

全宗号	60	类别号	A	期限	长
年度	2006	机构		件号	15

汕尾市人民政府文件

汕府〔2006〕11号

关于印发《汕尾市城镇职工基本医疗保险暂行规定》的通知

各县（市、区）人民政府，市府直属有关单位：

为进一步完善《汕尾市城镇职工基本医疗保险暂行规定》（以下简称《暂行规定》），促进我市医疗保险事业的健康发展，《暂行规定》部分条款已经市政府四届三十五次常务会议讨论通过，现将修改后的《暂行规定》印发给你们，请认真贯彻执行。



汕尾市城镇职工基本医疗保险暂行规定

第一章 总 则

第一条 为保障城镇职工的基本医疗，推动我市经济发展，维护社会安定，根据国务院《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》、省政府《印发关于全省城镇职工基本医疗保险制度改革规划方案的通知》和《汕尾市城镇职工基本医疗保险制度改革方案》精神，制定本暂行规定。

第二条 本暂行规定适用于本市辖区内所有企业（包括国有企业、集体企业、股份制企业、外商投资企业、私营企业、乡镇企业等）、国家机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位、城镇个体经济组织和中央、省、外地驻汕单位（统称用人单位）及其所属在职职工、退休人员和下岗职工、失业人员（统称参保人）。

第三条 基本医疗保险水平要与本地区社会生产力发展水平相适应。在实行市级统筹之前，各县（市、区）实行分级管理和单独核算。

第四条 社会保险经办机构负责基本医疗保险制度的实施、基金筹集、管理和支付。

第五条 各级人民政府应运用行政、法律、经济手段保证基本医疗保险基金的征缴和支付。遇有特殊情况，基本医疗保险费用不足支付时，由当地财政给予补贴。

第二章 基本医疗保险费筹集

第六条 基本医疗保险费由用人单位和参保人共同负担。
具体按下列标准缴纳：

1、在职职工：用人单位按职工工资总额的6%缴纳，职工个人按本人工资总额的2%缴纳。

职工工资总额按国家统计局规定的统计口径计算。职工工资总额高于上年度全市职工月平均工资300%部分免于缴费，低于上年度全市职工月平均工资60%的，按60%的基数缴费。

2、退休人员：退休人员由用人单位按全市上年度职工月平均工资的7%一次性为其缴交10年的过渡性医疗保险费。

破产、关闭、终止的用人单位，要按法定的清偿顺序，清偿欠缴的基本医疗保险费和滞纳金，一次性为退休人员缴清过渡性基本医疗保险费。

3、下岗职工：国有企业下岗职工基本医疗保险费，包括单位缴纳和个人缴纳部分，均由再就业服务中心按当地上年度职工月平均工资的60%的8%缴纳。

4、失业人员：失业人员在领取失业保险期间应缴纳的基本医疗保险费，按《广东省失业人员保险条例》第十八条执行，其缴费基数参照国有企业下岗职工的标准缴纳。属单位缴纳部分从失业保险基金中支付，属个人缴纳部分从领取的失业保险金中扣缴。

5、离休人员、老红军、二级甲级以上革命伤残军人不参加基本医疗保险。

第七条 用人单位和参保人应按缴费基数及缴费比例逐月

足额缴纳基本医疗保险费。个人缴纳的基本医疗保险费由所在单位在职工工资中代扣代缴。

个人缴交的医疗保险费在税前提取。

第八条 随着经济的发展、职工工资增长、物价水平的逐步提高，用人单位和参保人的缴费率经市政府批准后可作适当调整。

第九条 基本医疗保险费的列支渠道

1、国家公务员和依照公务员序列管理的有关人员，其单位应缴纳的基本医疗保险费，由同级财政部门按规定在预算中足额安排。

2、原享受公费医疗的事业单位职工的基本医疗保险费按应缴纳职工基本医疗保险费的一定比例由同级财政在各项事业费预算中适当补助，与单位预算一并下达事业单位，由事业单位按规定的缴费率缴纳。

基础教育等主要由财政拨款的特殊类型的事业单位，其医疗保险缴费主要由财政拨款安排。财政对不同事业单位医疗保险缴费的具体补助比例，可随着事业单位的改革，由同级财政部门确定。

