

# 盘锦市城镇职工基本医疗保险制度改革实施细则

(盘政规〔2000〕5号 自2000年11月15日起实施)

## 第一章 总则

**第一条** 为推进城镇职工基本医疗保险制度改革，保障职工基本医疗需要，建立适应社会主义市场经济的医疗保险体系，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，制定本细则。

**第二条** 实行基本医疗保险是为保障城镇职工基本医疗需求所建立的一种强制性的社会保险制度。基本医疗保险制度改革要坚持以下原则：基本医疗保险水平根据财政、企业和个人的承受能力，本着低水平、广覆盖，保障职工基本医疗需求和逐步完善的原则确定，并实行属地化管理。城镇所有用人单位及其职工都要参加基本医疗保险，基本医疗保险基金实行社会统筹和个人帐户相结合，基本医疗保险费用由用人单位和职工双方共同负担。

**第三条** 本细则适用于我市行政区域内的下列

单位及其职工：

（一）我市各机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工；

（二）城镇各类企业（包括国有企业、集体企业、股份制企业、私营企业和外商投资企业等）及其职工；

（三）部、省及外地驻盘各级机构、企事业单位及其职工；

（四）依据本细则参加城镇职工基本医疗保险的单位中符合国家规定的退休人员和领取定期生活费的退职人员。

**第四条** 城镇职工基本医疗保险实行市、县两级统筹。坐落于兴隆台区、双台子区（坐落于双台子区行政区域盘山县属单位除外）和市经济开发区行政区域内单位参加市级统筹；坐落于盘山县（含坐落于双台子区行政区域内县属单位）、大洼县行政区域内单位参加县级统筹。

**第五条** 市劳动保障行政部门负责全市城镇职工基本医疗保险管理与监督检查工作，盘山县、大洼县的劳动保障行政部门负责本辖区内的城镇职工基本医疗保险管理和监督检查工作。

各级财政、卫生、药品监督管理等部门按各自职责，共同做好城镇职工基本医疗保险工作。

## 第二章 基本医疗保险费的征缴

**第六条** 用人单位和职工个人按下列标准缴纳基本医疗保险费：

（一）参加基本医疗保险市级统筹的用人单位按本单位上年度职工月工资总额的 6.6% 缴纳。

（二）职工个人按本人上年度月工资收入的 2% 缴纳。职工月工资收入低于当地上年度月社会平均工资 60% 的，按当地上年度月社会平均工资的 60% 作为缴纳基数；超过当地上年度月社会平均工资 300% 的，按当地上年度月社会平均工资的 300% 作为缴纳基数。职工个人缴纳的基本医疗保险费由单位代扣代缴。

（三）进入再就业服务中心的国有企业下岗职工的基本医疗保险费（包括单位缴费和个人缴费），由再就业服务中心按照本统筹地区上年度的月社会平均工资的 60% 作为基数来缴纳。

（四）未达到退休年龄已办理内退的企业职工仍按在职职工的规定缴纳基本医疗保险费。退休（职）人员个人不缴纳基本医疗保险费。

（五）企业停薪留职人员（保留劳动关系并签订协议书）的基本医疗保险费由个人按当地上年月社会平均工资的 8.6%（单位和个人缴费率之和）缴

纳，并由原用人单位代扣代缴。

（六）改制企业中“买断工龄”的未就业人员，继续参加医疗保险的，基本医疗保险费由个人按当地上年月社会平均工资的 8.6% 缴纳。

**第七条** 职工工资总额按国家统计局列入工资总额统计的项目计算。无法认定工资总额的，以当地上年度月社会平均工资额乘以职工人数的积为基数缴纳。

**第八条** 用人单位必须在本细则发布之日起 30 日内到医疗保险经办机构办理医疗保险登记手续。今后，凡从事生产经营的用人单位自领取营业执照之日起 30 日内、非生产经营性单位自成立之日起 30 日内，应向统筹地区城镇职工基本医疗保险经办机构申请办理基本医疗保险登记。

