**成都市城镇职工基本医疗保险暂行办法**

成府发[2000]184号

**第一章 总 则**

第一条 为完善社会保障制度，保障职工基本医疗需求，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《四川省贯彻〈国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定〉的意见》等有关规定，结合成都市实际，制定本办法。
　　第二条 实施城镇职工基本医疗保险遵循以下原则:
　　(一)基本医疗保险的水平应与我市的社会经济发展水平相适应；
　　(二)城镇所有用人单位及其职工必须参加基本医疗保险，实行属地管理；
　　(三)基本医疗保险费由用人单位和职工双方共同负担；
　　(四)基本医疗保险基金实行社会统筹与个人帐户相结合。
　　第三条 市劳动保障行政部门主管全市城镇职工的医疗保险工作。区(市)县劳动保障行政部门主管本行政区域内的城镇职工的医疗保险工作。市和区(市)县劳动保障行政部门按照规定设立的社会保险经办机构(以下简称社保机构)依照本办法的规定，具体承办所辖统筹范围的医疗保险业务。

**第二章 基本医疗保险范围和统筹层次**

第四条 本市行政区域内的下列城镇用人单位和人员(包括退休人员和按国务院有关规定办理的退职人员)，必须参加基本医疗保险:

(一)企业(包括各种所有制和各种组织形式的企业)及其职工；

(二)国家机关及其工作人员、事业单位及其职工、社会团体及其专职人员；

(三)民办非企业单位及其职工；

(四)有雇工的城镇个体工商户及其雇工；

(五)其他应参加基本医疗保险的单位及其职工。

有条件的乡镇企业及其职工可本着积极稳妥和区别对待的原则，逐步纳入基本医疗保险。

没有雇工的城镇个体工商户和城镇自由职业人员，应当参加基本医疗保险。

在本市行政区域内的外国人和港、澳、台地区人员，不适用本办法。

第五条 离休人员、老红军不参加基本医疗保险，医疗待遇不变。原由财政支付的机关、事业单位的离休人员、老红军的医疗费，由劳动保障行政部门负责管理；原由企业及其他单位支付的离休人员、老红军的医疗费，仍由所在单位负责管理，支付确有困难的，由同级政府帮助解决。在切实保障离休人员、老红军医疗待遇不变的前提下，要加强医疗费用管理。具体办法由市劳动保障行政部门会同财政、卫生和老干部主管部门制定。

二等乙级及其以上革命伤残军人不参加基本医疗保险，医疗待遇不变。医疗费用按原资金渠道解决，由社保机构单独列帐管理，医疗费支付不足的部分，由同级政府帮助解决。其医疗管理办法由市劳动保障行政部门会同财政、民政、卫生行政部门制定。

第六条 基本医疗保险在全市范围内实行统一制度、统一标准、统一管理。基本医疗保险基金以市和区(市)县为统筹单位，条件具备时再实行全市统一调剂。

(一)市社保机构经办下列单位的基本医疗保险业务；

1、锦江、青羊、金牛、武侯、成华区(含高新区，以下统称五城区)范围内，由市或省工商行政管理部门发给营业执照的生产经营性单位；

2、五城区范围内，经市或市以上有关部门批准成立的非生产经营性单位；

(二)区(市)县社保机构经办下列单位的基本医疗保险业务:

1、由区(市)县工商行政部门发给营业执照的生产经营性单位；

2、区(市)县有关部门批准成立的非生产经营性单位；

3、由市或省工商行政管理部门发给营业执照，地处五城区以外的区(市)县的生产经营性单位。特殊情况经市劳动保障行政部门批准后，可以到市社保机构参加基本医疗保险。

4、由市或市以上有关部门批准成立，地处五城区以外的区(市)县的非生产经营性单位。特殊情况经市劳动保障行政部门批准后，可以到市社保机构参加基本医疗保险。

城镇个体工商户和城镇自由职业人员，居住在五城区以内的，可到市或所在地的区社保机构参加基本医疗保险；居住在五城区以外的区(市)县的，到所在地的区(市)县社保机构参加基本医疗保险。
　　第七条 跨地区、生产流动性大的企业及其职工，经市劳动保障行政部门批准，可以采取相对集中的方式异地参加统筹地区的基本医疗保险。

**第三章 缴费标准**

第八条 基本医疗保险费由用人单位和职工共同缴纳。用人单位按职工工资总额的7.5%缴纳。职工个人按上一年本人工资收入的2%缴纳，由用人单位在其工资收入中代扣代缴。个体工商户和自由职业人员基本医疗保险费，包括单位缴费和个人缴费全部由个人缴纳。按国家和省、市有关规定并经有关部门办理退休手续的退休人员个人不缴纳基本医疗保险费。

用人单位的人均工资总额，低于上一年本市职工平均工资60%的，以上一年本市职工平均工资的60%作为缴费基数；职工个人的工资收入低于上一年本市职工平均工资60%的，以上一年本市职工平均工资的60%作为缴费基数。

