益政发[1999]13号

益阳市人民政府关于发布《益阳市城镇职工基本医疗保险制度实施办法》的通知

各区、县（市）人民政府，市属农（渔）场，市直机关各单位：

　　《益阳市城镇职工基本医疗保险制度实施办法》已经市人民政府1999年第十三次常务会议原则通过，现予发布，自2000年1月1日起实施。

    　　　　　　　　　　　　　 　1999年11月29日

**益阳市城镇职工基本医疗保险制度实施办法**

**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，保障城镇职工基本医疗，根据《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《湖南省建立城镇职工基本医疗保险制度实施意见》（湘政发[1999]15号）精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条  实施城镇职工基本医疗保险制度的原则：

（一）基本医疗保险水平与本地经济和社会发展水平相适应原则；

（二）强制推行原则。基本医疗保险属于国家规定的强制性社会保险，城镇所有用人单位及其职工都必须参加；

（三）属地管理原则；

　（四）基本医疗保险费由用人单位和职工双方共同负担原则；

　（五）基本医疗保险基金实行社会统筹和个人帐户相结合原则。

**第二章  统筹范围和对象**

第三条  本市境内的企业（包括国有企业、城镇集体企业、外商投资企业、城镇私营企业等）、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位在内的所有城镇用人单位及其职工、退休人员和符合国务院国发[1978]104号文件规定的退职人员，均属本地城镇职工基本医疗保险范围和对象。

市属农（渔）场职工的基本医疗保险实行分块包干，独立核算。

乡镇企业及其职工和城镇个体经济组织业主及其从业人员的基本医疗保险办法，另行制定。

第四条  本市城镇职工基本医疗保险以市县两级为统筹单位，逐步过渡到市统筹。用人单位及其职工按照属地管理的原则参加所在地的基本医疗保险。

　　市直机关、事业单位、社会团体和由原市行政医保中心管理的中央、省属驻益单位及益阳中心城区内中央、省、市属企业及其职工，朝阳开发区范围内的外商投资企业、私营企业及其职工的基本医疗保险，由市劳动和社会保障部门直接管理。

**第三章  医疗保险基金的筹集**

第五条  城镇职工基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳。

（一）用人单位按本单位上年度职工工资总额的6%缴纳。

（二）在职职工个人按上年度本人工资收入的2%缴纳，由参保单位在职工工资中代扣代缴。

  退休人员个人不缴纳城镇职工基本医疗保险费。

（三）私营企业单位和个人的缴费基数为本市上年度职工社会平均工资。

（四）国有企业进入再就业服务中心的下岗职工所在单位和个人缴费基数为本市上年度职工社会平均工资的60%。

（五）职工工资高于本市上年度职工社会平均工资300%以上的部分不作为缴费基数；低于社会平均工资的，以社会平均工资为缴费基数。

第六条  作为城镇职工基本医疗保险费的缴费基数的工资额，严格按照国家统计局《关于工资总额组成的规定》计算（含计时工资、计件工资、职务工资、级别工资、基础工资、工龄工资、各类津贴、补贴、奖金和其他工资）。

第七条  城镇职工基本医疗保险费实行按月预缴。参保单位必须在每月25日前足额缴纳下月的城镇职工基本医疗保险费；否则，医疗保险经办机构从下月起停止支付城镇职工基本医疗保险费用。

第八条  医疗保险经办机构每月向用人单位出具城镇职工基本医疗保险费缴费凭证，由用人单位公开，接受参保人员监督。

第九条  根据国务院《社会保险费征缴暂行条例》的规定，用人单位必须按月如实向医疗保险经办机构申报应缴纳的城镇职工基本医疗保险费数额；如有变化，应及时处理更改手续。

第十条  用人单位缴纳的城镇职工基本医疗保险费在税前列支，个人缴纳部分不计征个人所得税。

　　第十一条  任何单位和个人不得无故欠缴城镇职工基本医疗保险费，不得漏缴和拒缴城镇职工基本医疗保险费。城镇职工基本医疗保险费不得减免。   
　　第十二条  用人单位依法转让、分立、合并、终止时，应当优先清偿欠缴的城镇职工基本医疗保险费。   
　　第十三条  企业破产或拍卖清算时，首先应留足在职职工当年和退休人员以后10年的城镇职工基本医疗保险费，其在职职工的缴费标准按当年缴纳数额计算，退休人员的缴费标准按同类人员上年实际开支平均数计算。在职职工只能享受当年的城镇职工基本医疗保险待遇，退休人员按规定终生享受。   
　　第十四条  鼓励和提倡社会各界捐助医疗保险基金，支付职工医疗保险事业。

