

全宗号		类别号	A	期限	30年
年度	2019	机构		件号	1

全宗号	32	类别号	A	长
年度	2003	机构	件号	7

丰顺县人民政府文件

丰府[2003]7号

关于印发《丰顺县城镇职工 基本医疗保险实施办法》的通知

各镇人民政府、埔寨农场，县府直属各单位：

《丰顺县城镇职工基本医疗保险实施办法》，业经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

丰顺县人民政府

二00三年一月二十日

丰顺县城镇职工基本医疗保险实施办法

为保障我县城镇职工的基本医疗,促进生产力的发展和维护社会稳定,根据梅州市人民政府印发的《梅州市城镇职工基本医疗保险暂行办法》(梅市府[2000]23号)(以下简称《暂行办法》)的精神及有关法律、法规的规定,结合我县实际,制定本实施办法。

第一条 凡在本县境内所有党政机关、事业单位、社会团体、中央、省、市属驻丰单位和各类企业(含国有企业、集体企业、股份制企业、联营企业、外资企业、乡镇企业、私营企业、个体工商户,以下简称单位)及其所属全体劳动者(包括符合国家规定的退休人员、领取失业救济金期间的失业人员和国有企业下岗员工,不含港、澳、台、外籍人员,以下统称被保险人),均必须参加基本医疗保险。

乡镇企业职工,城镇个体工商户业主及其雇员参加基本医疗保险的办法另行制定。

大专院校学生,职工供养的直系亲属暂不纳入基本医疗保险。

离休人员、老红军、二等乙级以上革命伤残军人的医疗待遇不变,医疗费用按原渠道解决。支付确有困难的,由同级人民政府帮助解决。

第二条 县劳动和社会保障局行使城镇职工基本医疗保险行政

管理职能。拟定基本医疗保险的政策；处理基本医疗保险的争议。县社会保险基金管理局负责基本医疗保险基金的筹集、支付和管理；监督单位、被保险人、定点医疗机构执行基本医疗保险的政策、法规；负责被保险人和定点医疗机构的基本医疗保险信息、档案管理；开展社会服务提供基本医疗保险的咨询；提出改进和完善基本医疗保险制度的建议。

第三条 基本医疗保险业务实行统一规范的管理，按《暂行办法》要求使用的各种表格、证、册和管理工作规程，由县社会保险基金管理局印制，并收回工本费。

第四条 被保险人的参保手续由用人单位统一到社会保险基金管理局办理；领取失业保险金期间的被保险人，由失业保险机构统一到社会保险基金管理局办理；领取下岗生活费期间的国有企业下岗职工由再就业服务中心统一到社会保险基金管理局办理。

第五条 单位参加基本医疗保险按以下程序办理：

（一）如实填写《丰顺县城镇职工基本医疗保险申请登记表》，详细列明单位名称、地址、法人代表、主管部门、银行帐号、用工人数、主管（主办）人等。

（二）按规定报送各项参保资料。

（三）办理基本医疗保险个人帐户卡。

第六条 被保险人住院医疗费用，统筹基金年累计最高支付限额为当地上年度职工年社会平均工资的4倍左右，超过限额的医疗费用可通过补充医疗保险或商业保险等方式解决（2003年统筹基金年累计最高支付限额为20000元）。起付标准、各段费用数额和最高支付限额依据国家、省、市规定的范围内定期调整。

第七条 基本医疗保险费由用人单位和被保险人共同缴纳。

单位和个人缴纳的基本医疗保险费，以本单位上年度全部职工的月平均工资总额和本人上年度月平均工资收入分别计征。缴费工资总额（按统计口径）为缴费基数，职工工资收入低于当地上年度职工月社会平均工资收入60%的，经县社会保险基金管理局批准后，按当地上年度职工月平均工资的60%为基数缴纳，高于当地上年度职工月社会平均工资收入300%的按300%计缴。单位缴费按本单位全部在职职工工资总额的5.5%，个人按本人工资收入的2%逐月缴纳（含失业下岗职工）。退休人员个人不缴费。

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，均由原单位按照当地上年度职工月社会平均工资的60%为基数缴纳。