**第九条** 用人单位申请办理城镇职工基本医疗保险登记时，应当填写参加基本医疗保险登记表，并出示以下证件和资料：

（一）营业执照、批准成立证件或其他核准执业证件；

（二）国家质量技术监督部门颁发的组织机构代码统一代码证书；

（三）医疗保险经办机构规定的其他有关证件、资料。

**第十条** 用人单位及其职工缴纳的基本医疗保险缴费基数每年核定一次，即每年 2 月底前按本细则第六条规定核定当年缴费额。

**第十一条** 初次参加基本医疗保险的用人单位及其职工，须预缴 1 个月的基本医疗保险费作为周转金，同时按划入个人帐户比例为参保职工和退休（职）人员建立个人帐户，并从缴费的下一个月份开始享受医疗保险待遇。

**第十二条** 用人单位因职工调入、调出、招（聘）用、退休、退职、死亡、解除劳动关系（解聘）等原因，人员发生变化时，应于当月凭有效证件到医疗保险经办机构办理缴费人员基数增减登记手续。

用人单位名称、地址、法定代表人、单位类型、组织机构代码统一代码、隶属关系、开户银行及帐号发生变更时，应于变更后 30 日内到医疗保险经办机构申请办理登记变更手续。

企业依法终止的，自终止之日起 30 日内到医疗保险经办机构办理登记注销手续。

对因未及时办理相关手续的用人单位，但已发生职工医疗费用的，由用人单位承担。

**第十三条** 用人单位因兼并、合并、转让、租赁、承包经营的，接收或继续经营者必须承担原用人单位及其职工的医疗保险责任。

**第十四条** 企业因改制或依法破产等原因精简职工，应依法清偿基本医疗保险费，并为退休人员缴足平均预期寿命 10 年的医疗保险费，为退养（职）人员缴足 15 年的医疗保险费。退休（退职、退养）人员的医疗保险费以统筹地区上年同类人员平均医疗费为标准计缴。

**第十五条** 基本医疗费按月缴纳。用人单位应于每月 10 日前缴纳基本医疗保险费。企业单位由地税部门征收；机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位等直接向医疗保险经办机构缴纳。

**第十六条** 用人单位逾期不缴纳基本医疗保险费的，除补缴所欠医疗保险费外，按日加收 2‰ 滞纳金，滞纳金计算到补缴资金入基本医疗保险帐户时止。对欠缴单位的参保职工发生的住院医疗费，从欠缴之日的下个月 1 日起基本医疗保险统筹基金停止支付。停止支付期间的医疗费由职工个人垫付，待用人单位足额补缴基本医疗保险费后按规定予以审核支付。

**第十七条** 参保单位停止发薪期间，经县以上劳动保障行政部门或者地方税务机关批准，可暂不缴纳医疗保险费。发薪后，必须立即补缴，不征收滞纳金。

**第十八条** 用人单位缴纳基本医疗保险费按下

列规定列支：

- （一）行政机关列经常性支出的社会保险费支出；
- （二）事业单位列事业支出的社会保险费支出；
- （三）企业列应付福利费支出。

### **第三章 基本医疗保险基金的建立与管理**

**第十九条** 基本医疗保险基金的来源：

- （一）单位和职工缴纳的基本医疗保险费；
- （二）基金利息收入和增值收入；
- （三）按规定收取的滞纳金；
- （四）财政补贴资金；
- （五）法律、法规规定的其他收入。

