



LINANSI CHENGZHEN ZHIGONG JIBEN YILIAO BAOXIAN

临安市城镇职工基本医疗保险

文件资料汇编

临安市劳动和社会保障局

二00八年一月

目 录 Content

上篇：政策汇编

1、《浙江省推进城镇职工基本医疗保险制度改革的意见》浙政发[2000]5号	1
2、《临安市城镇职工基本医疗保险办法》临政发(2003)224号	6
3、《临安市国家公务员医疗补助暂行规定》临政(2002)5号	16
4、《临安市人民政府关于同意修改我市基本医疗保险办法有关条款的批复》 临政发(2006)95号	19
5、《临安市城镇职工基本医疗保险办法实施细则》临劳社(2003)107号	20
6、《临安市城镇职工基本医疗保险参保人员医疗困难互助 救济暂行办法》临政发(2005)第378号	35
7、《临安市人民政府办公室关于全市离休干部医疗费实行 定点医院记帐的实施意见的补充通知》临政发(2006)19号	41
8、《临安市2008年新型农村合作医疗实施办法》临政发(2007)214号	43
9、转发浙江省劳动和社会保障厅《关于印发浙江省基本医 疗保险和工伤保险药品目录的通知》临劳社(2005)58号	50
10、转发《浙江省劳动和社会保障厅关于印发浙江省基本 医疗保险医疗服务项目目录的通知》的通知 临劳社(2005)94号	53
11、《临安市城镇职工基本医疗保险定点医疗机构 管理暂行办法》临劳(2002)字第28号	57

下篇：政策问答

1、基本医疗保险实施的范围和对象有哪些?	63
2、用人单位怎样办理基本医疗参保手续?	63
3、个体工商户、自由职业人员如何办理医 疗保险参保手续?	63
4、各类企业缴纳医疗保险费基数和比例是多少?	63
5、个体缴费人员如何缴费?	63
6、原享受公费医疗人员如何缴费?	64
7、缴费有何规定?	64
8、什么是基本医疗保险统筹基金?	64

9、统筹基金支付范围有哪些？	65
10、哪些费用统筹基金不予支付？	65
11、各类人群个人账户的组成？	66
12、医疗保险待遇如何？	66
13、参保人员在本市如何就医、 如何结算医疗费用？	67
14、参保人员如何转外地就医？	67
15、市外（限杭州）定点医院有哪些？	68
16、规定病种及医疗费用结算标准？	68
17、一个年度内多次住院，如何分段计算？	68
18、个人账户支付有哪些规定？	69
19、参保人员调出本统筹地区， 个人账户怎么办？	69
20、从本市以外转入的参保人员， 个人账户怎么办？	69
21、用人单位和参保人员不缴或欠缴医疗 保险费，个人账户怎么办？	70
22、异地安置和常驻外地工作人员就 医有何规定？	70
23、基本医疗保险用药范围如何确定？	70
24、基本医疗保险的用药规定有哪些？	70
25、哪些诊疗项目费用基本医疗保险 基金不予支付？	70
26、基本医疗保险基金支付部分费用的诊疗项目？	72
27、什么是基本医疗保险服务设施标准？	73
28、哪些医疗服务设施费用基本医疗 保险基金不予支付？	73

注：如印刷错误，以正式文件为准。

上篇：政策汇编

浙江省人民政府关于印发浙江省推进 城镇职工基本医疗保险制度改革意见的通知

浙政[2000]5号

各市(地)、县(市、区)人民政府(行政公署)，省政府直属各单位：

现将《浙江省推进城镇职工基本医疗保险制度改革的意见》印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。

二〇〇〇年六月一日

浙江省推进城镇职工 基本医疗保险制度改革的意见

城镇职工基本医疗保险制度是整个社会保障体系的重要组成部分。改革医疗保险制度是适应社会主义市场经济发展的客观要求，也是确保企业改革、结构调整顺利推进的重要配套条件。近年来，我省积极开展公费医疗，劳保医疗制度改革，特别是在各地推行大病医疗费用社会统筹，取得了较好的效果。但是，构建城镇职工医疗保障体系的工作仍处于摸索阶段，改革必须进一步深化。为更好地推进我省城镇职工医疗保险制度改革，根据《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）精神，结合浙江实际，现提出如下意见：

