一经办流程、统一信息系统，为参保人员提供完善的医疗服务保障。

二、统筹范围和对象

杨凌示范区行政区域内所有用人单位（包括城镇各类所有制企业、机关事业单位、社会团体、民办非企业单位等）及其职工和退休人员、城镇个体经济组织业主及其从业人员、灵活就业人

员等均可参加示范区城镇职工基本医疗保险。

三、医保基金征缴

(一)基本医疗保险缴费基数和比例。用人单位以月度单位职工工资总额为缴费基数，按6.8%的比例缴纳；职工个人以本人月度工资总额为基数，按2%的比例缴纳。城镇个体经济组织业主及其从业人员、灵活就业人员按照上年度杨凌示范区全口径城镇单位就业人员平均工资60%为缴费基数，按8%的比例缴纳。

(二)缴费基数最低为上年度杨凌示范区全口径城镇单位就业人员平均工资60%，最高为上年度杨凌示范区全口径城镇单位就业人员平均工资300%。参保人员月工资总额低于或高出以上区间的，分别按最低或最高标准计缴。

(三)大额医疗补助基金按每人每月8元计征。单位职工及退休人员由用人单位缴纳。城镇个体经济组织业主及其从业人员、灵活就业人员由本人缴纳。

(四)参保人员达到法定退休年龄，医疗保险累计缴费年限(含视同缴费年限)男满30年，女满25年，且实际缴费年限满15年的，从其办理退休手续后的次月起，不再缴纳基本医疗保险费，只缴纳大额医疗补助基金。

(五)参保人员退休时，未达到规定的累计缴费年限或实际缴费年限的，在其办理退休手续后，可按其退休年度缴费基数的6%趸缴至规定年限；或按照灵活就业人员继续缴费直至缴足规定

年限。达到缴费年限的次月起按退休人员享受医保待遇。

（六）视同缴费年限指 1999 年 12 月 31 日前按国家规定计算的连续工龄、失业人员领取失业保险金的期限、军队转业干部和退役人员的军龄等。实际缴费年限指 2000 年 1 月 1 日起示范区实施城镇职工基本医疗保险制度后，实际缴纳基本医疗保险费的年限。医保关系从区外迁入的参保人员，在省内的实际缴费年限可累计计算，省外的实际缴费年限按视同缴费年限计算。

（七）鼓励建立健全医疗补助制度。在参加基本医疗保险、大额医疗补助的基础上，有条件的单位和企业可根据《关于建立和规范公务员医疗补助意见的通知》（陕政办发〔2011〕54 号）和《关于建立和规范企业补充医疗保险的意见》（陕人社发〔2011〕14 号）精神，建立医疗补助制度，进一步提高参保人员医疗保障水平。

四、医疗保险待遇

（一）门诊医疗待遇。个人账户管理、普通门诊医疗和门诊慢特病医疗待遇等，按照《杨凌示范区职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施细则》（杨管办发〔2022〕26 号）和《关于统一基本医疗保险门诊慢特病管理的通知》（杨管医保发〔2023〕17 号）办理。

（二）住院医疗待遇。

1. 基本医疗保险统筹基金起付线和报销比例：

住院待遇标准	起付标准（元）			报销比例					
	一级医院	二级医院	三级医院	一级医院		二级医院		三级医院	
				在职	退休	在职	退休	在职	退休
第一次住院	200	400	850	95%	97%	93%	95%	86%	88%
第二次住院	150	300	650						
第三次住院	100	150	400						
第四次及以上	0	0	0						

2. 基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额 15 万元。

3. 大额医疗补助范围是超出基本医疗保险统筹基金最高支付限额且符合基本医疗保险政策规定的医疗费用，补助支付标准为 95%，年度支付限额为 20 万元。此外，大额医疗补助也可用于支付门诊慢特病待遇。

五、医保基金管理

（一）实行基金统一管理。城镇职工基本医疗保险基金纳入示范区社会保险基金财政专户，实行收支两条线管理，任何单位不得挤占、挪用。

（二）明确基金使用流程。示范区医疗保险经办机构按季度编报用款计划，经医保和财政部门审核后，由财政专户拨付至示范区医保经办机构支出户，示范区医保经办机构根据杨陵区医保经办机构所需资金按月拨付。

（三）合理控制基金结余。根据“以收定支、收支平衡”的原则，适时调整统筹基金起付标准及报销比例等医保待遇，减轻参保人员负担，提升医疗保障水平。

（四）建立责任分担机制。基金统收统支后，杨陵区继续履行参保护面、经办服务以及基金监管等相关工作责任。基金入不敷出时，按照《社会保险基金财务制度》规定办理，需要财政资金兜底时，两级按 1: 1 比例分担。

六、医保经办管理

（一）医保经办机构要严格落实《社会保险经办条例》。要实行统一的信息管理系统，对参保单位和个人医疗保险登记、医疗保险费缴纳、待遇核定支付、关系转移接续、个人账户记录、定点医药机构协议等信息的记录要做到及时、准确、完整。

（二）医保经办机构按照《陕西省医疗保障经办政务服务事项清单》要求，统一经办流程和受理表格，推动经办事项与相关政务服务事项协同办理，为用人单位和个人提供一站式服务，强化医疗保险经办服务能力，实现市、县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。

（三）医保经办机构应当依托医疗保障信息平台实现跨部门、跨统筹地区医疗保险经办，做好异地就医医疗费用结算工作，与符合条件的医药机构协商签订服务协议，规范医疗保险服务行为。

（四）医保经办机构应当通过信息比对、自助认证等方式，核验医疗保险待遇享受资格，维护医保基金安全，建立健全业务、财务、安全和风险管理等内部控制制度，做好职工医保基金预决算，按照国家统一的会计制度对社会保险基金进行会计核算、对账。

七、医保定点管理

（一）建立职工医保定点单位统一监督管理机制。示范区医保行政部门负责制定两定机构定点管理政策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构、定点医疗机构和定点药店进行监督。

（二）医保经办机构负责确定定点医疗机构和定点药店，并与两定机构签订医疗保障服务协议，提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。经办机构应向社会公布签订医保协议的两定机构信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。两定机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医疗服务。

八、组织保障

职工医保市级统筹工作是深化医疗保障制度改革的重要内容，各有关部门要高度重视，各司其职，协调配合，形成工作合力，做好职工医保市级统筹各项工作。

（一）杨陵区政府要高度重视城镇职工医疗保险市级统筹工

作，强化组织领导，周密部署安排，研究解决工作推进中遇到的困难和问题，做好职工医保基金上解工作，支持医保经办机构全面提升经办服务能力水平。

（二）医保部门是城镇职工医疗保险的行政主管部门，牵头市级统筹的组织实施工作。要不断深化医保制度改革，会同有关部门制定出台配套政策，完善医保支付方式，做好医保基金监管。要加强对经办机构工作人员的业务培训，强化医保服务管理，并根据医保基金运行情况，适时提出医保待遇调整意见，进一步保障参保人员待遇水平。

（三）财政部门要加强医保基金财政专户管理，做好季度医保经办用款计划的审核、拨付工作。要按规定落实财政资金，保障好示范区医疗保险事业发展经费。

（四）税务部门要贯彻落实社会保险费征管体制改革要求，依法履行基本医疗保险费征缴职责，做好基本医疗保险费的征收工作。

（五）审计部门结合当年审计项目计划适时开展医保基金专项审计，加强对资金使用管理的监督检查。

本办法自印发之日起执行。有关城镇职工医疗保险政策规定与本办法不一致的，按本办法执行。本办法未作规定的，按示范区原基本医疗保险政策规定执行。