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，由再就业服务中心以上一年本市职工平均工资的60%为基数缴纳。
个体工商户和自由职业人员以及新建单位均以上一年本市职工平均工资为缴费基数。
　　第九条 企业依法破产，应当依照法定顺序清偿欠缴的医疗保险费，并按上一年度本市退休人员人均医疗费实际支付额，为退休人员一次性缴纳10年的医疗保险费用。

用人单位因解散或撤销，应当优先清偿欠缴的医疗保险费，并按前款规定的标准一次性缴纳退休人员的医疗保险费用。
　　第十条 在建立完善基本医疗保险制度的基础上积极开展补充医疗保险。具有条件的单位应当按照本市职工补充医疗保险办法为职工建立补充医疗保险，所需费用在工资总额4%以内的部分，从职工福利费中列支。特定行业福利费不足列支的部分，经同级财政部门核准后列入成本。

**第四章 个人帐户和统筹基金**

第十一条 基本医疗保险基金由个人帐户和统筹基金构成。个人帐户和统筹基金分开核算，互不挤占。个人帐户用于支付门诊医疗费，统筹基金用于支付住院医疗费。
　　第十二条 社保机构按下列标准为参保人员建立个人帐户，并制发医疗保险卡:
　　(一)不满50周岁的在职职工:个人按2%缴纳的基本医疗保险费全部计入个人帐户；用人单位缴费计入个人帐户的金额，按年龄计算，每1周岁增加本人缴费基数的0.02%；
　　(二)年满50周岁的在职职工:个人按2%缴纳的基本医疗保险费全部计入个人帐户；用人单位缴费计入个人帐户的金额，按年龄计算，每1周岁增加本人缴费基数的0.035%；
　　(三)退休人员按上一年本市职工平均工资的2%划入；按年龄计算，每1周岁增加上一年本市职工平均工资0.035%。退休人员的个人帐户金全部从单位缴费中划入。退休人员基本养老金高于上一年本市职工平均工资时，以其基本养老金为基数。
　　第十三条 个人帐户金及利息属于参加医疗保险人员(以下简称参保人员)个人所有，可以结转和继承。本人到医疗保险统筹范围外的单位工作时，个人帐户随之转移。
　　第十四条 统筹基金起付标准和最高支付限额
　　(一)统筹基金起付标准:住一级医院为入院时上一年本市职工平均工资的5%；住二级医院为入院时上一年本市职工平均工资的8%；住三级医院为入院时上一年本市职工平均工资的12%。起付标准按次计算，一个自然年度内多次住二级或三级医院的，逐次降低1%。
　　(二)统筹基金最高支付限额:一个自然年度内统筹基金为个人支付的医疗费累计为上一年本市职工平均工资的4倍。

**第五章 基本医疗保险待遇**

第十五条 参保人员在定点医疗机构门诊或在定点药店购药的门诊医疗费和药费，从个人帐户中支付，超支自理。确需长期门诊治疗的特殊疾病，个人帐户不足支付的，可由统筹基金支付一部分。具体病种和支付办法由市劳动保障行政部门会同市卫生行政部门和财政部门另行制定。
　　第十六条 参保人员在定点医疗机构发生的符合基本医疗保险规定的一次性住院医疗费，其数额在统筹基金起付标准以上最高支付限额以下的部分，个人先自付一部分特殊费用以后，由统筹基金支付75%，在此比例上，每1周岁增加支付0.2%。

个人先自付一部分特殊费用按住院期间下列费用的20%计算:
　　(一)实施基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目的费用；
　　(二)使用国家和省规定的《基本医疗保险药品目录》中“乙类目录”药品费；
　　第十七条 个体工商户和自由职业人员缴纳基本医疗保险费满1年以后发生的住院医疗费，统筹基金按规定予以支付。
　　第十八条 国家公务员在参加基本医疗保险的基础上享受医疗补助。补助标准根据国家和省政府的规定，由市劳动保障行政部门会同市财政等有关部门另行制定。
　　第十九条 工伤(职业病)、生育所需医疗费用不列入基本医疗保险支付范围。已参加工伤保险、生育保险的，按工伤保险、生育保险的有关规定支付。没有参加工伤保险、生育保险的，由原资金渠道列支。原享受公费医疗的机关事业单位职工的工伤、生育医疗费用，在参加工伤、生育保险前列入基本医疗保险支付范围，具体报销办法另定。
　　第二十条 缴费单位和缴费个人应当按本办法的规定不间断并足额缴纳基本医疗保险费。中断缴费时，统筹基金停止支付其医疗费用。缴费单位和缴费个人按规定足额缴纳中断期间的基本医疗保险费、利息和滞纳金以后，中断缴费期间发生的住院医疗费，统筹基金按规定予以支付。

**第六章 基本医疗费用结算**

第二十一条 参保人员门诊或购药，凭医疗保险卡由定点医疗机构或定点药店记帐，属于基本医疗保险支付范围的门诊医疗费或药费，由定点医疗机构或定点药店与社保机构结算。
　　第二十二条 住院期间的医疗费用，应由统筹基金支付的部分由医院与社保机构结算，应由个人负担的部分由医院与个人结算。
入院时个人要向医院缴纳一定数额的预付金，用于支付应由个人负担的费用。预付金的具体数额由医院根据病情确定，出院时医院与个人结算。收取费用时医院应向缴款人出具收款赁据。

