

高等院校



内部管理制度全集

NEIBUGUANLIGUIZHANGZHIDUQUANJI

中国知识出版社

第四卷

职工本人工资高于市区或县（市）上年度职工社会平均工资 300% 的，按 300% 为基数计算缴费；低于市区或县（市）上年度职工社会平均工资 60% 的，按 60% 为基数计算缴费。

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，均从再就业资金中划拨，按市区或县（市）上年度职工社会平均工资的 60% 为基数计算缴费。城镇个体经济组织业主及其从业人员或无法确定工资总额的用人单位及其个人，医疗保险费均以上年度职工社会平均工资为基数计算缴费。

用人单位及其职工应当按《社会保险费征缴暂行条例》（国务院令第 259 号）的规定，按时足额缴纳基本医疗保险费。

（三）建立社会统筹与个人账户相结合的基本医疗保险制度

本着权利与义务相统一，社会互济互助与自我保障相结合的原则，基本医疗保险实行社会统筹和个人账户相结合的办法。

1. 建立统筹基金。统筹基金由用人单位缴纳的基本医疗保险费扣除按规定划入在职职工和退休人员个人账户费用的剩余部分组成。统筹基金由全体参加基本医疗保险的人员共同享有，由社会医疗保险经办机构集中管理，根据参加基本医疗保险职工的需求，统一调剂使用。

2. 建立个人账户。社会医疗保险经办机构为每个职工建立个人账户。个人账户由在职职工个人缴纳的基本医疗保险费、用人单位缴纳的基本医疗保险费按 30% 左右的比例划入部分以及按规定计人的利息等三部分组成。用人单位缴纳的基本医疗保险费按在职职工的年龄分档次划入个人账户。市区在职职工年龄在 45 周岁以下（含 45 周岁）的，划入个人账户的比例为本人工资收入的 1.1%；年龄在 45 周岁以上的，划入个人账户的比例为本人工资收入的 2%。县（市）在职职工年龄在 45 周岁以下（含 45 周岁），划入个人账户的比例为本人工资收入的 1% 左右；年龄在 45 周岁以上的，划入个人账户的比例为本人工资收入的 1.5% 左右。

用人单位缴纳的基本医疗保险费为退休人员划入个人账户的比例，市区为本人养老金的 5%；县（市）为本人养老金的 4% 左右。

个人账户基本医疗保险费和利息为职工个人所有，可以结转和继承，但不得提取现金。

（四）基本医疗保险基金的支付和使用

基本医疗保险基金中的统筹基金和个人账户要划定各自的支付范围，分开核算，不得相互挤占。住院医疗费主要由统筹基金支付，门诊医疗费主要由个人账户支付。

1. 统筹基金的使用。职工在定点医疗机构住院使用统筹基金，要设立起付标准和最高支付限额，并确定起付标准以上最高支付限额以下职工个人的自付比例。

(1) 起付标准。职工年度内首次住院使用统筹基金，起付标准按一、二、三级医疗机构划分，分别为市区或县（市）上年社会平均工资的 5%、8%、12%（计算时 4 舍 5 入按百元取整数）。对一年内多次住院的，使用统筹基金的起付标准依次降低，每增加一次降低 2 个百分点，最多降两次。

起付标准规定的费用由职工本人负担。

(2) 最高支付限额。使用统筹基金的最高支付限额以 1 年期核算，分别为市区和县（市）上年社会平均工资的 4 倍（计算时 4 舍 5 入按千元取整数）。

(3) 起付标准以上最高支付限额以下职工个人的自付比例。采取分段计算、累加支付的办法。在职工医疗费用在起付标准至 5,000 元以内的，个人自付 10%；5,000 元至 10,000 元的，个人自付 14%；10,000 至最高支付限额的，个人自付 16%。退休人员个人自付比例相应降低 3 个百分点。

用人单位欠缴医疗保险费期间，职工停止使用统筹基金。

2. 个人账户的使用

门诊医疗费使用个人账户，超支自理。住院医疗费个人自付部分可以从个人账户结余资金中冲减。用人单位欠缴医疗保险费，个人账户余额可继续使用。职工本人工作调动，个人账户随之转移。