参加失业保险的职工失业后，在领取失业保险金期间按当地上年度职工月平均工资60%为基数缴纳基本医疗保险费，基本医疗保险费的单位缴纳部分从失业保险基金中划转，个人缴纳的部分从领取的失业保险金中扣缴；参加基本医疗保险后的失业职工，不再享受医疗费补助和重病的医疗补贴。

第八条 退休人员参加基本医疗保险，由单位按上年度职工月平均工资的5.5%的比例逐月缴纳过渡性医疗保险补偿费后，可享受基本医疗保险待遇。过渡性医疗保险补偿费缴费年限累计满20年的（单位有能力的，可选择一次性缴纳至累计满20年），可终身享受基本医疗保险待遇。

单位因宣告破产、撤销、解散或其他原因终止的，应依照国家有关法律、法规的规定，清偿其欠缴的医疗保险费、利息及滞纳金，并为退休人员缴纳医疗保险补偿金，其补偿标准为：按统筹地参加医疗保险的退休人员上年度人均基本医疗费乘以10年。

5000元（含5000元）以下的，统筹基金支付65%，个人负担35%；5000元以上至10000元（含10000元）以下的，统筹基金支付70%，个人负担30%；10000元以上至15000元（含15000元）以下的，统筹基金支付75%，个人负担25%；15000元以上至20000元（含20000元）以下的，统筹基金支付80%，个人负担20%。

退休人员个人负担住院医疗费用的比例比在职被保险人每个付费段低5个百分点。

被保险人住院医疗费用超过起付标准以上至最高支付限额的，由统筹基金和被保险人按“分段计算、累加支付”的办法计算。

第十四条 被保险人个人医疗保险帐户，只能用于支付本人的诊疗费用（含门诊医疗费用，起付标准费用和住院费用中的自付部分），当年结余转入下年度继续使用。最终结余可由法定继承人继承，无法定继承人的，划转基本医疗保险统筹基金。

第十五条 社会保险基金管理局于每月月底将属个人医疗保险帐户的资金划入被保险人的个人医疗保险帐户。

第十六条 被保险人跨年度出院的，按出院时的年度标准享受基本医疗保险待遇。

第十七条 已参加基本医疗保险的单位和被保险人，不得欠缴基本医疗保险费，因特殊困难确须缓缴的，由单位提出申请，经社会保险基金管理局批准后方可缓缴，但最长时间不得超过三个月，期满后即时清缴。

未申请办理缓缴或申请未获批准的单位，从欠缴的次月起，该单位的所有被保险人停止享受基本医疗保险待遇。欠缴期间被保险人的医疗费用由单位负责，单位和被保险人按规定缴纳基本

第九条 基本医疗保险费由县地方税务局征收，并按规定划入县财政部门在国有商业银行开设的“社会保险基金财政专户”。

单位发生人员增减或变更银行帐户时，须在当月23日前向县社会保险基金管理局申报并办理变更手续。

参保单位无银行帐户的，按每季首月缴纳每季度的基本医疗保险费。

第十条 基本医疗保险统筹基金和个人帐户免征税、费。基本医疗保险费在税前提取。

第十一条 基本医疗保险统筹基金和个人帐户，实行单独核算，不得互相挤占。

第十二条 被保险人的个人基本医疗保险帐户由本人按工资收入总额的2%缴纳的本金和利息，以及单位缴纳的基本医疗保险费按年龄段分别划入个人帐户部分组成。在职的被保险人按缴费工资基数划入，退休人员按当地职工上年度月社会平均工资为基数划入。具体划分如下：

- 1、35周岁（含35周岁）以下的记入0.6%；
- 2、36周岁以上至45周岁（含45周岁）以下的记入1%；
- 3、46周岁以上至退休前的记入1.5%；
- 4、退休人员记入3.5%。

第十三条 单位和被保险人缴纳基本医疗保险费后，被保险人于缴费次月起享受基本医疗待遇。被保险人每次在定点医疗机构住院的医疗费用，个人要先付当地职工年平均工资10%左右的起付金额后（起付额按不同等级医院确定标准，其中一级以下医院按450元，二级医院按600元，三级医院按800元），方能进入统筹医疗基金支付。支付标准为：住院医疗费用在起付标准以上至

