

揭阳市人民政府令

第 38 号

《揭阳市城镇职工基本医疗保险规定》已经 2012 年 8 月 1 日揭阳市人民政府第五届 5 次常务会议通过，现予发布，自 2012 年 10 月 1 日起施行。

市长 陈 东

二〇一二年八月十二日

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》及有关法律、法规的规定，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、中央部、委、办和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、一至六级以上革命伤残军人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 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 医疗保险基金的筹集

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。

医疗保险基金按“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则筹集。

第八条 用人单位按职工工资总额的 6.0%，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缴。个人工资总额高出上年度全市城镇在岗职工月平均工资 300% 部分不缴纳医疗保险费。低于上年度全市城镇在岗职工月平均工资 60% 的，按 60% 缴纳。

第九条 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，退休后用人单位及个人均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。今后国家或省对职工基本医疗保险缴费年限有统一规定的，从其规定。

(一) 一次性缴纳：由单位选择一次性按全市上年度社平工资、以每年递增 10% 为基数，按 6.5% 的缴费比例（含大额补充医疗保险）缴纳。

(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全市上年度社平工资的，按全市上年度社平工资计算，下同），由用人单位按 6.5% 的缴费比例（含大额补充医疗保险）逐月缴纳。

(三) 社会申办退休人员参加职工医保的可按第一项、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保费。

第十一条 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。

第十二条 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。单位欠缴费的, 从欠缴次月起基本医疗保险统筹基金停止支付用人单位职工的医疗保险待遇, 个人帐户余额仍归个人使用。

用人单位未依照本规定参加基本医疗保险或未足额申报单位工资总额, 损害职工基本医疗保险权益的, 由用人单位按照本规定的基本医疗保险待遇项目和标准向职工支付。

用人单位参加职工基本医疗保险并补足应当缴纳的基本医疗保险费、滞纳金后, 由基本医疗保险基金依照本规定支付补足后新发生的费用。

第十三条 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。

第十四条 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5%以内部分, 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额补充医疗保险, 由个人缴纳大额补充医疗保险费; 达到累计缴费年限的退休人员不缴纳大额补充

医疗保险费，享受大额补充医疗保险待遇。

第十五条 首次参加职工基本医疗保险的单位，应先垫付 1 个月的医疗保险费作为职工基本医疗保险启动资金。

第十六条 单位和职工个人缴纳的医疗保险费，可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，每年可根据我市经济发展和医疗费用水平变化情况，由市政府报省政府批准后，作相应的调整。

第三章 统筹基金和个人帐户

第十八条 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。各县（市、区）可根据实际情况，单建住院统筹或统帐结合。

（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，统筹基金用于支付职工基本医疗保险待遇。

（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上年度社会平均工资的 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%。

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负部分。个人帐户不得提取现金，不得透支，超支不补，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。

第十九条 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。

第四章 医疗待遇

第二十条 参保人就医，实行定点医疗制度。

第二十一条 参保人在定点医疗机构门诊享受普通门诊待遇，具体办法另行规定。

第二十二条 参保人在本市定点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，在起付标准以上、最高限额以下的由统筹基金和个人按比例支付，超最高限额的由大额医疗保险按比例赔付。

(一) 起付标准和最高限额

1、本市定点医疗机构就医起付标准：一级医院 400 元，二级医院 500 元，三级医院 600 元；

2、本市以外异地住院起付标准：一级医院 600 元，二级医院 800 元，三级医院 1000 元；参保职工当年患病多次异地住院的，从第二次起起付标准统一为 600 元。

3、基本医疗保险最高限额 6 万元。

(二) 报销比例。参保人在定点医疗机构住院发生的基本医疗费用在起付标准以上最高限额以内的，在职人员由统筹基金支付 80% 以上，个人自付 20% 以下；退休人员由统筹基金支付 85% 以上，个人自付 15% 以下。

(三) 对特殊病种（只限恶性肿瘤、透析疗法、器官移植）的医疗费用给予照顾。职工每次住院发生的基本医疗费用，在起付标准以下的由职工个人自付；起付标准以上，最高限额以下的医疗费用，职工个人自付 5%，统筹基金支付 95%。

(四) 职工多次住院，年度累计基本医疗费用在基本医疗保险最高限额以上部分由大额医疗保险按 85% 以上比例赔付，年度累计实际最高赔付限额为 15 万元以上（具体赔付额以医保经办机构与商业保险公司

签订的服务协议为准)。

第二十三条 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，经批准可享受门诊特定病种待遇。具体病种待遇标准按《揭阳市城镇职工基本医疗保险门诊特定病种认定暂行办法》（揭府〔2007〕117号）及有关规定执行。

第二十四条 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。

第二十五条 统筹基金起付标准、最高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报市人民政府批准执行。

第二十六条 职工患病住院，经批准须转诊、转院以及特殊检查 and 治疗的，按有关规定执行。

第二十七条 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）患病可在就近医院就诊，凭医院诊断证明书、病历和处方、有效报销收据和费用清单，经社保经办机构批准，住院医疗费用可按职工异地住院处理。

第二十八条 下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- （一）应当由工伤保险基金支付的；
- （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。

第五章 医疗管理

第二十九条 职工基本医疗保险实行定点医疗机构协议管理。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。

第三十条 职工基本医疗保险实行定点医疗和定点零售药店管理。市直定点医疗机构和零售药店由市人力资源和社会保障部门认定资格，市社保经办机构签订服务协议；县（市、区）定点医疗机构由当地县级人力资源和社会保障部门认定资格，社保经办机构签订服务协议，并报市人力资源和社会保障部门。

第三十一条 医疗保险定点医疗机构和定点零售药店，必须与社保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，医疗保险基金不予支付。

第三十二条 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。

定点医疗机构内部要有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、费用结算等有关事宜。

第三十三条 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，职工可在定点医院购药，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。

工作或居住（指退休异地居住）在外地的医疗保险对象，也实行定点医疗，按住址就近原则，确定1-2家定点医疗机构，由用人单位或参保人报社保经办机构审核、备案。

第三十四条 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。须住院治疗的应向定点医疗机构缴纳押金并办理住院手续，其医药费用采取记帐方式，按有关规定进行结算。

第三十五条 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。

第三十六条 门诊费用实行项目结算。住院费用采用定额管理和质量考核相结合的办法管理。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，报人力资源和社会保障部门批准执行。

定额管理：当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。

质量考核是对定点医疗机构所发生的基本医疗费用，按定额费用办法结算，根据年度考核结果进行结算偿付。

第三十七条 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、医务人员进行检查考核和实施监督奖惩。同时，对用人单位、社保经办机构人员、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。

第六章 基金的管理、监督和处罚

第三十八条 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。

第三十九条 社保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。

第四十条 社保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。

第四十一条 各级人力资源社会保障部门和财政部门要加强对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。

第四十二条 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。

第四十三条 职工基本医疗保险基金的银行计息办法，按国家有关规定执行。

第四十四条 定点医疗机构和定点零售药店从业人员如有违反医疗保险规定者，在考核时给予扣分；情节严重的，可取消定点机构资格。

第四十五条 参保人员有下列违反职工基本医疗保险规定行为之一的，社保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诊的；
- (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。

第四十六条 社保经办机构工作人员有下列行为之一的，视其情节轻重，给予行政处分，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) 其他不法行为被投诉，并经查证属实的。

第七章 附 则

第四十七条 本规定自2012年10月1日起施行，有效期至2017年9月30日止。2000年11月6日市人民政府颁发的《揭阳市城镇职工基本医疗保险暂行规定》（揭府〔2000〕70号）同时废止。