

- (一) 埋压、圈占、遮挡消火栓的；
- (二) 擅自拆除、改动、停用、损坏消火栓的；
- (三) 其他妨碍灭火救援使用市政消火栓的行为。

第十四条 单位损坏、挪用、擅自拆除、停用、埋压、圈占、遮挡市政消火栓的，根据《中华人民共和国消防法》的规定，由公安机关消防机构责令改正，处五千元以上五万元以下罚款；个人有以上行为的，处警告或者五百元以下罚款。

埋压、圈占、遮挡市政消火栓，经责令改正拒不改正的，强制执行，所需费用由违法行为人承担。

第十五条 本办法自2017年11月1日起施行，有效期至2022年10月31日止。

揭阳市人民政府关于印发《揭阳市城镇职工基本医疗保险规定》的通知

揭府〔2017〕61号

各县（市、区）人民政府（管委会），市府直属各单位：

《揭阳市城镇职工基本医疗保险规定》已经市人民政府第六届11次常务会议通过，现发给你们，请认真贯彻执行。

揭阳市人民政府

2017年9月29日

揭阳市城镇职工基本医疗保险规定

第一章 总 则

第一条 为维护职工的合法权益，保障职工基本医疗权利，根据《中华人民共和国社会保险法》、《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）及其他有关规定，结合我市实际，制定本规定。

第二条 揭阳市行政区域内城镇所有用人单位，包括企业、机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工、城镇个体经济组织及其职工（中央、省属及其他驻揭阳市单位及其职工），都必须参加职工基本医疗保险。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员可以参加职工基本医疗保险，由个人按规定缴纳基本医疗保险费。

第三条 人力资源和社会保障部门是职工基本医疗保险的行政部门。社会保险经办机构负责职工基本医疗保险的经办业务和基金管理。

第四条 城镇职工基本医疗保险实行市级统筹，基金纳入市社会保障基金财政专户管理，统一核算，各县（市、区）分别建帐。

第五条 离休人员、老红军不参加职工基本医疗保险，其医疗待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决。

国家公务员在参加职工基本医疗保险的基础上，享受医疗补助政策。

第六条 医疗保险基金的使用坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则。

政府运用法律、行政、经济手段保证医疗保险基金的筹集和支付；遇有特殊情况，医疗保险基金不敷使用时，由同级地方财政给予补贴。

第二章 医疗保险基金

第七条 建立职工基本医疗保险基金，基金主要由用人单位和职工共同缴纳的基本医疗保险费组成。

第八条 用人单位按职工工资总额的6%，职工个人按本人工资总额的2%缴纳基本医疗保险费，个人缴费由单位在工资中代扣代缴。

个人工资总额高出上年度全市城镇单位在岗职工月平均工资300%的部分不缴纳医疗保险费。低于上年度全市城镇单位在岗职工月平均工资60%的，以上年度全市城镇单位在岗职工月平均工资的60%为缴费基数。

第九条 建立职工基本医疗保险统筹基金和个人帐户。职工基本医疗保险基金由统筹基金和个人帐户两部分构成。

(一) 统筹基金：用人单位缴纳的职工基本医疗保险费，一部分划入个人帐户，剩下部分作为统筹基金，统筹基金的利息收入、收取的滞纳金等计入统筹基金。

(二) 个人帐户：个人帐户由两部分组成：一是职工个人缴纳的基本医疗保险费。二是用人单位缴纳的基本医疗保险费中以职工个人缴费工资的6%为基数，按不同年龄段不同比例划入个人帐户，即35岁以下的划入16%；36-45岁的划入20%；46岁至退休前划入24%；退休人员划入32%。

第十条 统筹基金用于支付职工基本医疗保险待遇。个人帐户主要用于支付职工及其直系亲属的门诊费用，也可用于支付职工及其直系亲属住院医疗费用的自付部分。个人帐户不得提取现金，节余滚存使用。职工（包括退休人员）死亡时，其个人帐户余额可以继承。

统筹基金和个人帐户划定各自的支付范围，分别核算，不得互相挤占。

第十一条 失业人员在领取失业保险金期间，参加职工基本医疗保险，享受基本医疗保险待遇。失业人员应当缴纳的基本医疗保险费从失业保险基金中支付，个人不缴纳基本医疗保险费。

第十二条 参加职工基本医疗保险的个人，达到法定退休年龄时累计缴费年限达到15年的，退休后不再缴纳基本医疗保险费，享受基本医疗保险待遇；缴费年限未达到15年的，可以通过一次性或延缴的方式缴费至规定年限：

(一) 一次性缴纳：由单位选择一次性按上年度全市城镇单位在岗职工月平均工资为缴费基数、逐年递增10%，缴费比例为6.5%（含大病医疗保险）。

(二) 逐月缴纳：以退休人员本人缴费工资为基数（退休人员本人缴费工资低于上年度全市城镇单位在岗职工月平均工资的，按上年度全市城镇单位在岗职工月平均工资计算，下同），由用人单位按6.5%的缴费比例（含大病医疗保险）逐月缴纳。