（五）有关人员的医疗待遇

1. 离休人员、老红军的医疗待遇不变。机关事业单位离退休人员、老红军的医疗费用由原资金渠道解决。在 ×× 企业离休人员的医疗费用仍按中共 ××× 市委员会办公厅、××× 市人民政府办公厅《关于企业离休人员医疗费用实行社会统筹的意见》的规定执行。

2. 二等乙级以上革命伤残军人的医疗待遇不变，医疗费用按原资金渠道解决。

3. 普通高等院校在校学生的医疗经费，仍按原资金渠道解决，由学校管理。

4. 国家公务员在参加基本医疗保险的基础上，享受医疗补助。具体办法另行制定。

5. 女职工生育所支付的医疗费，在没有实施生育保险统筹前，仍按原规定由原资金渠道解决。

6. 企业职工工伤发生的医疗费，按《市企业职工工伤保险办法》（××× 市人民政府令 1998 年第 11 号）规定执行。

（六）基本医疗保险基金的管理与监督

基本医疗保险基金纳入财政专户管理，专款专用，不得挤占挪用。社会医疗保险经办机构要建立健全预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。社会医疗保险经办机构的事业经费，由财政预算解决。

劳动保障行政部门和财政部门，要依法加强对基本医疗保险基金的管理，审计部门要定期对基本医疗保险基金收支和管理情况进行审计。要建立有劳动保障部门、财政部门、审计部门、工会组织、用人单位代表、医疗结构代表和有关专家参加的基本医疗保险基金监督组织，加强对基本医疗保险基金的社会监督。

（七）实行定点医疗机构和定点药店管理

基本医疗保险实行定点医疗机构和定点药店管理。市劳动保障行政部门应本着中西医并举，基层、专科和综合医疗机构兼顾的原则，引入竞争机制，组织审定定点医疗机构和定点药店。社会医疗保险经办机构应就服务人群、服务范围、服务内容、服务质量、收费标准、医疗费用结算以及医疗费用审核与控制等内容与定点医疗机构和定点药店签订合同，明确双方的责任、权利和义务。

职工就医和购药实行定点医疗和处方外配制度。

（八）推行医药卫生体制改革

在推进职工基本医疗保险制度改革的同时，要加强医疗服务管理，建立医药分开核算，分别管理的制度，严格控制医药费用水平；理顺医疗服务价格，减员增效，降低医药成本，提高医药人员业务素质和服务质量，规范医药服务行为，积极发展社区卫生服务，优化医疗卫生资源配置，促进医药卫生事业的健康发展，确保医疗保险制度改革顺利进行。

（九）建立职工基本医疗保险的补充机制

为解决职工患重大疾病医疗费支出超出统筹基金最高支付限额部分的费用，建立大额医疗救助制度，大额医疗救助金由用人单位和职工个人共同缴纳，标准为每人每月5元，单位缴纳2.5元，个人纳2.5元，大额医疗救助资金专款专用，单位核算，单独管理。具体办法另行制定。

为了不降低一些特定行业职工现有的医疗消费水平，有条件的单位还可建立其它形式的补充医疗保险。补充医疗保险费在工资总额4%以内的部分，从职工福利费中列支，福利费列支不足部分，经财政部门核准后列入成本。补充医疗保险不参加统筹，由建立补充医疗保险单位的职工使用。

三、保证措施

（一）加强组织领导

×××市行政区域内的各县（市）应当按照本《方案》以及相关配套政策的规

定，结合县（市）域实际，切实加强本地区基本医疗保险制度改革的组织领导，按市的基本医疗保险政策，确定各自的缴费比例，报市审批后执行。

（二）组建社会医疗保险经办机构

为加强我市医疗保险管理，根据工作需要，组建社会医疗保险经办机构。社会医疗保险经办机构主要负责医疗保险基金的收缴、管理和支付。

（三）制定完善各项配套政策

按照国家和省的有关规定，结合我市实际，市劳动保险行政部门会同有关部门制定《×××市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行规定》、《×××市城镇职工基本医疗保险基金结算暂行办法》、《×××市大额医疗救助金筹集使用暂行办法》等各项配套政策。