**第四章  个人帐户和统筹基金帐户的建立**

第十五条  医疗保险经办机构为参保人员建立个人医疗帐户。个人医疗帐户的资金来源。  
　　（一）职工个人缴纳的城镇职工基本医疗保险费。   
　　（二）用人单位为职工缴纳的城镇职工基本医疗保险费的30%左右纳入个人帐户。其中：45岁（含45岁）以下的职工，按本人年缴费工资收入的0.7%划入个人帐户；46岁以上的职工，按本人缴费工资收入的1.2%划入个人帐户；退休人员按本人上年度退休费（退休费低于本单位职工平均工资的，按单位平均工资）的3.4%划入个人帐户。   
　　第十六条  用人单位为职工缴纳的城镇职工基本医疗保险费划入个人医疗帐户以外的部分，划入社会医疗保险统筹基金（以下简称统筹基金）帐户。   
　　第十七条  个人医疗帐户基金按实际缴费额划入，实行IC卡管理，年终与参保单位核实。职工个人缴费基数和年龄变化情况，每年年初调整一次，年度内不变更。   
　　第十八条  个人医疗帐户中的本金和利息归职工个人所有，只能用于个人符合规定的医疗费用开支，可以结转和依法继承，但不准提取现金或挪作他用。

**第五章  医疗保险基金的使用**

第十九条  个人医疗帐户支付门诊医疗费用；统筹基金支付住院医疗费用，分别核算，不得互相挤占。职工上年结转的个人帐户资金，可用于支付职工本人住院医疗费用中的自付部分。  
　　第二十条  参保人员发生的门诊医疗费用，全部从个人医疗帐户支付，超支自理。

  参保人员患有经医疗专家鉴定确认的特殊病种，符合住院条件，但在门诊治疗的，可向医疗保险经办机构提出申请，由医疗保险经办机构在年终视情况给予医疗费用补助。   
　　第二十一条  参保人员住院医疗费在统筹基金中列支，每次住院都设起付线。年度内第一次住院的起付线；三级医院为400元，二级医院为350元，一级（包括一级）以下医院为300元。从第二次住院开始，不分医院级别，每次住院起付线为200元。起付线以上，统筹基金列支封顶线以下，个人仍要负担一定比例的住院医疗费，个人负担比例为：在职职工年度内起付线以上至3000元部分，负担20%；3000元以上至10000元部分，负担15%；超过10000元至统筹基金列支封顶线（2000年定为16000元，以后随社会平均工资的变化而变化）部分，负担6%。退休人员年度内个人负担比例为在职职工的65%，统筹基金列支封顶线以上的部分，可通过社会医疗保险经办机构建立大病医疗互助费等办法解决。   
　　第二十二条  参保人员因斗殴、自残、交通事故、以及医疗事故等发生的医疗费用和出国考察在境外发生的医疗费用，不属于城镇职工基本医疗保险基金支付范围。   
　　第二十三条  在统筹基金中支付特殊检查和特殊治疗发生的医疗费用，个人应先按一定比例自付部分医疗费用。特殊检查人数不能超过门诊总人次的2‰，各定点医疗机构应严格把关。   
　　第二十四条  严格控制转院医疗。确需转院医疗的，必须经现就诊就医医院主管院长同意，医疗保险经办机构批准；转院医疗的住院费用，按已确定病种所需费用的120%包干给参保个人使用，超过部分，由参保人员个人自理。未列入病种费用范围的医疗费用，按规定实行限额报销。年度内转院医疗人数必须控制在住院总人数的1%以内，由定点医疗机构控制。   
　　第二十五条  长期在基层工作的参保人员可到城镇定点医院就诊，也可在当地定点医院就诊，其医疗费用先由参保单位或本人垫付，再由参保单位按季度凭有效票据统一到医疗保险经办机构按有关规定办理报销手续。   
　　第二十六条  参保人员因急病在外地就诊，应及时报告医疗保险经办机构，由参保单位凭有效票据统一到医疗保险经办机构办理医疗费用报销手续，所发生的住院医疗费用按本市同级医院住院费用收费标准予以报销，超支部分，由参保单位和其本人解决。   
　　第二十七条  异地安置和长期居住在外地的退休人员的医疗费用，按同类人员上年度实际开支平均数拨给参保单位包干使用；若有超支，由参保单位解决。   
　　第二十八条  参保人员在停保期间发生的住院医疗费用，由其本人或单位垫付，复保交清所欠医疗保险费后，凭定点医疗机构的有效票据和费用明细表，到医疗保险经办机构办理报销手续。报销标准为同类医院定额标准，超标准部分由本人负担。   
　　第二十九条  参保人员转外地住院，其床位费标准按照实际住院人数计算，处级以上干部和具有高级技术职务职称的高级知识分子的转院床位费按市中心医院老干病床收费标准予以报销，超标准部分由其本人自理。