参加职工医疗保险的社会申办退休人员，可按第一款第一项、第二项规定的缴费办法，选择一次性缴纳或逐月缴纳职工医疗保险费。

今后，国家或省对职工基本医疗保险缴费年限有统一规定时，从其规定。

第十三条 用人单位缴纳职工医疗保险费的列支渠道：

- (一) 国家机关在单位预算内资金列支；
- (二) 事业单位、社会团体按原资金供给渠道及《事业单位财务规则》规定列帐；
- (三) 企业和企业化管理的事业单位，在职工福利费中列支。

第十四条 用人单位依法转让、分立、合并、终止时，必须清偿欠

缴的医疗保险费。

企业破产，欠缴的医疗保险费按照《中华人民共和国企业破产法》第一百一十三条规定清偿。

职工分流，由接收单位负责缴纳医疗保险费。

第十五条 企业在参加职工基本医疗保险的基础上，建立企业补充医疗保险。企业补充医疗保险在工资总额4%以内的部分，从职工福利费中列支，福利费不足列支部分，经同级财政部门核准后列入成本。

职工参加基本医疗保险的同时应参加大病医疗保险，由用人单位缴纳大病医疗保险费；达到累计缴费年限的退休人员不缴纳大病医疗保险费，享受大病医疗保险待遇。

第十六条 单位和职工个人缴纳的医疗保险费，由各级地方税务机关征收。

第十七条 用人单位和职工个人缴费率，可根据我市经济发展和医疗费用水平变化情况作相应的调整。

第三章 医疗保险待遇

第十八条 参保人就医，实行定点医疗制度。

第十九条 参保人在医疗机构住院发生的符合本省基本医疗保险政策范围内的医疗费用，由基本医疗保险和大病保险按以下规定支付待遇。

(一) 起付标准和支付限额。

1. 本市定点医疗机构住院的起付标准：一级医院200元，二级医院300元，三级医院400元；

2. 市外定点医疗机构、市外非定点医疗机构住院的起付标准：一级医院300元，二级医院400元，三级医院600元；

3. 基本医疗保险统筹基金每人年累计实际支付限额为30万元。

(二) 报销比例。

1. 参保职工（包括在职、退休，下同）在本市定点医疗机构住院的，统筹基金支付比例为90%；
2. 参保职工在市外定点医疗机构住院的，统筹基金支付比例为85%；
3. 参保职工在市外非定点医疗机构住院的，统筹基金支付比例为80%；
4. 参保职工在本市非定点医疗机构及市外非当地定点医疗机构住院的，其医疗费用不列入基本医疗保险支付范围；
5. 对特殊病种（只限确诊为恶性肿瘤、身体器官功能不全达到血液或腹膜透析标准的严重疾病、器官移植及器官移植后抗排斥治疗）的医疗费用报销给予倾斜，参保职工在市内定点医疗机构住院的报销比例统一为95%，在市外定点或非定点医疗机构住院的报销比例统一为85%。

（三）大病保险。参保职工个人年度累计自付基本医疗费用超过1.5万元以上部分，在市内定点医疗机构住院的，由大病保险按90%比例赔付；在市外定点、非定点医疗机构住院的，由大病保险按85%比例赔付，年度累计最高支付限额为40万元。

第二十条 建立门诊特定病种制度，参保人患病在门诊治疗且病情达到特定病种鉴定标准的，经认定可享受门诊特定病种待遇。具体病种待遇标准按《揭阳市基本医疗保险门诊特定病种管理办法》（揭府〔2017〕20号）及有关规定执行。

第二十一条 新生儿应参加城乡居民基本医疗保险。超过参保办理时间且其母亲已参加职工基本医疗保险的新生儿，在出生年度内随母亲享受职工基本医疗保险待遇，但母婴两人享受的待遇总额不能超过其母亲基本医疗保险年度最高限额。

第二十二条 统筹基金起付标准、支付限额和支付比例须调整时，由市人力资源和社会保障局会同市财政局拟定调整方案，报市人民政府

批准后执行。

第二十三条 职工患病住院，经批准须转诊、转院以及特殊检查和治疗的，按有关规定执行。

第二十四条 因急诊抢救不能赴定点医疗机构就诊者，可在附近医院就诊，凭就诊医院诊断证明书、病历和处方、有效报销收据和费用清单报支医疗费。

职工出差、探亲（在国内）患病可在当地定点医疗机构就诊，凭医院诊断证明书、病历和处方、有效报销收据和费用清单，经社会保险经办机构批准，住院医疗费用可按职工异地住院处理。

第二十五条 下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外就医的；
- （五）法律法规规定的其他不予支付的费用。