（四）建立基本医疗保险计算机管理系统，满足医疗保险制度改革工作的需要。

（五）加强基本医疗保险政策宣传和业务培训

为取得全社会对基本医疗保险制度改革的广泛理解和支持，将拟定基本医疗保险政策宣传提纲，利用各种媒体，广泛宣传基本医疗保险的相关政策。积极组织业务培训，并通过设立政策咨询日、组织召开动员大会等形式，使广大干部和职工以及社会各方面充分认识基本医疗保险的重要性，增强参与这项改革的自觉性和主动性。

第四节 某市城镇职工基本医疗保险暂行办法

第一章 总 则

第一条 为完善社会保障制度，保证城镇职工的基本医疗需求，促进经济发展和社会安定，根据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》和省政府的《×××省城镇职工基本医疗保险制度总体规划》以及有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 凡在本市行政区域内城镇下列用人单位及其在职职工、退休、退职人员（以下简称职工），均应当按本办法规定参加基本医疗保险：

（一）企业（包括国有企业、集体企业、公司、股份合作企业、联营企业、个

人独资企业等)及其职工,外商投资企业及其中方职工

(二)国家机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工;

(三)个体经济组织业主及其从业人员;

(四)在城镇注册和经营的乡镇企业及其职工。

第三条 城镇职工基本医疗保险实行属地管理。铁路、电力、电信等系统企业职工工作在本市的,按本办法规定参加本市的基本医疗保险。

第四条 城镇职工基本医疗保险实行市区和县(市)两级管理,市区和县(市)为两级统筹单位。

第五条 建立城镇职工基本医疗保险制度,应当坚持保障水平与社会经济发展水平相适应,社会互济与自我保障相结合,分步实施,逐步到位的原则。

基本医疗保险费用由用人单位和职工个人共同负担,实行社会统筹与个人账户相结合。统筹基金所有权属于参加基本医疗保险的全体人员,个人账户属于职工个人。

第六条 国家机关、事业单位、社会团体、企业、民办非企业单位和个体经济组织(以下简称用人单位)及其职工应当履行缴纳基本医疗保险费的义务,职工有依法享受基本医疗保险待遇的权利。

第七条 市劳动保障行政部门是本市基本医疗保险的主管部门,负责本办法的组织实施。

县(市)劳动保障行政部门负责辖区内城镇职工基本医疗保险的管理。

市、县(市)劳动保障行政部门所属的医疗保险经办机构负责基本医疗保险费的征缴、基本医疗保险基金的管理和支付等日常工作。

第二章 基本医疗保险费征缴

第八条 用人单位办理基本医疗保险登记,应当向社会医疗保险经办机构出示营业执照或者单位批准成立的其他证件组织、组织机构代码证书、开户银行账号、职工名册。

用人单位基本医疗保险登记各项发生变更或者用人单位依法终止的,应当自变更或者终止之日起30日内到原登记机构办理变更或者终止登记手续。

第九条 基本医疗保险费按下列标准缴纳:

(一)市区用人单位按照职工上年度工资总额的7.5%缴纳;县(市)用人单位按照职工上年度工资总额的6%左右缴纳;

(二) 在职职工按照本人上年度工资收入的 2% 缴纳。

退休、退职人员个人不缴纳基本医疗保险费。

第十条 工资总额按照国家统计局规定列入工资性收入的统计项目计算。

职工上年工资收入低于全市市区或者县(市)上年社会平均工资 60% 的, 按照社会平均工资的 60% 确定缴费基数; 职工上年工资收入高于本市市区或者县(市)上年社会平均工资 300% 的, 按照社会平均工资的 300% 确定缴费基数。

第十一条 个体经济组织业主及其雇员、新建用人单位和用人单位当年新参加工作的职工, 按照上年度社会平均工资确定的缴费基数缴费。

下岗职工的基本医疗保险费(包括单位缴费部分和个人缴费部分)由再就业服务中心按照上年社会平均工资的 60% 为基金缴纳。

第十二条 用人单位和职工应当按月足额缴纳基本医疗保险费。事业单位(其中财政负担部分由财政下达到事业单位)、社会团体、企业、民办非企业单位缴纳基本医疗保险费, 由用人单位开户银行按照医疗保险经办机构开具的托收凭证基本账户中划缴; 机关由财政统一划转; 个体经济组织向医疗保险经办机构缴纳; 职工个人缴纳部分, 由用人单位在发放工资时代为扣缴。

