

# 桂林市人民政府文件

市政规〔2025〕19号

## 桂林市人民政府关于印发 《桂林市职工基本医疗保险管理办法》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管理办法》印发给你们，请认真贯彻执行。



2025年12月21日

（此件公开发布）

# 桂林市职工基本医疗保险管理办法

## 第一章 总则

**第一条** 为了保障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，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于全市行政区域内国家机关、企事业单位、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）和已依法办理退休手续的人员，以及自愿参加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。

离休人员、镇南关解放之日以前参加革命工作担任过正处级实职性职务并已享受普通离休医疗待遇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经济社会发展水平相适应。

（二）用人单位及其职工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。

**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，县级医疗保障部门负责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行政区域内职工基本医疗保险的经办工作。

（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。

（三）税务部门负责全市职工基本医疗保险费的征收工作。

**第六条** 市级医疗保障部门可根据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7.3%（含生育保险费0.5%）的比例缴纳，其中，国家机关、属财政全额拨款的事业单位和群团机关按7.2%（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。

**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** 领取失业保险金人员职工基本医疗保险费和生育保险费合并征缴，缴费基数均为上年度广西全口径城镇单位就业人员平均工资，缴费比例为9.3%（含生育保险费0.5%）。

所需资金由其失业保险金领取地的社会保险经办机构从失业保险基金中列支，个人不缴纳。

**第十七条** 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 8.8%全额缴纳，须按月连续缴纳或者按年度一次性缴清。

**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 享受职工基本医疗保险在职人员待遇条件**

**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，从当月起享受统筹医疗待遇。

**第二十条** 初次参保的用人单位，其职工从用人单位足额缴费之月起享受统筹医疗待遇。

**第二十一条** 灵活就业人员初次参保的，从足额缴纳之月计算，第 3 个月起享受统筹医疗待遇。

**第二十二条** 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统筹医疗待遇；中断缴费期间不享受统筹医疗待遇，其中用人单位欠缴 1 个月内足额缴纳欠费及滞纳金的，欠缴期间享受统筹医疗待遇。

**第二十三条** 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 个月起享受统筹医疗待遇。中断缴费期间不享受统筹医疗待遇。

**第二十四条** 个人账户在用人单位、失业保险基金和灵活就

业人员足额缴纳后，按规定划入。

## 第五章 享受职工基本医疗保险退休人员待遇条件

**第二十五条** 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职工基本医疗保险退休人员（以下简称退休人员）待遇认定，从认定之月起享受退休人员待遇。

### 第二十六条 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者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、被劳动教养或者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。

**第二十七条** 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,缴费之月起享受退休人员待遇;也可按灵活就业人员身份继续缴纳至规定年限,缴费期间享受职工基本医疗保险在职人员待遇。

**第二十八条** 一次性缴纳不足缴费年限的职工基本医疗保险费,以上年度广西全口径城镇单位就业人员平均工资为基数,按照办理缴费手续时单位缴费比例和个人缴费比例之和缴纳,所有缴费纳入统筹基金。

**第二十九条** 参保人员享受退休人员待遇后,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。

**第三十一条** 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。

**第三十二条** 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，实行分别列账，独立核算，不得相互挤占。

**第三十三条** 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，职工基本医疗保险在职人员(以下简称在职人员)个人账户划入额度为本人参保缴费基数 $2\%$ ；退休人员个人账户划入额度为 $100$ 元/月。

(二) 个人账户的利息。

**第三十四条** 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者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近亲属(配偶、父母、

子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女)在广西区内参加城乡居民基本医疗保险的个人缴费,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。

(四)参加长期护理保险制度的参保人员,个人缴费部分可从其个人账户中扣缴。

(五)经上级医疗保障部门批准的其他费用。

**第三十五条** 个人账户资金归个人所有,可跨年度结转使用和依法继承。

**第三十六条** 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

**第三十七条** 职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额(以下简称年度基金最高支付限额)按年度累加计算,年度基金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。超过年度基金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。

**第三十八条** 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。

**第三十九条** 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 2000 元，退休人员统筹基金支付限额为每人每年 2600 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，不计入年度基金最高支付限额。

（二）年度内，参保人员在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，发生的属于基本医疗保险支付范围内的医疗费用累计计算，在三级、二级、一级及以下定点医疗机构统筹基金起付标准分别为 300 元、200 元、100 元；在职人员在三级、二级、一级及以下定点医疗机构统筹基金支付比例分别为 50%、55%、60%，退休人员在三级、二级、一级及以下定点医疗机构统筹基金支付比例分别为 55%、60%、65%。

