抚顺市城镇职工基本医疗保险暂行规定

第一章　总则第二章　基本医疗保险费的征缴第三章　社会统筹医疗基金和个人医疗帐户第四章　基本医疗保险待遇第五章　基本医疗保险管理与服务第六章　基本医疗保险基金管理和监督第七章　罚则第八章　附则 　　市政府办公会议通过，并经辽宁省人民政府批准，现予发布实施。　　二000年十一月十二日第一章　总则　　第一条　为建立健全城镇职工基本医疗保险制度，保障职工基本医疗，提高职工健康水平，促进社会主义市场经济发展，根据国务院《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》和辽宁省《城镇职工医疗保险制度改革实施意见》，结合我市实际，制定本规定。　　第二条　基本医疗保险是政府为切实保障城镇职工基本医疗要求而实施的强制性保险，任何单位和个人都必须依照本规定参加基本医疗保险，并实行属地化管理。　　第三条　本规定适用于我市行政区域内的下列用人单位及其职工：　　（一）国家机关、事业单位、社会团体及其职工；　　（二）国有企业、城镇集体所有制企业和其他城镇企业及其职工；　　（三）中省直及外地驻抚各级机关、企事业单位及其职工；　　（四）外商投资企业及其中方职工；　　（五）民办非企业单位及其职工；　　（六）依据本规定参加基本医疗保险的参保单位符合国家规定的退休（职）人员。　　乡镇企业及其职工、城镇个体经济组织业主及其从业人员暂不纳入城镇职工基本医疗保险范围。　　第四条　职工基本医疗保险坚持基本医疗保险的水平与地区生产力发展水平相适应的原则；坚持基本医疗保险费由参保单位和职工双方共同负担的原则；坚持基本医疗保险基金以收定支，收支平衡的原则；坚持低水平、广覆盖，保障职工基本医疗需求的原则；坚持医疗保险基金实行社会统筹和个人帐户相结合的原则；坚持医疗保险制度改革实行先易后难，分期分批，试点起步，逐步推广的原则。　　第五条　基本医疗保险实行市、县两级统筹管理。市、县劳动保障行政部门负责本规定的组织实施，市、县社会保险部门负责承办基本医疗保险业务。第二章　基本医疗保险费的征缴　　第六条　基本医疗保险费由参保单位和职工个人共同缴纳。参保单位原则上以在职职工上年度工资总额作为缴费基数，按７％缴纳；在职职工以本人上年度工资总额作为缴费基数，按２％缴纳，由参保单位从其工资中代扣代缴。　　退休（职）人员个人不缴纳医疗保险费。　　第七条　职工个人工资总额超过上年度全市职工平均工资３００％以上的，以３００％作为缴费基数；低于６０％的，以６０％作为缴费基数。　　第八条　本年度参加工作或调入本市工作的职工，按本人实领月工资推算缴，费基数；工资总额不明确的，以上年度全市职工平均工资作为缴费基数。　　第九条　进入再就业中心的国有企业下岗职工在领取基本生活保障费期间，由再就业服务中心以上年度全市职工平均工资的６０％作为缴费基数，按参保单位与职工个人缴费比例之和缴纳基本医疗保险费。　　第十条　参保单位实行经营转制后，接收或继续经营者必须承担参保单位及其职工的基本医疗保险责任。　　第十一条　参保单位依法破产、撤销、解散、出售或因其它原因终止经营活动的，应依法清偿医疗保险费，须为其终止时在册的在职职工一次性清缴两年的基本医疗保险费，为退休（职）人员缴足平均预期寿命内的基本医疗保险费。　　第十二条　基本医疗保险费不得减免。参保单位缴纳基本医疗保险费确有困难时，须提前１５天提出书面申请，经社会保险经办机构审核，报劳动保障行政部门批准后可暂缓缴纳，缓缴期限最长不得超过３个月，缓缴期间免收滞纳金。缓缴期间，不享受相应待遇，缓缴期间所发生的医疗费暂停支付，待参保单位足额补交所欠缴保费后，再予支付缓缴期间所发生的医疗费用。　　第十三条　参保单位不按规定缴纳基本医疗保险费，从停缴保费的次月起，暂停该单位参保人员（含退休人员）享受社会统筹医疗的保险待遇，暂停期间所发生的医疗费用，由参保单位承担。