医疗保险基金不计征税、费。

**第二十条** 基本医疗保险基金由个人帐户和社会统筹基金构成。职工个人缴纳的基本医疗保险费全部计入个人帐户，用人单位缴纳的基本医疗保险费的一部分划入个人帐户，剩余部分用于建立社会统筹基金。

**第二十一条** 个人帐户基金按下列办法从用人单位和职工本人缴纳的基本医疗保险费中按月划入：

- （一）在职职工以月缴费工资为基数，按 45

周岁以下（含 45 周岁）、45 周岁以上两个年龄段，分别以个人缴费工资的 3%、3.5%划入；

（二）退休（职）人按本人月退休费的 5.2%划入，本人月退休费低于上年统筹地区平均退休费的，以上年统筹地区平均退休费为基数划入；

（三）单位欠缴医疗保险费时，个人帐户停止划入，单位补交后按规定划入，个人帐户体现形式为 IC 卡；

（四）职工当年达到 46 周岁或退休的，划入个人帐户比例不变，在次年核定时由医疗保险经办机构统一调整。

**第二十二条** 基本医疗保险基金纳入财政专户管理，单独核算，专款专用，不得挤占挪用，不得用于平衡财政预算。

**第二十三条** 医疗保险经办机构要建立健全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，并做好基本医疗保险基金筹集、管理和支付工作。

**第二十四条** 建立基本医疗保险基金监督机制，基本医疗保险基金的筹集、管理和支出，应接受财政、审计部门的监督。

**第二十五条** 参保人员死亡，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，个人医疗帐户资金划入社会统筹医疗基金。

**第二十六条** 职工在本市范围内工作调动的，应持医疗保险手册、IC卡及有关调动证明到医疗保险经办机构办理个人帐户转移手续；迁出本市的，将个人帐户余额资金一次性退还本人。

## 第四章 医疗保险待遇

**第二十七条** 参加基本医疗保险的人员依照本细则的规定享受基本医疗保险待遇。个人帐户中的资金主要用于门诊和定点药店发生的医疗购药费用，也可用于住院医疗费用的个人现金自负部分。

**第二十八条** 统筹基金主要用于住院医疗费用。参保人员在定点医疗机构发生的符合规定的住院医疗费，实行起付标准和最高支付限额控制。起付标准以下的费用，由个人承担。

统筹基金最高支付限额年度累计为28900元（超过最高支付限额部分，可通过高额补充医疗保险、公务员医疗补助等途径解决）。起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用，职工个人按比例承

担。

**第二十九条** 起付标准（不含精神病患者和转诊异地住院）：三级医院 1000 元，二级医院（含专科）700 元，一级医院（含治疗型家庭病床）400 元。医疗机构等级以市以上卫生行政部门认定为准。

个人负担比例：三级医院、二级医院（含专科）、一级医院（含治疗型家庭病床），在职职工分别为 20%、18%、16%，退休人员分别为 15%、13%、11%。

年度内二次或多次住院的，起付标准按医院等级相应减半确定。

**第三十条** 精神病患者住院治疗所发生的符合医疗保险支付范围内的医疗费用不设起付标准，在职职工个人负担 16%，退休人员个人负担 11%。重症尿毒症患者门诊透析治疗，在职职工个人负担 18%，退休人员负担 13%；住院期间透析治疗，按住院治疗的规定承担费用。转诊异地住院治疗，起付标准按三级医院标准执行，起付标准以上最高支付限额以下的医疗费，在职职工个人负担 30%，退休人员个人负担 25%。出差或探亲期间因急诊或重症住院所发生的医疗费执行三级医院的起付标准，个人自付 35%。在我市行政区域内非定点医疗机构住院治疗的急诊患者，执行二级定点医疗机构起付标准，个人负担 30%。

**第三十一条** 驻外地工作一年以上的在职职工（不含成建制外设机构），门诊和住院医疗费实行年度定额包干管理，超定额不补，结余归己。

退休人员异地居住的，门诊医疗费按记入个人帐户标准包干使用；住院医疗费，定居人员按本人参加医疗保险统筹地区同类人员住院治疗规定，持有关凭证报销；临时居住的，按异地转诊办法处理。

**第三十二条** 参保人员因病情需要，需做《基本医疗保险诊疗项目范围》中规定的基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目，个人自付比例按省、市有关规定执行；必须使用《医疗保险药品目录》中乙类药品的，个人自付比例应达到 30%。