**第六章  医疗服务管理**

　　第三十条  劳动保障部门会同卫生、财政、物价等有关部门，根据国家和省里的规定，制定本统筹地区医疗服务范围、标准和医疗费用结算具体办法，制定相应的城镇职工基本医疗保险诊疗项目、住院病种目录、医疗服务设施标准实施办法。  
　　第三十一条  城镇职基本医疗保险参保人员实行定点医疗和定点购药。医疗保险经办机构要根据方便参保人员就医、购药和合理利用医疗资源，有利于提高医疗保险质量的原则，确定定点医疗机构和定点药店，供参保人员选择就医、购药。劳动保障部门要会同卫生、财政、药品监督管理等部门，依照国家有关规定，对定点医疗机构和定点药店进行资格审查。卫生主管部门要按照国务院《医疗事故处理办法》，认真处理医疗机构发生的医疗事故或纠纷。药品监督管理部门根据有关规定会同有关部门妥善处理购药药事事故。   
　　第三十二条  积极推进医药卫生体制改革，努力提高医疗经费使用效益，促进医疗卫生事业的健康发展。要建立医药分开核算、分别管理的制度，合理控制医药费用水平。要加强医疗机构和药店的内部管理，规范医疗服务行为，降低医药成本。要理顺医疗服务价格，降低药品收入占医疗总收入的比重，合理提高医疗技术劳务价格。要加强业务技术和职业道德教育，提高医药服务人员的业务素质和服务质量。   
　　第三十三条  对定点医疗机构要逐步实行统一招标采购药品的制度，减少药品采购中间环节，减少医疗保险基金的支出。

**第七章  医疗保险基金的管理和监督**

第三十四条  城镇职工基本医疗保险基金由社会医疗保险经办机构统一筹集、管理与使用。实行财政专户储存、专款专用，不得挤占挪用，不得列支管理费。医疗保险经办机构所需费用列入财政预算。社会医疗保险经办机构要建立健全城镇职工基本医疗保险基金预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。劳动和社会保障部门要会同财政、审计部门定期对城镇职工基本医疗保险基金收支情况进行检查审计，切实加强监管，确保城镇职工基本医疗保险基金以收定支，收支平衡。  
　　第三十五条  城镇职工基本医疗保险基金中当年筹集部分，按城乡居民活期存款利率计息；上年结转部分，按城乡居民三个月期整存整取银行存款利率计算；存入医疗保险财政专户的积累基金，比照城乡居民三年期零存整取储蓄计息，并不低于该档次利率水平。利息收入分别划入统筹基金和个人医疗帐户。   
　　第三十六条  城镇职工基本医疗保险建立群众来信来访制度，及时检举、查处有关违规行为。   
　　第三十七条  设立由劳动和社会保障、卫生、药监、工会、物价、社会医疗保险等有关部门和参保单位代表参加的医疗服务质量考核小组，对城镇职工基本医疗保险定点医疗机构、定点药店的服务质量进行监督检查，并按年度进行考核评估，定点医疗机构和定点药店应予积极配合，主动提供有关资料。   
　　第三十八条  设立由政府有关部门代表、城镇职工基本医疗保险参保单位和职工代表、工会等参加的城镇职工基本医疗保险基金监督小组，每年对医疗保险基金的筹集、管理和使用情况进行监督检查。

**第八章  奖励与处罚**

　　第三十九条  对医疗保险工作中取得显著成绩的城镇职工基本医疗保险定点医疗机构、定点药店、用人单位及有关人员，以适当方式给予表彰奖励。  
　　第四十条  用人单位违反本办法，不缴纳或无故拖欠城镇职基本医疗保险费的，由劳动保障部门责令限期缴纳；逾期不缴纳的，按日加收2‰的滞纳金。城镇职工基本医疗保险费滞纳金并入统筹基金。   
　　第四十一条  用人单位瞒报工资总额少缴城镇职工基本医疗保险费的，由劳动保障部门责令改正，并由有关部门依照有关规定处以罚款。   
　　第四十二条  医疗保险经办机构和城镇职工基本医疗保险定点医疗机构、药店及其工作人员应严格遵守城镇职工基本医疗保险各项规章制度，主动接受有关部门的检查与监督。对违反有关规定，造成严重后果的城镇职工基本医疗保险定点医疗机构和定点药店，由劳动保障部门取消其定点资格；造成经济损失的，由劳动保障部门责令追回经济损失；对直接责任人员和主管人员，要依照有关规定追究其行政责任和经济责任；构成犯罪的，要依法追究刑事责任。

**第九章   附则**

　　第四十三条  老红军、离休人员、二等乙级以上革命伤残军人的医疗待遇不变，医疗专项经费按上年度人均实际开支数由原资金渠道筹集，由医疗保险经办机构单独列帐管理；不足部分，按照国务院有关规定分别由当地政府或同级财政予以解决，其具体医疗管理办法，另行制定。  
　　第四十四条  抢救因突发性、流行性疾病或严重自然灾害导致的大范围危重病人发生的医疗费用，由政府协调解决，不在城镇职工基本医疗保险基金中列支。   
　　第四十五条  因工伤残、女职工生育，不列入城镇职工基本医疗保险。   
　　第四十六条  大专院校在校学生（不含自费生）的医疗费用，仍按上级规定标准拨给学校，包干管理。   
　　第四十七条  国家公务员在参加城镇职工基本医疗保险的基础上享受国家规定的医疗补助政策，具体办法另行制定。   
　　第四十八条  企业可以建立职工补充医疗保险基金，具体办法，另行制定。   
　　第四十九条  各区、县（市）可根据本实施办法制定本地城镇职工基本医疗保险实施细则。   
　　第五十条  本实施办法由益阳市劳动和社会保障局负责解释。   
　　第五十一条  本实施办法从2000年1月1日起实施，《益阳市职工基本医疗保险暂行规定》同时废止。