第三章　社会统筹医疗基金和个人医疗帐户　　第十四条　基本医疗保险基金由社会统筹医疗基金和个人医疗帐户构成。个人帐户体现形式为ＩＣ卡。　　第十五条　参保单位和职工个人缴纳的基本医疗保险费，分月按以下比例划入个人医疗帐户：　　（一）４５周岁以下（含４５周岁）职工按本人缴费工资的２．７％划入；４５周岁以上职工按本人缴费工资的３．４％划入；　　（二）退休人员按本人上年度养老金或退休金总额的４．８％划入。　　第十六条　参保单位和职工个人缴纳的基本医疗保险费，按前条规定的比例划入个人医疗帐户后，其余部分进入社会统筹医疗基金。　　按本规定收取的滞纳金以及其它收入并入社会统筹医疗基金。　　第十七条　社会保险经办机构为每名参保人员建立个人医疗帐户，设立医疗保险号码，制发医疗保险ＩＣ卡。医疗保险ＩＣ卡是参保人员就医、购药和结算医疗费用的专用凭证。　　第十八条　个人医疗帐户的本金和利息归参保人员所有，用于本人医疗费支出（含自负部分），可以结转下年、转移和继承。　　第十九条　参保人员调离本市的，应按规定办理个人医疗帐户转移和医疗保险ＩＣ卡注销手续，其个人医疗帐户结余资金随同转移。无法转移的，经社会保险经办机构核准，可一次性支付给本人。　　外地调入本市的人员，应办理医疗保险手续并建立个人医疗帐户，同时将结余资金转入个人医疗帐户。　　第二十条　参保人员死亡时，其个人医疗帐户和医疗保险ＩＣ卡注销，个人医疗帐户结余资金划入合法继承人的个人医疗帐户；继承人未参加基本医疗保险的，个人医疗帐户结余资金可一次性支付给继承人；没有合法继承人的，个人医疗帐户结余资金划入社会统筹医疗基金。第四章　基本医疗保险待遇　　第二十一条　参保人员发生的门诊及药店购药的医疗费主要由职工医疗保险个人帐户支付，不足部分由个人自负。　　第二十二条　参保人员住院发生的医疗费用，由社会统筹医疗保险基金支付，个人须承担起付标准费用：　　参保人员首次住院治疗由个人承担起付标准费用，依照市级综合医院、市级专科医院和社区（二级、一级）服务站，分别确定为７００元／人次、５００元／人次和３００元／人次。年度内，累计不超过１４００元。基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目加挂自付比例为５％－１５％。　　第二十三条　在年度内，统筹基金支付参保人员基本医疗费的最高限额为上年度市职工平均工资的４倍。超过４倍以上的医疗费可通过补充医疗保险等办法解决。　　第二十四条　参保人员使用统筹基金，在市级综合医院、市级专科医院、社区医院就医承担的比例分别为：在职职工承担医疗费用的１５％、１２％、１０％，退休人员承担医疗费用的１０％、８％、６％。　　第二十五条　参保人员确因病情需要，经医疗机构同意到市外医院治疗所发生的医疗费，由统筹医疗保险基金支付，个人承担起付标准费用为７５０元／人次，个人承担比例为：在职职工承担医疗费用的３５％，退休人员承担医疗费用的２５％。　　第二十六条　异地工作人员、长期居住外地的退休人员可在所在地定点医疗机构就医，所发生的医疗费用持有效凭证到医疗保险经办机构审核结算。　　第二十七条　职工临时外出患急性病时应就近就医，所发生的医疗费用持有效凭证到医疗保险经办机构办理审核结算。　　第二十八条　参保人员确因病情需要转市外就医的，经就诊定点医疗机构同意，并经医疗保险经办机构批准，办理转诊手续。转外就医所发生的医疗费用，于治疗终结后，持有效凭证到医疗保险经办机构办理审核结算。　　第二十九条　参保人员发生的医疗费用按照基本医疗保险基金支付范围、基本医疗保险用药目录、基本医疗保险诊疗项目范围等有关规定执行。　　第三十条　为了不降低一些特定行业职工现有医疗消费水平，在参加基本医疗保险的基础上，作为过渡措施，允许建立企业补充医疗保险。