第四章 协议管理

第二十六条 职工基本医疗保险实行定点医疗机构和定点零售药店协议管理。定点医疗机构、零售药店应当与社会保险经办机构签订服务协议，并报同级人力资源和社会保障部门备案。

参保人在定点医疗服务机构就医，其医疗费用应当符合本省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施目录的管理规定。

第二十七条 医疗保险定点医疗机构和定点零售药店，应当与社会保险经办机构签订有关职工基本医疗保险服务范围、项目费用等内容的协议，以明确各自的责任、权利和义务。超出规定的医疗服务范围和用药的医疗费用，基本医疗保险基金不予支付。

第二十八条 定点医疗机构应当按医疗保险规定为参保人员提供基本医疗服务，坚持“因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费”的原则，有义务控制不合理的费用支出，杜绝浪费。

定点医疗机构和定点零售药店医疗服务的收费必须符合市物价标准，不得擅自增设收费项目和提高收费标准，不得分解和重复收费。凡不符合物价规定的将不予支付医疗保险基金。

定点医疗机构内部应当安排专人负责职工基本医疗保险工作，协调处理参保人门诊、住院、费用结算等事宜。

第二十九条 职工可选择定点医疗机构诊病和选择定点零售药店购药。定点医疗机构医生开的处方，职工可在定点医疗机构购药，也可在定点零售药店购药。定点医疗机构必须设立职工医疗保险服务窗口，便于职工的诊病、购药和结算。

第三十条 职工基本医疗保险的参保人凭身份证和医保卡到定点医疗机构、定点零售药店就诊、购药、结算。

第三十一条 严格执行特殊检查、特殊治疗、转诊、转院的审批制度，严格执行用药管理规定、费用开支范围等制度。

第三十二条 住院费用实行按病种、按人头（定额）、按床日、总额预付等多种方式相结合的复合型付费方式。定额标准以医院上年度人次平均住院费用（剔除超范围、超标准费用）计算，每年由社会保险经办机构同定点医疗机构协商确定。

定额管理：当住院实际支出低于定额标准时，节余部分按一定比例奖励给定点医疗机构，超出定额标准部分，医疗机构与统筹基金各负担一定比例。

第三十三条 各级人力资源和社会保障部门会同卫生主管部门按照职工基本医疗保险的有关政策规定，定期或不定期对定点医疗机构、医务人员进行检查。同时，对用人单位、社会保险经办机构人员、财务人

员以及参保人员执行职工基本医疗保险管理的情况，进行检查和监督。

第五章 基金的管理、监督和处罚

第三十四条 职工基本医疗保险纳入财政专户管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用。

第三十五条 社会保险经办机构的事业经费由各级财政预算解决，不得从职工基本医疗保险基金提取。

第三十六条 社会保险经办机构要建立健全资金的预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。

第三十七条 各级人力资源和社会保障部门、财政部门要加强对基本医疗保险基金的监督管理。审计部门要依法对职工基本医疗保险基金收支情况和管理情况进行审计监督。

第三十八条 政府设立由政府有关部门代表、用人单位代表、医疗单位代表、工会代表和有关专家参加的市医疗保险基金监督小组，负责对职工医疗保险基金的收支、使用、管理进行检查、监督，协调医疗保险有关方面的关系。检查和监督情况定期向社会公布。

第三十九条 职工基本医疗保险基金的银行计息办法，按照国家有关规定执行。

第四十条 定点医疗机构和定点零售药店从业人员违反医疗保险规定情节严重的，依法追究相关责任。

第四十一条 用人单位未按照规定为职工办理社会保险登记或未按时足额缴纳医疗保险费的，按照《中华人民共和国社会保险法》第八十四条、第八十六条的规定处理。

第四十二条 参保人员有下列违反职工基本医疗保险规定行为之一的，社会保险经办机构有权追回发生的费用：

- (一) 将本人医疗保险证转借给他人就医的；

- (二) 持他人的医疗保险证就医的；
- (三) 私自伪造处方、单据多报冒领的；
- (四) 诈病就医的；
- (五) 其他违反职工基本医疗保险规定的行为。

第四十三条 社会保险经办机构工作人员有下列行为之一的，视其情节轻重，依法给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

- (一) 在征收医疗保险费，审核、报销、给付医疗费用时徇私舞弊，损公肥私的；
- (二) 利用职权和工作之便索取贿赂、谋取私利的；
- (三) 玩忽职守和违反财经纪律造成医疗保险资金重大损失的；
- (四) 因其他不法行为被投诉，并经查证属实的。

第六章 附 则

第四十四条 本规定中的市外定点医疗机构，是指该医疗机构为当地定点医疗机构，也是我市定点医疗机构。市外非定点医疗机构，是指该医疗机构为当地定点医疗机构，但不是我市定点医疗机构。

第四十五条 本规定自2017年10月1日起施行，有效期至2022年9月30日止。