**第三十三条** 晚期癌症、糖尿病并发症、心脑血管疾病及并发症、慢性肺心病可建立治疗型家庭病床。参保人员办理治疗型家庭病床，由经治医生提出建床申请，定点医疗机构审批，报医疗保险经办机构审核同意。治疗型家庭病床每次建床时间为 2 个月；如需继续设床的，重新办理手续。

**第三十四条** 参保人员在定点医疗机构住院治疗期间的床位费，按省、市物价部门规定的等级医院普通床位费标准支付；需要隔离危重抢救的病人住院床位费及监护病房的床位费按省、市物价部门规定的收费标准支付；享受特诊待遇的参保人住院

病房的支付标准，按省、市物价部门规定的病房标准支付。

**第三十五条** 基本医疗保险统筹基金的起付标准和最高支付限额，可根据全市社会平均工资增长幅度进行调整。

## 第五章 医疗费用结算

**第三十六条** 参保人员在定点医疗机构、定点零售药店使用个人帐户所发生的医疗费用，由本人使用 IC 卡直接与定点医疗机构、定点零售药店记帐结算。个人帐户不足支付时，差额部分由本人同时支付。

**第三十七条** 参保人员因病需要住院的，个人先交付数额不等的住院押金，用于本人与医院结算起付标准及个人自付的医疗费用的结算。统筹基金应支付的住院医疗费用，由定点医疗机构与医疗保险经办机构按基本医疗保险费用结算有关规定执行。

**第三十八条** 在我市行政区域内非定点医疗机构住院治疗的急诊患者，转入定点医疗机构前的医疗费用，由医疗保险经办机构按规定比例结算；转入定点医疗机构后的医疗费用，按本细则第三十七条规定结算。

**第三十九条** 出差、探亲期间因急诊、重症住院治疗所发生的医疗费，可持当地公立医疗机构的病志、医疗费收据、诊断证明、医疗保险证、IC、卡到医疗保险经办机构按规定结算。

**第四十条** 经批准转往非定点或异地一医疗机构治疗的，医疗费用先由个人垫付；诊治终结后，由所在单位凭转诊、转院审批表、病历资料、医疗费收据、医疗保险证、IC卡，到医疗保险经办机构审核结算。

**第四十一条** 参保人员一次性住院期跨年度的，按治疗终结时间确定年度，所发生的医疗费用计算到该年度内累计支付的医疗费总额中。

**第四十二条** 下列医疗费用基本医疗保险统筹基金不予支付：

（一）打架、斗殴、酗酒、自杀、交通肇事的一切费用；

（二）用于教学、科研、临床实验的各种检查、治疗及药品的一切费用；

（三）各种会议提供医疗服务的医药费；

（四）因医疗事故发生的医疗费用；

（五）出国以及到港、澳、台地区探亲、参加会议、洽谈、考察、进修、讲学期间发生的医疗费用；

(六) 国家、省、市规定基本医疗保险基金不予支付的医疗费用。

## 第六章 医疗服务管理

**第四十三条** 基本医疗保险实行定点医疗机构和定点零售药店管理，医疗保险经办机构应与取得定点资格的医疗机构和零售药店签订协议。定点医疗机构和定点零售药店实行年度审核制度。审核合格者，给予保留定点资格；否则，取消其定点资格。

医疗保险经办机构应建立并完善计算机信息系统管理和医疗档案，加强跟踪服务管理，并做好统计工作。

**第四十四条** 定点医疗机构应坚持因病施治、合理检查、合理治疗、合理用药的原则，严禁滥开药、开大处方、滥用大型医疗设备检查；严禁放宽出入院标准，分解住院人次。

**第四十五条** 参保人员应在定点医疗机构就医，并可自主决定在定点医疗机构购药或持处方到定点零售药店购药。就诊、购药时须持《医疗保险证》和 IC 卡。

**第四十六条** 参保人员因急诊在非定点医疗机构住院治疗的，一般应凭急诊证明、病志处方在 3

日内转至定点医院治疗；因病情仍需在原医院治疗的，需经统筹地区医疗保险经办机构审核同意。