一、医疗保险制度改革的原则

我省城镇职工医疗保险制度改革要遵循以下原则：

（一）基本医疗保险以县（市）和地级以上（含地级）城市的本级行政区为统筹地区，由所在地人民政府负全责。

（二）各统筹地区根据国务院的总体要求和本意见精神，结合自身经济发展水平和经济结构的特点，建立与财政、企业、个人承受能力相适应的基本医疗保险制度。

（三）在认真总结各地大病医疗费用社会统筹成功经验的基础上，针对当前城镇职工医疗保障方面的突出矛盾，重点解决用人单位和职工难以解决的问题，健全对医患双方的制约机制。

（四）充分尊重基层、群众的实践和意愿，鼓励各地勇于探索，大胆创新，周密部署，审慎操作，积极稳妥地推进改革。

二、建立统筹基金和个人帐户相结合的基本医疗保险制度

基本医疗保险覆盖范围包括企业、机关、事业单位、社会团体等所有城镇用人单位及其职工。在起步阶段，可先将原实行公费、劳保医疗的单位和其他符合条件的单位及其职工纳入医疗保险。参加基本医疗保险的企业职工必须参加基本养老保险。

基本医疗保险基金实行社会统筹和个人帐户相结合，基本医疗保险费用由用人单位和职工共同负担。按照总体规划、逐步推进的要求，各统筹地区在建立城镇职工基本医疗保险制度时，应从当地实际出发，可以一步到位，也可以分步到位。没有搞大病医疗费用社会统筹的，可以先搞大病医疗费用社会统筹；已实行大病医疗费用社会统筹的，可在规范和完善的基础上过渡到统筹基金和个人帐户相结合的模式。

基本医疗保险基金由统筹基金和个人帐户构成。职工个人缴纳的基本医疗保险费，全都计入个人帐户。用人单位缴纳的基本医疗保险费，一部分计入统筹基金，一部分划入个人帐户。统筹基金用于支付住院（包括特殊病种门诊）医疗费用，个人帐户主要用于支付门诊医疗费用。工伤、生育发生的各项医疗费用，按国家和省有关规定处理，不在基本医疗保险基金中列支。

统筹基金要明确起付标准。起付标准以下的住院医疗费用，由个人自付，也可从个人帐户中支付。起付标准以上的住院医疗费用，主要从统筹基金中支付，个人也要负担一定比例。统筹基金是否设最高支付限额，由统筹

地区确定。设最高支付限额的地区，应建立补充医疗保险。统筹基金由统筹地区社会保险经办机构建立和管理。

个人帐户可实行分类管理。由财政提供医疗保险费的机关、事业单位职工个人帐户、由统筹地区社会保险经办机构建立和管理。企业职工个人帐户，可在社会保险经办机构指导下由用人单位建立和管理，逐步过渡到由统筹地区实行社会化管理。

根据以收定支、收支平衡的原则，合理确定基本医疗保险基金的缴费标准。其中，个人帐户由社会保险经办机构建立和管理的，由统筹地区统一确定用人单位和职工的缴费标准；个人帐户由用人单位建立和管理的，由统筹地区确定统筹基金的缴费标准和建立个人帐户最低标准的指导性意见，各地可根据经济发展和统筹基金收支情况，建立正常的筹资调整机制。

用人单位及其职工按照属地管理的原则，参加所在统筹地区的基本医疗保险。在杭省直机关、事业单位及其职工的基本医疗保险与杭州市政策基本统一，实行单独管理。

电力、铁路、远洋运输等跨地区、生产流动性较大的单位及其职工，可以相对集中的方式异地参加统筹地区的基本医疗保险。

三、健全基本医疗保险基金的管理和监督机制

统筹基金和实行社会化管理的个人帐户缴费，原则上由地方税务部门负责征收，社会保险经办机构负责支付及具体管理。各统筹地区要按照《社会保险费征缴暂行条例》，强化基本医疗保险费的征缴工作，确保基金及时、足额缴纳到位。保险基金要纳入财政专户，专款专用，不得挤占挪用。社会保险经办机构要建立健全统筹基金的预决算制度、支付预警报告制度、财务会计制度和内部审计制度。社会保险经办机构和地方税务部门不得从基金中提取任何费用，其开展业务所需经费，由各级财政预算解决。

个人帐户的本金和利息归个人所有，可以结转使用和继承。职工跨统筹地区调动工作时，个人帐户余额随同转移；当地未实行基本医疗保险的，可一次性发还给本人。

要切实搞好基本医疗保险基金的管理，强化约束监督机制。审计部门要定期对基金筹集、使用和管理情况进行审计，确保基本医疗保险基金的安全。

四、妥善解决有关人员的医疗待遇

离休人员、老红军的医疗待遇不变，经费按原渠道解决。支付确有困难的，由同级人民政府帮助解决。离休人员、老红军的医疗管理办法，由省劳动保障部门会同财政、卫生部门制订，报人民政府批准后执行。