（三）参保人员凭定点医药机构处方在门诊统筹定点零售药店购买医保目录内药品发生的费用，按规定计入职工基本医疗保险门诊统筹基金起付标准、支付限额；统筹基金起付标准、支付比例按一级及以下定点医疗机构相同待遇政策执行。

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

**第四十条 特殊医保药品单列门诊统筹医疗待遇:**

按照自治区医保局特殊医保药品单列门诊统筹支付相关规定执行。

**第四十一条 门诊特殊慢性病医疗待遇:**

按照自治区医保局门诊特殊慢性病相关规定执行。

**第四十二条 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 元的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) 年度内第一次住院的，在三级、二级、一级定点医疗机构和社区卫生服务中心统筹基金起付标准分别为 600 元、300 元、200 元、100 元；第二次住院的，在三级、二级、一级定点医疗机构和社区卫生服务中心统筹基金起付标准分别为 500 元、200 元、150 元、50 元；第三次住院的，在三级、二级、一级定点医疗机构统筹基金起付标准分别为 400 元、150 元、100 元，在社区卫生服务中心不设统筹基金起付标准；第四次及以上住院的，不设统筹基金起付标准。统筹基金起付标准由个人负担。

（四）统筹基金起付标准以上至年度基金最高支付限额以下的医疗费用，在职人员统筹基金支付比例在三级、二级、一级定点医疗机构和社区卫生服务中心分别为 85%、90%、92%、94%；退休人员统筹基金支付比例在三级、二级、一级定点医疗机构和社区卫生服务中心分别为 87%、92%、94%、95%，并计入年度基金最高支付限额。

（五）跨年度住院医疗费用以出院时间确定结算年度。

（六）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。

#### **第四十三条 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，参保人员每次在三级、二级、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，并计入年度基金最高支付限额。

**第四十四条** 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**

**第四十五条** 职工大额医疗费用补助是职工基本医疗保险的补充，参加职工基本医疗保险的用人单位和参保人员同时参加职

工大额医疗费用补助。

**第四十六条** 职工大额医疗费用补助资金实行市级统筹，单独管理、单独核算、专户存储、专款专用。

**第四十七条** 职工大额医疗费用补助基金来源于单位和个人缴纳。

用人单位的职工大额医疗费用补助资金缴费基数与职工基本医疗保险缴费基数一致，按 0.2% 的比例由用人单位按月缴纳。

无用人单位人员的单位缴费部分由灵活就业人员缴纳。

领取失业保险金人员由失业保险经办机构按照《自治区人力资源社会保障厅 自治区财政厅关于印发我区领取失业保险金人员参加职工基本医疗保险办法的通知》（桂人社发〔2011〕105号）规定缴纳。

个人缴费标准为 36 元/人·年。建立个人账户的参保人员每年第一季度从个人账户中扣缴；无个人账户的参保人员在缴纳当年第一个月的职工医疗保险费时同时缴纳。

**第四十八条** 职工大额医疗费用补助待遇：

（一）参保人员住院诊疗发生符合职工基本医疗保险支付范围的医疗费用，在起付标准以上、年度基金最高支付限额以内，年度内累计超过 8000 元以上的个人自付部分，职工大额医疗费用补助基金支付 50%。

（二）参保人员住院诊疗发生符合职工基本医疗保险支付范围的医疗费用，在职工年度基金最高支付限额以上、职工大额医

疗费用补助基金年度最高支付限额以内的部分，职工大额医疗费用补助基金支付 75%。

（三）参保人员住院和门诊特殊慢性病诊疗发生符合职工基本医疗保险支付范围的医疗费用，超过年度基金最高支付限额以上部分的门诊特殊慢性病医疗费用，职工基本医疗保险不再支付，按门诊特殊慢性病规定，由职工大额医疗费用补助基金支付。

（四）职工大额医疗费用补助基金年度最高支付限额为 30 万元（含个人自付部分），超出部分全部由参保人员自行承担。

（五）职工大额医疗费用补助待遇享受条件和职工基本医疗保险一致。

**第四十九条** 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

**第五十条** 已参加职工基本医疗保险的个人不得重复参保和重复享受待遇。

**第五十一条** 已按规定缴纳的职工基本医疗保险费不予退还。

**第五十二条** 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待遇。

## 第十章 附 则

**第五十三条** 本办法由市医保局负责解释。

**第五十四条** 本办法自 2026 年 1 月 1 日起施行,有效期五年。原《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》(市政规〔2022〕28 号)和《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)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。

---

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

2025 年 12 月 22 日印发