3、企业单位的基本医疗保险缴费在应付福利费中列支，企业离退休人员在劳动保险费中列支。

第十条 基本医疗保险费由地税部门通过用人单位开户银行托收，或由用人单位用现金直接向地税部门缴纳。任何单位和个人都不得拒付。

第十一条 用人单位职工工资总额等发生变动时，应在变动后的 30 日内到社保机构办理变更手续。

第十二条 用人单位依法转让、分立、合并、终止时，必须先清偿欠缴的基本医疗保险费。企业破产的，欠缴的基本医疗保险费按照破产法的有关规定清偿。

第十三条 建立基本医疗保险基金调剂制度。各县（市、区）社保经办机构应按每月实收基本医疗保险统筹基金的 5% 上交市社保机构作为“医疗保险储备金”，主要用于调剂一些特殊情况以及特殊病种造成参保人负担过重者。

第十四条 社保机构要建立健全预决算制度、财务会计制度和内部审计制度；财政部门要加强对基本医疗保险基金的监督管理；审计部门要定期对基本医疗保险基金的收支情况和管理情况进行审计，检查监督情况定期向社会公布。

第三章 建立基本医疗保险统筹基金和个人帐户

第十五条 建立基本医疗保险统筹基金和个人医疗帐户，实行单独核算，不得互相挤占。

第十六条 基本医疗保险统筹基金的构成、管理及使用

（一）统筹基金包括：用人单位缴纳的基本医疗保险费扣除划入参保人个人医疗帐户后的其余部分基金；基金利息收入；滞纳金；财政补贴；社会赞助；其他收入。

（二）统筹基金的管理：基本医疗保险统筹基金收取后，放在国有商业银行的社会保险基金财政专户，实行专款专用，当年结余转入下年度使用，任何单位和个人不得挤占、挪用，不得用

于平衡财政预算。

基本医疗保险统筹基金不计征税、费。

(三) 统筹基金的使用：用于支付起付标准以上、最高支付限额以下的基本医疗住院费用。

统筹基金当年结余部分，提取 40%用于特殊病种的适当补助。

第十七条 个人医疗帐户的构成、管理及使用

(一) 个人医疗帐户的构成包括：参保人本人缴纳的资金；从用人单位缴纳的基本保险统筹基金中划转的部分资金；基金利息。

退休人员个人医疗帐户的构成包括：从用人单位缴纳的基本医疗保险统筹基金中划转的部分资金；基金利息。

从用人单位缴纳的基本医疗保险统筹基金划进个人医疗帐户的比例：45 周岁(含 45 周岁)以下的，为本人工资总额的 1.5% (即 6%的 25%)；45 周岁至退休的，为本人工资总额的 1.8% (即 6%的 30%)。

退休人员的划拨比例为本人领取的基本养老金的 4%。

(二) 个人医疗帐户的管理

1、个人医疗帐户由社保机构负责建立。社保机构每月在收到单位和个人缴纳的医疗保险费后，按本条第(一)款规定比例，将属个人医疗帐户的资金信息于月底前输入个人医疗帐户 IC 卡，职工可凭 IC 卡用于医疗消费。

2、个人医疗帐户资金存放在国有商业银行的社会保险基金

财政专户，实行专款专用。

3、个人医疗帐户的本金和利息为个人所有。若因出国定居或死亡等，个人医疗帐户的本金和利息可以退回给其本人或继承人。

4、职工在同一统筹范围内流动时，其个人医疗帐户 IC 卡可继续使用；在不同统筹范围内流动的，其个人医疗帐户资金本息转移到转入地社保机构。若无法转移的，经社保机构审批同意，可提取现金。

（三）个人医疗帐户的使用

1、用于支付定点医院门诊费用；

2、用于支付定点药店购药费用；

3、个人医疗帐户累计结余额超过医疗保险统筹基金起付标准时，可用于支付基本医疗住院费用的自付部分。

第十八条 基本医疗保险统筹基金和个人医疗帐户资金按有关规定计算利息。

第四章 基本医疗保险待遇

第十九条 参加基本医疗保险的单位必须填报《参加基本医疗保险申请表》。经社保机构审定认可后，从缴费次月起享受基本医疗保险待遇。

第二十条 参保人享有的基本医疗保险待遇是指在目前经济条件下基本医疗保险支付范围内的、由定点医疗机构和定点药店所能提供的、适宜的诊疗技术服务和用药。

第二十一条 参保人在门诊就医购药的，其医疗费用从个

人医疗帐户中支付。个人医疗帐户资金用完后，由参保人自付。

第二十二条 参保人住院的，其医疗费用在起付标准（包括起付标准）以下的，由参保个人负担；起付标准以上的，起付标准以上部分由参保人和统筹基金共同负担。

1、起付标准为：一级医院为上年度职工平均工资的 5%，二级医院为 7%，三级医院为 10%。

2、负担比例为：一级医院统筹基金负担 95%，个人负担 5%；二级医院统筹基金负担 85%，个人负担 15%；三级医院统筹基金负担 80%，个人负担 20%。

退休人员住院，统筹基金负担比例比在职人员增加 5%，个人负担减少 5%。

每人每年统筹基金的最高支付限额为上年度职工平均工资的 4 倍。

第二十三条 参保人住院须凭诊断证明书向社保机构提出申请，经批准后方可住院。确因危、急病等未能及时办理申请手续的，应在入院次日（节假日顺延）补办有关手续。否则，社保机构拒付其发生的医疗费用。