**第四十七条** 定点医疗机构、定点零售药店对门诊、住院患者所使用的处方、病志要单独管理；药量使用要从严控制；门诊处方用药限3日常用量，患者出院时，确需备用治疗药物的，应不超过7日常用量。

**第四十八条** 参保人员需做《诊疗项目范围》中规定支付部分费用的诊疗项目时，应由住院主治医师提出申请，经主任或副主任医师同意并签字后方可进行（急诊可先行检查，后补办手续）。

**第四十九条** 凡不属《药品目录》范围的蛋白类制品、血液制品（特殊适应症、急救、抢救除外）均属自费药，处方需加盖“自费”字样。

**第五十条** 参保人员住院期间，须做《基本医疗保险诊疗项目范围》中规定的不予支付费用的诊疗项目时或使用非医疗保险用药报销范围的药品时，应先征得患者或家属的同意；否则，所发生的费用，患者有权拒付。

**第五十一条** 参保人员因病确需转往外地住院治疗的，须经医疗行政管理部门确定的当地最高等级医疗机构提出转院申请，并经当地医疗保险经办机构审核批准。未经医疗保险经办机构审核批准，

不予支付医疗保险基金。

统筹区域内转诊住院治疗，要严格遵守转诊制度。凡从低等级医院转往高等级医院收取起付标准差额，高等级转往专科医院，按重新住院处理（传染性疾病除外）。

**第五十二条** 医疗保险经办机构有权对定点医疗机构和定点零售药店参保人员的医疗费用进行检查和审核。定点医疗机构和定点零售药店有义务提供审核医疗费用所需的全部诊治资料及帐目清单。

## 第七章 罚则

**第五十三条** 用人单位未按规定办理基本医疗保险、变更、注销登记手续或者未按规定申报应缴纳的基本医疗保险费的，按照国务院《社会保险费征缴暂行条例》规定，由劳动保障行政部门责令限期改正，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员处以 1000 元以上 5000 元以下罚款；情节严重的，处以 5000 元以上 10000 元以下罚款。

**第五十四条** 用人单位违反有关财务、统计法律、法规和国家有关规定，伪造或故意销毁有关资料或者不设帐册，致使医疗保险基金不能如数征缴以及因缴费基数无法确定而延期征缴或不能征缴的，



由劳动保障行政部门或者地方税务机关按照国务院《社会保险费征缴暂行条例》等有关法规、规章的规定，除补缴外，按欠缴数额加收滞纳金，同时对直接负责的主管人员和直接负责人员处以 5000 元以上 20000 元以下的罚款，并按有关规定给予行政处分；构成犯罪的，依法追究法律责任。

**第五十五条** 定点医疗机构及其工作人员有下列情形之一者，由劳动保障行政部门或其委托的医疗保险经办机构追回不合理费用不予结算医疗费；并视不同情况，由劳动保障行政部门责令其限期改正；情节严重的，按有关规定取消其定点资格：

（一）不核实患者是否属于参保人员，造成冒名顶替就医的；

（二）加重病情描述，将不属于《诊疗项目》和《药品目录》的诊疗项目和药品列入基本医疗保险基金支付范围的；

（三）违反诊疗项目收费标准和药品价格规定收费的；

（四）检查治疗、用药与病情不符的；

（五）利用工作之便搭车开药的；

（六）分解住院、办理假住院手续套取住院医疗费用的；

（七）具备诊治条件而推诿诊治病人的；

(八) 不提供必须的检查 and 诊疗措施造成不良后果的;

(九) 不配合医疗保险机构工作的;

(十) 其它违反医疗保险政策规定的。

**第五十六条** 定点零售药店及其工作人员有下列情形之一者, 由劳动保障行政部门或其委托的医疗保险经办机构追回不合理费用或不予结算医疗费; 情节严重的, 由劳动保障行政部门取消其定点资格:

(一) 不按处方配方, 超过规定剂量, 将自费药品与基本医疗保险用药范围内的药品混淆计价的;