第十三条 用人单位遇到资金周转困难, 不能按月缴纳基本医疗保险费的, 经劳动保障行政部门核准可以办理缓缴手续, 缓缴期限最长不超过三个月。

第十四条 用人单位缴纳的基本医疗保险费, 按照上列渠道列支:

(一) 企业在福利费中列支;

(二) 国家机关、全额预算管理的事业单位在财政预算中列支;

(三) 差额预算管理的其他事业单位以及自收自支的事业单位在事业经费中列支;

(四) 社会团体和民办非企业单位在收入中列支。

第十五条 单位合并、兼并、分立、转让、租赁、承包时, 由约定单位缴纳其欠缴的基本医疗保险费及利息; 由接收或者继续经营者为职工缴纳基本医疗保险费。

第十六条 企业依法破产的, 应当按照《中华人民共和国破产法(试行)》及有关规定, 优先清偿欠缴的基本医疗保险费, 并以本市同类人员上年人均医疗费为基数为退休、退职人员一次性缴足至 70 岁的基本医疗保险费。

单位被解散或者撤消, 按本条前款规定为职工缴纳基本医疗保险费。

第十七条 用人单位不得有下列行为:

(一) 瞒报职工工资总额;

(二) 伪造、编造、故意毁灭有关账册、材料。

第三章 基本医疗保险基金管理

第十八条 基本医疗保险基金的来源：

- (一) 用人单位和职工缴纳的基本医疗保险费；
- (二) 基本医疗保险基金的利息和增值收入；
- (三) 按规定收取的滞纳金；
- (四) 法律、法规规定的其他收入。

第十九条 用人单位和职工缴纳的基本医疗保险费，存入医疗保险经办机构在银行开设的“基本医疗保险基金收入户”后，转入基本医疗保险基金财政专户，实行收支两条线，专款专用，不得挤占、挪用。

第二十条 用人单位和职工缴纳的基本医疗保险费按规定比例划分为统筹基金和个人账户两部分，统筹基金和个人账户分别核算。

(一) 住院医治的疾病，在《×××市城镇职工基本医疗保险诊疗项目》（以下简称《诊疗项目》）范围内，使用符合《×××市城镇职工基本医疗保险诊疗项目》（以下简称《诊疗项目》）的药品以及采用《×××市城镇职工基本医疗保险服务设施范围和支付标准》（以下简称服务设施范围和支付标准）的服务设施发生的医疗费用应当由统筹金支付的部分；

(二) 门诊透析、门诊化疗和门诊进行检查发生的医疗费用应当由统筹金支付的部分；

(三) 不属于本条一项范围发生的医疗费用，经劳动保障行政部门批准应当由统筹金支付的部分。

《诊疗项目》、《药品目录》和《服务设施范围和支付标准》由劳动保障行政部门会同有关部门制定，经批准后实施。

第二十二条 基本医疗保险基金当年筹集部分和个人账户当年划入部分，按照银行同期居民活期存款利率计息；上年结转的基金和个人账户本息，按照银行同期居民3个月期整存整取存款利率计算；存入社会保障专户的沉淀基金，按照银行同期居民3年期零存整取存款利率计息。