第二十四条 参保人住院时，一般只能住普通病房。确因病情需要，经社保机构批准后，可住重症监护病房或特殊病房。

第二十五条 参保人在住院期间，确因病情需要转院的，由主诊医师提出并填报《转院申请表》，经主诊医师所在科主任签字，医务科审核同意，报市社保局批准。统筹基金的起付标准及个人负担比例按转入医院的级别支付。

第二十六条 参保人因出差、探亲、休假、旅游、退休后在异地居住住院或派驻外地（境内）期间住院，其费用报销按实际发生的医疗费用，由参保人到社保机构结算。

第二十七条 参保人出境期间（包括派驻境外机构的参保人）在境外发生的医疗费用，凭参保人提供的病情资料按实际发生的医疗费用到社保机构结算。

第二十八条 参保人住院治疗终结，可出院仍不出院者，经医疗技术鉴定小组确认治疗终结成立，则其住院医疗费用自终结之日起由个人自理。

第二十九条 离休人员、老红军、二等甲级以上革命伤残军人的医疗待遇不变，其医疗费用按原渠道解决，由社保经办机构单独列帐管理。支付确有困难的，由同级人民政府帮助解决。

第三十条 有下列情况之一者，不享受基本医疗保险待遇：

- 1、未经社保机构批准到非定点医疗机构和非定点药店就医、购药的；
- 2、因故意自伤、打架斗殴或因本人违法行为造成伤害的；
- 3、按照有关规定应当自费的诊疗服务项目和药品；
- 4、属其它责任人应当承担的责任，如交通事故、医疗事故、工伤事故等。

第五章 基本医疗保险医疗管理

第三十一条 基本医疗保险实行定点医疗制度。参保人凭个人医疗帐户 IC 卡在社保机构指定的定点医疗机构和定点药店就医购药。

定点医疗机构和定点药店的资格由市劳动和社会保障局根据国家、省的有关规定审查确定。

选定定点医疗机构和定点药店应符合多层次、多类型、布局合理、方便参保职工就医购药、公平竞争、确保质量的原则。具体要求按国家、省有关规定执行。

第三十二条 定点医疗机构和定点药店要积极配合医改工作，进一步推进医药卫生体制和药品流通体制改革，实行医药分开核算、分别管理制度。

第三十三条 定点医疗机构及其医务人员要严格执行诊疗常规，认真核实参保人的身份，坚持出入院标准，并按基本医疗保险范围提供基本医疗服务，遵守诊疗技术规范，合理诊疗，合理用药，因病施治，优质服务，减少医疗资源浪费。

第三十四条 定点医疗机构及其医务人员提供超出基本医疗保险范围的诊疗服务和药品，要向参保人说明并征得其同意，其费用不得在基本医疗保险统筹基金中开支，由参保人自付。

第三十五条 职工基本医疗保险住院费用由社保机构同定点医疗机构按定额服务单元结算方式结算。

结算标准以本市上年度不同等级医院的人均次住院费用为基数，剔除不合理因素后，由社保机构会同定点医疗机构协商核定，并可根据物价指数进行适时调整。

第三十六条 职工门诊费用和购药费用由社保机构同定点医疗机构、定点药店按服务项目结算方式结算。

第三十七条 社保机构与定点医疗机构和定点药店订立有

关基本医疗保险的协议，明确双方的责任、权利和义务。

第三十八条 定点医疗机构和定点药店应使用统一印制的病历、处方、诊疗报告等专用笺。并如实填写《医疗保险住院登记表》、《医疗保险门诊登记表》。

社保机构有权定期检查定点医疗机构和定点药店在诊疗服务、用药过程中执行基本医疗保险制度的情况，包括职工出入院情况、医疗处方、诊疗报告单、医疗费用收据等有关资料。

第三十九条 定点医疗机构和定点药店每月应向社保机构报送《医疗保险住院费用结帐单》、《医疗保险门诊费用结帐单》和其它有关资料。社保机构对医疗费用情况进行审核，对不符合医疗保险规定的费用要予以扣减，并于次月 20 日前与定点医疗机构和定点药店进行结算。