**第七章 基本医疗保险基金的管理和监督**

第二十三条 基本医疗保险基金实行财政专户管理，专款专用，任何单位和个人不得挪用。
社保机构用于医疗保险业务的工作经费由同级财政预算解决，不得从医疗保险基金中提取。
　　第二十四条 社保机构负责基本医疗保险基金的征缴、管理和按规定及时支付医疗保险待遇，并要建立健全预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。
劳动保障行政部门和财政部门对医疗保险基金实行监督管理。审计部门定期对医疗保险基金收支和管理情况进行审计。
社会保险基金监督委员会组织有关方面的人员对医疗保险基金实行社会监督。
　　第二十五条 基本医疗保险基金的银行计息办法:当年征集的部分，按活期存款利率计息；上年结转的基金本息，按3个月期整存整取银行存款利率计息，存入财政专户的沉淀资金，比照3年期零存整取储蓄存款利率计息，并不低于该档次利率水平。
　　第二十六条 统筹基金出现超支时，劳动保障行政部门和社保机构应当分析原因并及时向同级人民政府报告，由同级人民政府采取措施予以解决。

**第八章 医疗服务管理**

第二十七条 劳动保障行政部门会同卫生、财政等有关部门，根据国家和省政府的有关规定，制定基本医疗服务范围标准、药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准等相应的管理办法。
　　第二十八条 基本医疗保险实行定点医疗机构和定点药店管理。
劳动保障行政部门会同卫生、财政等有关部门根据国家和省有关规定制定定点医疗机构和定点药店的资格审定实施办法。
　　第二十九条 定点医疗机构和定点药店应配备专职或兼职管理人员，与社保机构共同做好医疗服务管理工作。对参保人员的医药费用实行单独建帐，并按要求及时、准确地向社保机构提供参保人员医药费用等有关信息。
　　第三十条 参保人员可以在定点医疗机构和定点药店范围内，自主选择医院就医或药店购药。在非定点医疗机构和非定点药店发生的费用，基本医疗基金不予支付，但急救除外。
　　第三十一条 社保机构有权检查和审核参保人员医药费用。

**第九章 法律责任**

第三十二条 未按照规定办理基本医疗保险参保手续，或者未按照规定申报应缴纳的基本医疗保险费数额的，由劳动保障行政部门责令限期改正，情节严重的，依照国务院《[社会保险费征缴暂行条例](http://law.esnai.com/law_show.aspx?LawID=24448)》的规定，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员可以处1000元以上5000元以下罚款；情节特别严重的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员可以处5000元以上10000元以下罚款。
　　第三十三条 参加医疗保险的单位违反有关财务、会计、统计的有关规定，伪造、变造、故意销毁有关帐册、材料，或者不设帐册，致使基本医疗保险费缴费基数[无](http://law.esnai.com/law_show.aspx?LawID=55370)法确定的，除依照有关法律、行政法规的规定给予行政处罚、纪律处分、刑事处罚外，依照本办法的有关规定征缴基本医疗保险费；延迟缴纳的，由劳动保障行政部门依照国务院《社会保险费征缴暂行条例》第十三条的规定加收滞纳金，并对直接负责的主管人员和其他直接责任人员处5000元以上20000元以下罚款。
　　第三十四条 不符合享受基本医疗保险待遇条件，以弄虚作假、冒名顶替等手段骗取医疗费和其他医疗保险待遇的，由社保机构责令退还；情节严重的，由劳动保障行政部门依照有关规定予以处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。
　　第三十五条 单位和个人对劳动保障部门的具体行政行为不服的，可以依法申请行政复议；对复议决定不服的，可以依法提起行政诉讼。
　　第三十六条 劳动保障行政部门、社保机构工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，致使医疗保险费流失的，由劳动保障行政部门追回流失的保险费；构成犯罪的，依法追究刑事责任；尚不构成犯罪的，依法给予行政处分。
　　第三十七条 任何单位、个人挪用医疗保险基金的，追回被挪用的医疗保险基金；有违法所得的，依照国务院《社会保险费征缴暂行条例》第二十八条的规定予以没收，并入医疗保险基金；构成犯罪的，依法追究刑事责任；尚不构成犯罪的，对直接责任人员依法给予行政处分。

**第十章 附 则**

　　第三十八条 基本医疗保险基金实行全市统一调剂以前，区(市)县可根据本地医疗消费水平和经济发展水平，经市劳动保障行政部门批准，在本办法规定的范围内对单位的缴费比例和统筹基金支付比例可作适当的调整；少数退休人员比例偏高的区(市)县，五年之内可以采取向有退休人员的用人单位按退休人数和一定比例收取医疗保险费用的过渡性措施。

第三十九条 市劳动保障行政部门可根据本办法的规定制定实施细则，报市人民政府法制局备案。

第四十条 本办法具体应用中的问题由成都市劳动局负责解释。

第四十一条 本办法从2001年1月1日起施行，过去本市制定的行政规章和规范性文件的有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。

2000年12月11日