第四章 个人账户管理

第二十三条 医疗保险经办机构应当为参加基本医疗保险的职工建立基本医疗

保险个人账户。

职工个人账户的构成：

(一) 本人缴纳的基本医疗保险费；

(二) 从用人单位缴纳的基本医疗保险费中按照本人工资或者退休金一定比例划入的基本医疗保险费；

(三) 按规定记入的利息。

第二十四条 用人单位缴纳的基本医疗保险费中按照职工年龄分档次以本人缴费工资或者退休金的下列比例划入个人账户：

(一) 年龄在 45 岁以下，市区的按照 1.1% 划入，县（市）的按照 1% 左右划入；

(二) 年龄在 45 岁以上，市区的按照 2% 划入，县（市）的按照 1.5% 左右划入；

(三) 退休、退职人员缴费年限（含视为缴费年限）15 年以上，市区的按照 5% 划入，县（市）的按照 4% 左右划入。

退休、退职人员缴费年限（含视为缴费年限）15 年以下一次性领取养老保险金的，只享受基本医疗保险社会统筹金。

第二十五条 个人账户支付范围：

(一) 在定点医疗机构门诊发生的费用；

(二) 在定点药店购药的费用；

(三) 在定点医疗机构住院治疗应当由个人负担的费用；个人账户不足支付的，由个人现金支付。

第二十六条 职工个人账户实行医疗保险卡管理，由医疗保险经办机构按月为职工个人账户划入基本医疗保险费。个人账户的本金和利息可以结转使用或者继承。

第二十七条 职工在全市市区内调动工作，需办理基本医疗保险关系转移手续，不变换医疗保险个人账户。职工跨地区调动工作，另行规定。

第二十八条 职工因故中断工作，其个人账户予以保留。重新工作后，个人账户存储额累计计算，不间断计息。

第二十九条 职工未达到法定退休年龄到国外、境外定居的，终止基本医疗保险关系，个人账户余额一次性结算。

第三十条 职工死亡的，个人账户余额可结转其指定受益人或者法定继承人使用。

第五章 基本医疗保险待遇

第三十一条 职工患病应在定点医疗机构和定点药店就医、购药。在定点医院门诊就医的，可在定点医疗机构购药，也可凭处方到定点药店购药。

第三十二条 职工在定点医疗机构住院使用统筹金，由个人支付标准规定的费用，统筹金起付标准以一次性住院核算，按照下列规定划分：

- (一) 在一级医疗机构住院的，为市区或者县（市）上年社会平均工资的 5%；
- (二) 在二级医疗机构住院的，为市区或者县（市）上年社会平均工资的 8%；
- (三) 在三级医疗机构住院的，为市区或者县（市）上年社会平均工资的 12%；
- (四) 一年内多次住院的，起付标准相应依次降低，每次降低 2 个百分点，最多降两次；

(五) 因公出差一次性住院的，使用统筹金的起付标准按照本市相应的定点医院的类别标准确定。

第三十三条 一次性住院是指病人办理一次入院、出院手续的过程。紧急抢救与住院不间断的，视为一次性住院。经批准转院过程在 3 日内的，两次住院可视为一次性住院，执行较高类别医院的起付标准。一次性住院诊治过程跨年度的，按诊治终结时间确定年度。

第三十四条 门诊透析，不设起付标准，医疗费由个人负担 10%。门诊化疗或者精神病患者在专科医疗机构住院，不设起付标准，医疗费由个人负担 20%。

劳动保障行政部门根据实际，适时调整门诊治疗列入统筹金支付的项目。

第三十五条 职工在定点医疗机构住院发生的医疗费用超过统筹金起付标准以上部分，由统筹金和职工个人按比例负担，统筹金最高支付限额按一年期核算，为市区或者县（市）上年度社会平均工资的 4 倍。

第三十六条 职工在定点医疗机构住院发生的医疗费用超过统筹金起付标准以上，最高支付限额以下部分，个人按下列比例负担：

- (一) 起付标准以上，5000 元以下部分，在职职工为 10%，退休、退职人员为 7%；
- (二) 5000 元以上，10000 元以下部分，在职职工为 14%，退休、退职人员为 11%；
- (三) 10000 元以上，最高限额以下部分，在职职工为 16%，退休、退职人员为 13%。

第三十七条 职工患病符合住院条件，适合家庭病床治疗的，经本人或者家属申请，经定点医疗机构批准，可以建家庭病床。家庭病床视为住院，建床期限为2个月，特殊情况不超过3个月。家庭病床起付标准为上年社会平均工资的1%。

家庭病床的病种根据需要由劳动保障行政部门会同卫生行政部门共同确定。

第三十八条 因病情特殊，需要转往本市非定点医疗机构或者异地医疗机构发生的医疗费，持定点医疗机构出具有关病情证明材料，经劳动保障行政部门批准，起付标准和个人负担比例均提高30%。未经批准的，医疗费全部自付。