企业补充医疗保险费在工资总额４％以内的部分，从职工福利费中列支，福利费不足列支的部分，经同级财政部门核准后列入成本。第五章　基本医疗保险管理与服务　　第三十一条　参保单位应向社会保险经办机构办理基本医疗保险登记手续。新建单位在被批准设立之日起，３０日内办理医疗保险登记手续。　　第三十二条　参保单位名称、处所、单位类型、法定代表人或负责人、开户银行号等登记事项发生变更或参保单位依法终止的，应自变更或终止之日起３０日内向医疗保险经办机构办理变更或注销登记手续。　　参保单位发生人员辞退、退休、死亡等变动的，应自变动之日起３０日内向社会保险经办机构办理变更手续，并重新核定基本医疗保险费的应缴数额。　　第三十三条　基本医疗保险实行定点医疗机构或定点药店管理。参保人员凭本人医疗保险IC卡自主选择定点医疗机构就医，并凭定点医疗机构开具的处方到该机构或定点药店购药。　　第三十四条　本市辖区内依法开业的医疗机构和药店，均可向市劳动保障行政部门申请承办基本医疗保险服务业务，经市劳动保障行政部门会同卫生行政部门、药品监督部门联合审查批准，颁发定点医疗机构或定点药店资格证书。社会保险经办机构要根据中西医并举，基层、专科和综合医疗机构兼顾，方便职工就医的原则，负责确定定点医疗机构和定点药店。定点医疗机构和定点药店资格实行年检制度。　　第三十五条　定点医疗机构和定点药店资格审定办法，由市劳动保障行政部门会同卫生行政部门、药品监督部门依据有关规定提出。　　第三十六条　社会保险经办机构与定点医疗机构、定点药店须签订基本医疗保险服务合同，明确双方的责任、权利和义务。　　第三十七条　定点医疗机构和定点药店应加强医务人员和服务人员的业务技术培训和职业道德教育，制定和完善必要的制度，提供优质服务，保证医疗和药品质量，坚持因病施治，科学用药，合理检查，有效治疗，并将所开药品及所作的各类检查、治疗在规定的凭证上记录，接受市劳动保障部门、卫生行政部门和药品监督部门的检查和监督。　　第三十八条　定点医疗机构必须执行国家、省、市卫生行政部门和药品管理部门制定的诊疗技术、药品管理规范，必须执行国家、省、市物价行政部门制定的医疗服务项目的收费标准。　　第三十九条　特殊检查、治疗实行审批制度。对不经审批的特殊检查、治疗，医疗保险经办机构拒付其发生的费用。　　第四十条　参保人员就医时，定点医疗机构应核验其医疗保险证，发现医疗保险证有伪造、冒用或涂改的，应扣留或抄录其医疗保险证号码，并及时报告医疗保险经办机构。　　第四十一条　参保人员在门诊就医，凭ＩＣ卡在定点医疗机构或定点药店诊治购药，从个人医疗帐户支付医疗费及药费。　　第四十二条　定点医疗机构和定点药店必须配置医疗保险计算机管理系统，同社会保险经办机构联网运行。　　第四十三条　定点医疗机构及其工作人员在提供基本医疗服务过程中，不得有下列行为：　　（一）将非定点医疗机构的医疗费用、非基本医疗保险基金支付范围的医疗费用列入基本医疗保险基金支付和不按规定结算医疗费用；　　（二）不核验医疗保险证、ＩＣ卡，将非参保对象的医疗费用纳入基本医疗保险基金支付；　　（三）拒绝收治本医疗机构收治范围内的病人或拒绝使用医疗保险ＩＣ卡结算医疗费用；　　（四）不坚持因病施治，故意限制门诊处方金额以及住院费用；　　（五）采取不正当的办法，套取基本医疗保险基金；　　（六）不执行规定的医疗服务收费标准和药品价格，以及违反价格管理有关规定收费，造成基本医疗保险基金损失。　　第四十四条　定点药店及其工作人员在提供基本医疗服务过程中，不得有下列行为：　　（一）不按处方剂量配药；　　（二）将处方用药换成本市职工基本医疗保险用药目录以外的药品或其他物品；　　（三）不执行规定的药品价格以及违反药品价格管理有关规定收费造成基本医疗保险基本损失。　　