医疗保险费和滞纳金后，从补缴的次月起继续享受基本医疗保险待遇。

第十八条 被保险人患病住院，出院时按本《实施办法》第十四条执行。由定点医疗机构与被保险人和社会保险基金管理局分别结算。定点医疗机构收取被保险人的起付额和自付、自费的医疗费用，经家属或被保险人在住院医疗费用结算单签字认可后方可出院，基本医疗保险统筹基金支付部分由定点医疗机构与社会保险基金管理局结算。

第十九条 定点医疗机构每月15日前须把上月住院医疗费用报表和医疗费用结算清单报社会保险基金管理局，经审核后，拨给定点医疗机构（留5%待年终考核后视情况拨付或奖罚）。

第二十条 常住异地工作的被保险人和异地定居的退休人员，由本人就近指定一至二家公办医院作为定点医院为其提供医疗服务，报社会保险基金管理局备案；临时外出人员在公办医院治疗的，须在住院一周内书面通知社会保险基金管理局备案；异地住院又须转院时，原则上转回本地定点医院。

第二十一条 往县外转院和异地住院的被保险人凭疾病证明、住院病情摘要、医疗费发票、住院结算清单、临时或长期医嘱到社会保险基金管理局按规定办理报销。

第二十二条 定点医疗机构提供超出基本医疗保险约定和规定范围的服务项目、标准和未经认可的新技术、新项目费用，社会保险基金管理局有权拒付其所发生的费用。

第二十三条 社会保险基金管理局定期监督检查定点医疗机构和定点零售药店，对严重违反合同的医疗机构药店，有权取消其基本医疗保险项目，直至取消其定点医疗机构或药店资格。

第二十四条 定点医疗机构有下列行为之一者，社会保险基金管理局除扣回不应由基本医疗保险统筹基金支付的费用外，视情节轻重，还应对当事人依据合同（协议）解除其基本医疗保险处方权，并依合同（协议）扣减其定点医疗机构当月偿付费用总额的5%—10%。

（一）诊治、记帐不认真查验医疗保险卡及身份证，将非医疗保险对象的医疗费记入基本医疗保险帐内的；

（二）将当事人医疗费记入他人个人帐户的；

（三）利用各种不正当手段获得基本医疗保险统筹金的；

（四）将应由个人自付的医疗费记入基本医疗保险统筹基金帐的；

（五）调换药品；

（六）急诊抢救不掌握标准，扩大病种范围，将不属于急诊抢救病人的费用记入急诊抢救项目的；

（七）不执行诊疗常规，不坚持出入院标准，将不符合入院标准的病人收入院治疗或采用多次进出院和延长病人住院时间、病人挂名住院、做假病历、分段记帐或不按规定将病人收入超标病房的；

（八）违反其他有关规定情形的。

第二十五条 单位和被保险人对基本医疗保险给付或处理有异议的，可向社会保险基金管理局反映、查询。对违反本《实施办法》规定的机构和人员，可向劳动和社会保障局和有关机构投诉。

第二十六条 本《实施办法》实施后，参加基本医疗保险的被保险人按《实施办法》的有关规定执行。各定点医疗机构必须于

医疗保险实施之月最后一天零时前结清正在住院治疗的被保险人的医疗费用，零时后被保险人发生的医疗费用按本《实施办法》的规定执行。

第二十七条 国家公务员在参加基本医疗保险的基础上，享受医疗补助政策。具体办法另行制定。

第二十八条 有条件的企业，可以建立企业补充医疗保险，补充医疗保险控制在工资总额4%以内从职工福利费中列支，福利费不足列支的部分，经县财政局核准后列入成本。具体办法由企业制定后报县财政局审批。

第二十九条 本实施办法与《梅州市城镇职工基本医疗保险暂行办法》和《梅州市城镇职工基本医疗保险暂行办法的实施细则等配套文件的通知》同时实施。

第三十条 本实施办法由县劳动和社会保障局负责解释。

第三十一条 本实施办法从二00三年一月一日起实施。

主题词：医疗 保险 办法 通知

抄送：市政府、县委各委办局、人大办、政协办、纪委办、法院、检察院、武装部。

丰顺县人民政府办公室

2003年1月23日印发

(共印250份)