第三十九条 职工在定点医疗机构进行符合《诊疗项目》中部分支付费用的检查、治疗和使用符合《药品目录》中乙类药品的，应当征得本人或者亲属同意（本人昏迷亲属不在身边的，征得单位领导同意；属于紧急抢救，本人亲属、单位领导都不在身边，可以由医疗机构决定），由个人按照下列比例自付后，其余部分按照本办法第三十六条规定执行：

（一）门诊特殊检查项目，个人自付40%，其余部分由统筹金支付；

（二）住院使用部分支付费用的诊疗设备及医用材料类的检查、治疗项目，使用乙类药品个人自付20%；

（三）住院进行部分支付费用的治疗项目类的器官组织移植和安装人工器官，个人自付30%。

第四十条 下列情况发生的医疗费，先由个人垫付，诊治终结后，由用人单位或者本人凭医疗保险卡、病历、转院审批表、诊断证明、化验检查报告单、复式处方、出院诊断、医疗费明细、医疗费收据等到医疗保险经办机构按照规定报销：

（一）职工因急诊在非定点医疗机构抢救发生的医疗费；

（二）因公出差人员患病住院发生的医疗费；

（三）常驻外地的在职职工或者易地安置的退休、退职人员住院发生的医疗费；

（四）转住本市非定点医疗机构或者异地医疗机构诊治发生的医疗费。

第四十一条 职工在定点医疗机构住院，应当向定点医疗机构预交一定数额的自付预付金，用于支付应当由个人负担部分的费用。

第四十二条 职工与用人单位协议保留劳动关系，协议保留劳动关系期间，本人按照单位和个人缴费比例之和计算的基本医疗保险费缴费金额缴费的，可以继续享受基本医疗保险待遇。

第四十三条 职工与用人单位解除劳动关系期间，职工连续缴费年限累计10年以上，本人向医疗保险经办机构缴纳单位和个人缴费比例之和计算的基本医疗保险费的，继续享受基本医疗保险待遇。

第四十四条 用人单位欠缴基本医疗保险费期间，职工在定点医疗机构住院发生的医疗费由个人垫付，用人单位补缴欠缴的基本医疗保险费后，按照规定报销。

第四十五条 因打架斗殴、交通肇事、酗酒、自杀、医疗事故等因素所致伤病或者伤残治疗需要的医疗费，医疗保险统筹金不予支付。

第四十六条 职工不准有下列行为：

- (一) 伪造、涂改处方、费用单据等；
- (二) 向他人提供医疗保险证件、冒名顶替就医。

第六章 医疗服务管理

第四十七条 基本医疗保险实行定点医疗机构和定点药店管理并实行年检制度。

定点医疗机构和定点药店具体定点资格、审定标准和管理考核办法，由劳动保障行政部门会同卫生、财政等有关部门另行制定。

第四十八条 定点医疗机构和定点药店，应当与医疗保险经办机构签订协议，并严格执行。

定点医疗机构和定点药店应当由专门机构或者指定专人负责基本医疗保险管理。

第四十九条 定点医疗机构应当因病施治，合理检查，合理用药。职工住院应当填写《住院医疗收费明细卡》。

定点药店应当执行药品零售价格，执行处方药品和非处方药品管理规定。

第五十条 定点医疗机构和定点药店应当于每月5日前将上月个人账户和统筹金使用情况报送医疗保险经办机构。

第五十一条 医疗保险经办机构对应当由统筹基金支付的医疗费，实行总量控制，项目管理，定额结算，质量考核。具体结算办法由劳动保障行政部门另行制定。

第五十二条 定点医疗机构不准有下列行为：

- (一) 收费项目没有明码标价；
- (二) 使用不合格的专用处方、单据和账表；
- (三) 收治冒名顶替职工住院；
- (四) 串换病种或者将不属于《诊疗项目》疾病列入统筹基金支付医疗费范围；
- (五) 将不属于《药品目录》的药品列入统筹基金支付医疗费范围；