第四十五条　参保人员就医、购药和结算医疗费用过程中不得有下列行为：　　（一）将本人的医疗保险证、ＩＣ卡转借他人就医或购药；　　（二）冒用他人的医疗保险证、ＩＣ卡就医或购药；　　（三）伪造、涂改处方、医疗费用单据等凭证，虚报冒领医疗费。第六章　基本医疗保险基金管理和监督　　第四十六条　基本医疗保险基金实行统一征缴、统一管理、统一支付。　　第四十七条　基本医疗保险基金纳入社会保险基金财政专户，实行收支两条线管理，保证基金全部用于保障职工的基本医疗，任何单位和个人不得挤占挪用，也不得用于平衡预算。市财政、劳动保障行政部门负责对基本医疗保险基金的管理和监督。审计部门负责对基本医疗保险基金收支和管理情况进行审计。　　第四十八条　市成立医保专家委员会和医保基金使用监督委员会，加强对医疗保险的业务指导、调控工作及医疗保险基金的管理监督。　　第四十九条　医疗保险经办机构应建立健全基本医疗保险基金预决算审批制度、财务会计制度和内部审计制度，并在规定的时间内，向市劳动保障和财政部门报送有关报表。　　医疗保险经办机构的医疗保险经费由同级财政全额拨付，任何单位和个人，不得占用或挪用基本医疗保险基金。　　第五十条　医疗保险经办机构应在年度之初向各参保单位发送载有每一参保人员缴费和个人医疗帐户情况的清册。参保单位和职工有权向社会保险经办机构查询职工基本医疗保险费的缴纳及个人医疗帐户资金收支情况。　　第五十一条　劳动保障行政部门有权稽核参保单位、定点医疗机构、定点药店的有关帐目、报表，核实参保人数、缴费工资基数和养老金总额。医疗保险经办机构受劳动保障行政部门的委托，可对参保单位、定点医疗机构和定点药店进行与医疗保险业务有关事项的检查、调查工作。　　第五十二条　参保单位和定点医疗机构、定点药店须指定专兼职人员做好本单位的基本医疗保险管理业务，并定期向职工公布年度工资总额和基本医疗保险费的缴纳情况，接受职工的监督。第七章　罚则　　第五十三条　违反本办法由劳动保障行政部门或其委托的医疗保险经办机构按下列规定予以处罚：　　（一）职工和退休人员将本人医疗保险证、ＩＣ卡转借给他人住院，或私自涂改医药费收据、处方的，给予批评教育；造成基金损失的，除追回损失外，处１００元以上５００元以下罚款；　　（二）定点医疗机构、药店不执行基本医疗保险有关规定，经办机构除拒付发生的医疗费用外，处１００元以上５０００元以下罚款；造成基金损失的，除追回损失，取消其定点资格外，处５０００元以上１万元以下罚款；对直接负责的主管人员和直接责任人由有关部门追究行政责任；　　（三）医务人员违反医疗保险用药规定，开假处方、大处方以及从患者名下开取药品或检查治疗的，给予批评教育，追回损失，并告之卫生行政部门按《中华人民共和国执业医师法》规定予以处理；　　（四）单位不如实申报和不足额缴纳基本医疗保险费的，按照国务院《社会保险费征缴暂行条例》和国家有关规定予以处罚。　　第五十四条　医疗保险经办机构工作人员滥用职权，徇私舞弊的，由上级主管部门给予批评教育和行政处分；构成犯罪的由司法机关依法追究刑事责任。第八章　附则　　第五十五条　大专院校在校学生和企业职工供养的享受半费医疗的直系亲属，医疗费用仍按原有关规定执行。　　第五十六条　企业职工因工伤、职业病、女职工生育发生的医疗费用，其支付办法按《抚顺市职工工伤社会保险暂行办法》、《抚顺市城镇职工生育保险暂行规定》执行。　　第五十七条　参保单位、参保人员、定点医疗机构、定点药店、社会保险经办机构之间发生有关基本医疗保险争议时，由争议方协商解决；协商不成的，由市劳动保障行政部门组织裁决。　　第五十八条　离休人员、老红军和二等乙级以上革命伤残军人不参加医疗保险，原有的医疗管理办法不变，医疗费用按原资金渠道解决。　　第五十九条　每年１月１日至１２月３１日为职工基本医疗费用计算年度。　　第六十条　本规定由市劳动保障行政部门负责解释。　　第六十一条　本规定自公布之日起施行。