第四十条 建立基本医疗保险质量保证金制度。社保机构在偿付给定点医疗机构和定点药店的医疗费用中预留 5% 作为质量保证金，并按有关规定对定点医疗机构和定点药店医疗服务质量情况进行考核，根据考核结果确定返还质量保证金的数额。

第四十一条 卫生行政主管部门和药品管理部门应分别加强对定点医疗机构和定点药店的管理，督促定点医疗机构和定点药店逐步提高诊疗服务的技术含量，合理用药，控制医疗费用的增长幅度。

第六章 监督和处罚

第四十二条 基本医疗保险费以单位为核算单位，个人不得个别补交。

第四十三条 用人单位和参保人逾期不缴基本医疗保险费的，除补缴欠缴数额外，从欠缴之日起，按日加收千分之二滞纳金。

第四十四条 用人单位和参保人拖欠医疗保险费的，从次月起暂停享受基本医疗保险待遇。在欠缴医疗保险费当月起发生的医疗费用，必须在当月参保人住院期间补缴所欠的医疗保险费和滞纳金后，方可恢复享受医疗保险待遇。否则，其医疗保险费用由单位负担。

第四十五条 用人单位应每季度向职工公布基本医疗保险费缴费情况。如因单位缓交、不交、少交保险费，造成职工不能正常享受基本医疗保险待遇的，职工有权向社保机构或单位主管部门投诉。

第四十六条 社保机构每年对定点医疗机构和定点药店进行一次全面评审。发现违反基本医疗保险有关规定的，视情节轻重，给予扣除质量保证金、取消医疗保险约定项目，直至取消医疗保险定点资格。

第四十七条 定点医疗机构的医务人员有下列行为之一者，社保机构除扣回不应由医疗保险基金支付的费用外，还可视情节轻重解除当事人的医疗保险处方权。并按双方订立的协议扣减定点医疗机构当月的医疗保险保证金。

- 1、不认真查验身份，将非医疗保险对象的医疗费用，记入医疗保险帐内；

- 2、将应由个人自付的医疗费用，记入统筹基金帐内；

- 3、非法替换药品；
- 4、利用各种手段，非法获得统筹基金的；
- 5、不执行诊疗常规，不坚持出入院标准，将不符合入院条件的病人收入院治疗；或任意延长病人住院时间，采用病人挂名住院，做假病历行为的；
- 6、扩大病种范围的；
- 7、违反其它有关规定的。

第四十八条 参保人负有下列行为之一者，社保机构除追回所发生的医疗费用外，并视情节轻重，予以教育、通报批评；构成犯罪的由司法机关依法追究刑事责任。

- 1、私自伪造涂改处方、费用单据而多报冒领的；
- 2、将本人有效医疗证件转借他人就诊的。

第四十九条 社保机构及其工作人员有下列行为之一者，视情节轻重，给予行政处分；构成犯罪的由司法机关依法追究刑事责任。

- 1、未按规定将基本医疗保险费划入个人医疗帐户、基本医疗保险统筹基金帐户的；
- 2、贪污、挪用基本医疗保险基金的；
- 3、擅自减免或者增加用人单位和职工应缴纳的基本医疗保险费的；
- 4、在收缴医疗保险费、审核、报销、支付医疗费用时，徇私舞弊、损公肥私的；
- 5、利用职权和工作之便索贿受贿、谋取私利的。

第七章 附则

第五十条 国家公务员在参加基本医疗保险后，可再享受医疗补助，具体补助办法参照国务院、省政府有关国家公务员医疗补助规定。有条件的用人单位，可以为职工办理医疗补充保险，以解决基本医疗保险最高支付限额后的医疗费用。

第五十一条 各县（市、区）人民政府可参照本暂行规定制定实施办法，并报市医疗改革领导小组审批同意后组织实施。

第五十二条 本暂行规定由市劳动和社会保障局负责解释。

第五十三条 本暂行规定从二〇〇六年三月一日起开始实施。过去颁发及修改的有关规定与本规定有抵触的，以本规定为准。

主题词：医疗保险 暂行规定 通知

抄送：市委各部委办，市人大办，市政协办，市纪委办，汕尾军分区司令部，市中级人民法院，市检察院，各民主党派，驻汕尾有关单位

汕尾市人民政府办公室

2006年3月10日印发