(六) 将不属于《服务设施范围和支付标准》的服务列入统筹金支付医疗费范围；

(七) 超出患者病情需要进行检查、治疗、用药；

(八) 将使用普通病房床住院的职工，安排在重症监护病房、单人无菌间和单人无菌隔离间；

(九) 利用工作之便以职工名义开药。

第五十三条 定点药店不准有下列行为。

(一) 超处方剂量出售药品；

(二) 将不属于《药品目录》的药品或者物品的费用列入个人账户支付范围；

(三) 不执行药品规定的零售价格及批零差价。

第七章 监督与管理

第五十四条 劳动保障行政部门应当对参加基本医疗保险的用人单位、定点医院和定点药店执行基本医疗保险政策、规定以及履行有关管理职责的情况进行检查和考核。

用人单位及职工、定点医院和定点药店应当据实提供有关材料。

第五十五条 建立由政府有关部门代表、用人单位代表、定点医疗机构代表、定点药店代表、工会代表、职工代表和有关专家等组成的城镇职工基本医疗保险基金监督委员会，加强对基本医疗保险基金的社会监督。

医疗保险经办机构应当定期向基本医疗保险基金监督委员会通报基本医疗保险金的使用情况，接受监督。

第五十六条 用人单位应当每年向本单位职工代表大会通报或者向本单位职工公布本单位基本医疗保险费的缴纳情况，接受职工监督。

第五十七条 医疗保险经办机构、定点医疗机构和定点药店应当接受参加基本医疗保险的职工对基本医疗保险政策的查询。

第五十八条 医疗保险经办机构应当建立健全基本医疗保险基金预、决算财务会计制度和内部审计制度。劳动保障行政部门负责审核医疗保险经办机构编报的基本医疗保险基金预、决算草案，对基本医疗保险基金筹集、管理和使用情况的检查；同级财政、审计部门应当加强基本医疗保险基金的监督。

第五十九条 事业单位不参加基本医疗保险或者不按规定缴纳医疗保险费的，财政部门不予核拨基本医疗保险费。

第六十条 医疗保险经办机构的事业经费由财政解决。

第六十一条 基本医疗保险管理工作人员不准有下列行为：

- (一) 未按规定将医疗保险费列入统筹基金账户和个人账户；
- (二) 贪污、挪用基本医疗保险基金；
- (三) 违反基本医疗保险基金管理规定，造成基金流失；
- (四) 擅自减、免或者增加用人单位和职工缴费基数和比例；
- (五) 擅自更改医疗保险待遇；
- (六) 徇私舞弊、索贿受贿。

第八章 法律责任

第六十二条 用人单位违反本办法规定未按期缴纳基本医疗保险费的，由市劳动保障行政部门责令限期补缴，逾期不补缴的，除补缴欠缴数外，从欠缴日起，按日加收 2‰ 滞纳金，滞纳金并入基本医疗保险基金；逾期仍不缴纳的，按劳动监察的有关规定处罚。

第六十三条 对违反本办法规定的，由劳动保障行政部门责令限期改正，情节严重的，按下列规定处罚，构成犯罪的，依法追究刑事责任：

- (一) 违反本办法第十七条规定的，处以 5000 元以上 20000 元以下罚款；
- (二) 违反本办法第四十六条规定的，追回已支付的医疗费，处以 200 元以上 500 元以下罚款；
- (三) 违反本办法第四十九条规定的，不预支付统筹金支付的医疗费用；
- (四) 违反本办法第五十二条（二）项规定，处以 50 元以上 100 元以下罚款；
- (五) 违反本办法第五十二条（三）、（四）、（五）、（六）、（七）、（八）、（九）项和第五十三条（一）、（二）项规定的，责令改正，并处以违法金额 3 倍以上 5 倍以下罚款；不改正造成不良后果的，劳动保障行政部门可以取消其定点资格。

第六十四条 违反本办法第五十二条（一）项和第五十三条（三）项规定的，由物价部门按有关规定处罚。

第六十五条 违反本办法第六十一条规定的，按干部管理权限予以行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第六十六条 对行政处罚不服的，可依法申请行政复议或者提起行政诉讼。法律、法规另有规定的，按法律、法规的规定执行。

第六十七条 罚款的处理，按国家和省的有关规定执行。

第六十八条 用人单位及其职工、定点医院、定点药店、医疗保险经办机构之间发生有关基本医疗保险争议时，由争议双方协商解决；协商不成的，由劳动保障行政部门提出处理意见。对处理意见不服的，依法进行仲裁或者提出行政诉讼。

