淄博市机关事业单位工作人员医疗保险暂行办法

第一章　总　则第二章　医疗保险费的缴纳第三章　医疗保险基金的管理和使用第四章　附　则 　　淄博市政府第二次常务会议审议通过第一章　总　则　　第一条　为建立和完善医疗保险体系，保障机关事业单位工作人员的基本医疗，根据国家有关规定，结合我市实际，制定本办法。　　第二条　本办法适用于我市各级机关事业单位及其工作人员。　　第三条　医疗保险实行社会统筹医疗基金与个人医疗帐户相结合的社会保障制度。　　第四条　机关事业单位及其工作人员必须依法参加医疗保险，并按规定缴纳医疗保险费。　　第五条　市、区县政府卫生行政部门主管机关事业单位医疗保险工作，其所属的机关事业医疗保险机构具体负责医疗保险费的收缴、支付、存储和管理等工作。第二章　医疗保险费的缴纳　　第六条　医疗保险费由国家、单位和个人共同合理负担。财政、单位负担部分，按本单位上年度在职人员工资总额与退休费总额之和的９％缴纳；个人负担部分，按上年度本人工资总额或退休费的２％缴纳。离休人员、二等乙级以上伤残军人由财政、单位按每人每年２４００元缴纳。　　各区县医疗保险费的缴纳比例，可根据当地实际情况适当调整。　　第七条　医疗保险费的来源　　（一）全额拨款的行政单位，财政负担在职人员工资总额与退休费总额之和的９％；全额拨款的事业单位，财政负担在职人员工资总额与退休费总额之和的５．５％，单位负担３．５％；差额拨款的国有医疗机构，财政负担在职人员工资总额与退休费总额之和的４．５％，单位负担４．５％；其他行政单位、差额拨款事业单位及自收自支的事业单位，由单位负担在职人员工资总额与退休费总额之和的９％。享受公费医疗单位中，离休人员、二等乙级以上伤残军人的医疗保险费全部由财政缴纳。不享受公费医疗单位中离休人员、二等乙级以上伤残军人的医疗保险费由所在单位缴纳。　　（二）驻淄中央、省属享受公费医疗的机关事业单位，由财政按原定额拨付，不足部分由单位、个人缴纳。　　（三）个人缴纳的医疗保险费由单位从本人工资中代扣代缴。　　（四）停薪留职人员的医疗保险费由个人或聘用单位负担，并由保留其工资关系的单位代收代缴。　　第八条　参保单位应当按本办法规定的比例，按季缴纳医疗保险费，逾期不缴或欠缴的，按日加收２‰的滞纳金，滞纳金由单位负担。第三章　医疗保险基金的管理和使用　　第九条　医疗保险基金纳入财政预算管理，实行专户储存、专帐记载、专款专用。　　第十条　专户储存的医疗保险基金，按照人民银行规定的活期城乡居民储蓄存款利率计息，所得利息分别记入社会统筹医疗基金和个人医疗帐户。医疗保险基金及其利息免征税费。　　第十一条　记入个人医疗帐户的医疗保险费包括：　　（一）个人按年工资总额的２％缴纳部分；　　（二）财政、单位缴纳的医疗保险费中，年龄在４５岁以下（含４５岁）按本人年工资总额的３％，年龄在４５岁以上按４％，１９９３年底工资改革以前退休的按５％提取的部分。　　离休人员、二等乙级以上伤残军人个人不缴纳医疗保险费，但设立个人帐户，基数按每人１２００元记入，年终若有节余，按节余额５０％返还本人。　　第十二条　建立个人医疗费用明细帐，由医疗保险机构负责管理，每季末结算一次。　　个人帐户中的医疗保险费和利息为个人所有，可以结转和继承。工作人员工作变动，个人帐户随人转移。　　第十三条　工作人员（含退休人员，下同）的医疗费用，首先从个人的医疗帐户中支付，个人医疗帐户不足时，先由个人自付。按年度计算，个人自付部分超过本人年工资总额或退休费５％以上的，由社会统筹医疗基金支付，但个人仍需按分段累加的办法负担一定比例：医疗费用支出５０００元以内部分，个人负担１５％；超过５０００元至１００００元部分，个人负担１０％；超过１００００元至３００００元部分，个人负担３％；超过３００００元至５００００元部分，单位负担４０％，个人负担１０％。　　离休人员、二等乙级以上伤残军人的医疗保险费用从医疗保险基金中划出，单独管理，专款专用。其医疗费用首先从个人帐户中支付，个人帐户不足时，由社会统筹医疗基金支付，超支部分，由原资金渠道负担７０％，由医疗保险机构负担３０％。　　第十四条　社会统筹医疗基金为工作人员支付的最高医疗费用每年为５万元。超过５万元的部分由单位负担９０％，个人负担１０％。　　第十五条　患有国家规定的烈性传染病、狂躁型精神病和实施计划生育手术及造成后遗症的，其符合规定的医疗费用全部由社会统筹医疗基金支付。　　第十六条　工作人员进行心脏彩超、核磁共振、ＣＴ（头颅或全身）、体外震波碎石治疗胆肾结石和其他单项收费在８０元以上（含８０元）的特种检查治疗、特种药品、转外地诊治等，需经医疗保险机构审批，其费用个人负担２０％，离休人员和二等乙级以上伤残军人个人负担１０％，其余费用按本办法第十三条规定办理。　　第十七条　工作人员器官移植的医疗费用，由社会统筹医疗基金负担５０％，单位负担４０％，个人负担１０％。个人负担部分不记入个人帐户。　　第十八条　医疗保险机构应当根据参保单位的申请确定定点医疗单位。　　第十九条　对定点医疗单位实行总量控制、定额管理。定点医疗单位应当改善医疗服务，合理检查，合理用药，降低医疗费用。　　第二十条　工作人员在医疗保险机构确认的定点医疗单位就诊，其医疗费用先由个人或单位垫付，然后凭专用处方、医疗费结算单和票据，由单位统一汇总，每季末到医疗保险管理机构审核结算、报销。　　第二十一条　医疗保险机构有权稽核参保单位的有关帐目、报表、工资总额等情况。　　第二十二条　医疗保险机构和参保单位应当建立财务、会计、统计、审计等管理制度，定期公布医疗保险基金的缴纳和使用情况，接受监督。　　第二十三条　机关事业单位医疗保险有关行政主管部门、医疗保险机构及其工作人员擅自挪用医疗保险基金的，由行政监察机关对单位负责人及当事人给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。第四章　附　则　　第二十四条　对暴发性疾病流行、自然灾害、突发事件中因公致伤等因素造成的大范围急、危、重病人抢救的医疗费用，由政府综合协调解决。　　第二十五条　本办法自１９９８年４月１日起施行。