(二) 将外配处方药品变换成自费药品、生活用品、化妆用品、保健品及其它药品发给患者的;

(三) 出售假、劣药品的;

(四) 串换药品, 将不属于《药品目录》的药品或物品的费用列入药费支付范围的;

(五) 违反药品零售价格及批零差价销售的;

(六) 其它违反医疗保险政策规定的。

**第五十七条** 参保人员有下列情形之一者, 给予批评教育; 造成基金损失的, 除追回损失外, 取消其个人当年享受医疗保险待遇的资格:

(一) 将本人的 IC 卡转借他人就医和购药的;

(二) 用他人的 IC 卡冒名就医和购药的;

(三) 伪造、涂改处方、费用单据等凭证, 虚

报冒领医疗费用的；

（四）其他违反医疗保险政策规定的。

**第五十八条** 实施行政处罚，应按照《中华人民共和国行政处罚法》的规定执行。罚款应使用财政部门统一制发的票据，并全部上交财政，纳入基本医疗保险基金财政专户。

当事人对行政处罚不服的，可依法申请行政复议或提起诉讼。逾期不申请复议或不起诉又不执行处罚决定的，由做出处罚决定的机关申请人民法院强制执行。

**第五十九条** 医疗保险经办机构工作人员有下列情形之一的，由劳动保障行政部门责令其改正，并对负责人、直接责任人给予批评教育和行政处分；构成犯罪的，依法提请司法机关追究其刑事责任：

（一）未按规定将医疗保险费转入个人帐户；

（二）贪污、挪用医疗保险基金的；

（三）擅自减、免医疗保险费的；

（四）擅自提高或降低医疗保险待遇的；

（五）徇私舞弊、索贿受贿的；

（六）其它违反国家、省、市医疗保险政策规定的。

## 第八章 管理和监督

**第六十条** 市劳动保障行政部门负责全市城镇职工基本医疗保险管理与监督检查工作，履行下列职责：

（一）贯彻实施国家、省医疗保险的法律、法规；

（二）制定医疗保险的有关政策、规定；

（三）对定点医疗机构、定点零售药店进行资格审查；

（四）指导医疗保险经办机构的工作；

（五）会同卫生、财政、物价、药品监督管理部门查处各种违反医疗保险规定的行为。

**第六十一条** 医疗保险经办机构具体承办医疗保险工作，履行下列职责：

（一）负责医疗保险的登记、调查、统计；

（二）按照规定负责医疗保险基金的管理；

（三）负责对定点医疗机构、定点零售药店的确定和服务质量考核、监督工作；

（四）负责医疗保险待遇的审核、支付工作；

（五）国家、省、市规定由其履行的其他职责。

**第六十二条** 参加职工医疗保险的单位应确定专（兼）职人员负责医疗保险工作，其职责是：

（一）贯彻执行医疗保险的有关政策和规定，

做好医疗保险政策的宣传教育工作；

（二）负责办理本单位的医疗保险登记；

（三）负责办理本单位医疗保险费的缴纳业务；

（四）负责本单位职工医疗保险手册、IC卡领取、核发、补发工作；

（五）负责本单位职工在医疗保险经办机构核销医疗费等业务；

（六）负责办理本单位涉及医疗保险的其他事宜。

## 第九章 附则

**第六十三条** 本细则实施前的医疗费按原渠道解决。本细则实施之日门诊就医或住院按本细则执行。

**第六十四条** 职工因工伤、生育发生的医疗费由工伤、生育保险基金解决；未参加工伤、生育保险的，按原资金渠道解决。

**第六十五条** 因突发流行性疾病和自然灾害等不可抗拒因素造成的大范围危、重病患者的救治医疗费用，由政府协调解决。

**第六十六条** 本细则执行中的具体问题，由劳动保障行政部门负责解释。

**第六十七条** 本细则自发布之日起施行。