第九章 附则

第六十九条 本办法施行前发生的医疗费，仍由原资金渠道解决。

第七十条 离休干部、老红军、二等乙级以上革命伤残军人不适用本办法。职工工伤和女职工生育医疗保险，按有关规定执行。

第七十一条 国家公务员在参加基本医疗保险的基础上，实行医疗补助，具体办法由市劳动保障行政部门另行制定，报批准后执行。

第七十二条 在实行基本医疗保险的同时，建立职工大额医疗救助制度。具体缴费标准和管理办法按照有关规定执行。

第七十三条 用人单位也可以建立补充医疗保险，补充医疗保险不参加统筹，由建立补充医疗保险单位的职工使用。补充医疗保险费在工资总额4%以内的部分在职工福利费中列支。

第七十四条 本办法自2001年4月1日起施行。

第五节 某市城镇职工大额医疗 救助金筹集使用暂行办法

第一条 为减轻职工大额医疗费用负担，保证职工在医疗费用超出基本医疗保险最高支付限额以后的连续治疗，根据《×××省建立城镇职工基本医疗保险制度总体规划》的要求，结合我市实际，制定本办法。

第二条 凡在本市市区内参加城镇职工基本医疗保险的用人单位及其在职职工、退休、退职人员（以下简称职工），均应当依据本办法的规定参加大额医疗救助。

第三条 市劳动保障行政部门是本市市区城镇职工基本医疗救助金筹集和使用的主管部门，负责本办法组织实施。劳动保障行政部门所属的医疗保险经办机构负责大额医疗救助金筹集、支付等日常工作。

第四条 大额医疗救助金由用人单位按每人每月 2.5 元缴纳，职工个人按每人每月 2.5 元缴纳。

用人单位和职工应当按月足额缴纳大额医疗救助金。

大额医疗救助金筹集标准需要调整时，由市劳动保障行政部门提出意见，经批准后执行。

第五条 大额医疗救助金用人单位缴纳部门按照基本医疗保险费列支渠道列支。职工个人缴纳部分由用人单位从工资或者退休金中代扣。

用人单位遇有资金周转困难，不能按月缴纳大额医疗救助金的，经市劳动保障行政部门核准可以办理缓缴手续，缓缴期最长不超过三个月。

第六条 大额医疗救助金应当与基本医疗保险基金同时缴纳，财政专户存储，分别核算，专款专用。

第七条 职工年度医疗费用超出基本医疗保险最高支付限额时，医疗费用在 10 万元以内（含 10 万元）的，超出部分由大额医疗救助金支付 85%，个人自付 15%；医疗费用在 10 万元以上 15 万元以下（含 15 万元）的部分，由大额医疗救助金支付 90%，个人自付 10%。医疗费用在 15 万元以上的部分，由个人自付。

第八条 职工医疗费大额医疗救助金支付部分，由医疗保险经办机构与医疗机构按规定结算；个人自付部分，由个人向医疗机构交纳。

大额医疗救助金结算办法，由劳动保障行政部门另行制定。

第九条 职工使用大额医疗救助金，应当符合《×××市城镇职工基本医疗保险诊疗项目》、《×××市城镇职工基本医疗保险药品目录》和《×××市城镇职工基本医疗保险服务设施范围和支付标准》的规定。

对特殊情况超出本条前款规定发生的大额医疗费，应当持定点医院机构出具有关病情证明材料，经市劳动保障行政部门核准，按本办法第七条规定的标准支付。

第十条 职工需要使用大额医疗救助金时，应当持医疗机构开具的《超基本医疗保险支付限额通知单》和有关病情资料向医疗保险经办机构提出申请，经核准后方可使用大额医疗救助金。

医疗保险经办机构对提出使用大额医疗救助金的申请，应当在 3 日内提出审核意见并通知申请人。

第十一条 职工因病情特殊，经定点医院机构提出意见，需要转往本市非定点医院机构或者异地医疗机构救治发生的大额医疗费，由个人垫付。经市劳动保障行政部门核准，可以使用大额医疗救助金，按规定报销。未经批准的，由个人自付。

第十二条 用人单位欠缴大额医疗救助金期间，职工在定点医院机构发生的大