二等乙级以上（含二等乙级）革命伤残军人的医疗待遇不变，经费按原渠道解决，由统筹地区社会保险经办机构单独列账管理。医疗经费不足支付时，由当地人民政府帮助解决。

省、部级以上劳动模范个人负担医疗费用有困难的，由用人单位和当地政府帮助解决。

退休人员参加基本医疗保险，个人不缴纳保险费。对退休人员个人账户和划入金额和个人负担医疗费的比例给予适当照顾。企业改制、破产、歇业时，可按有关规定，将退休人员的医疗费从企业资产中一次性提取，并予以变现，用于参加基本医疗保险。

进入再就业服务中心的企业下岗职工基本医疗保险费（包括单位缴费和个人缴费），均由再就业服务中心按照当地上年度职工月平均工资的60%为基数缴纳。

有条件的企业，对个人医疗费负担过重且家庭经济困难的人员，可给予适当的医疗补助。对困难企业，要研究相应措施，保证统筹基金的缴费，保障职工住院医疗费用的开支。

五、配套推进医疗卫生体制改革

加强医疗服务管理，改革医疗卫生体制，是保证广大职工享有价格合理、质量优良的医疗服务的关键环节。要确定基本医疗保险的服务范围和标准。省劳动保障部门会同卫生、财政、物价、药品监督等部门，根据国家规定，制定我省基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准及管理办法。各统筹地区据此制定相应的实施办法。

实行基本医疗保险定点医疗机构和定点药店管理。统筹地区根据社区、专科和综合医疗机构兼顾，中西医并举，方便职工就医的原则，确定定点医疗机构和定点药店。拉开不同级别医疗机构医疗服务价格档次和统筹基金起付标准档次，引导患者合理分流。

保障广大职工对医疗服务的选择权，职工可选择若干定点医疗机构就

医、购药，也可持处方在若干定点药店购药。省劳动保障部门会同卫生、财政、药品监管等部门制定定点医疗机构和定点药店的资格审定办法。

建立健全对医疗机构的合理补偿机制。对医疗机构按非营利性和营利性实行分类管理，非营利性医疗机构在医疗服务体系中占主导地位，享受相应的税收优惠政策，政府举办的非营利性医疗机构由同级财政给予适当补助；理顺医疗服务价格，在总量控制的幅度内，适当提高医疗技术服务的收费标准。推行医药分开核算、分别管理，形成医疗服务和药品流通的竞争机制。合理调整医疗机构布局，积极发展社区卫生服务，优化医疗卫生资源配置。

六、医疗保险制度改革的组织 and 实施

医疗保险制度改革涉及面广、政策性强、操作难度大，是一项十分重要又相当复杂的工作。各级人民政府和省有关部门必须把医疗保险制度改革摆在重要位置，按照本意见的原则和要求，统一思想，提高认识，加强领导，狠抓落实，使广大职工群众和社会各方面都全力支持并积极参与这场改革。

按照“分级指导、试点先行、全面推进”的方针，我省建立城镇职工基本医疗保险制度工作从今年下半年开始启动。各地要从实际出发，抓紧研究制定改革实施方案，年内基本完成，有条件的地方可先行实施。这项改革明年要在全省范围推开。为及时掌握并推动各地的改革进程，各市（地）本级医改方案须报省政府核准后实施，各县（市）医改方案须报市（地）政府（行署）核准后实施。要进一步理顺医疗保险管理体制，在县（市）政府机构改革之前，可先将分散在有关部门的医疗保险管理机构和经办机构及其人员，成建制转到劳动保障部门。省劳动保障部门要切实加强对全省医疗保险制度改革工作的指导与协调，高度重视各地改革中出现的新情况、新问题，研究提出有针对性的措施。省财政、地税、卫生、物价、药品监督等部门要积极参与，相互协作，共同努力，确保城镇职工医疗保险制度改革工作的顺利进行。

临安市人民政府文件

临政发(2003)224号

关于印发《临安市城镇职工 基本医疗保险办法》的通知

各乡(镇)人民政府、街道办事处，市政府各部门、各直属单位：

《临安市城镇职工基本医疗保险办法》已经市政府常务会议审议通过，现印发给你们，请遵照执行。

临安市人民政府

二〇〇三年十月二十九日

第一章 总 则

第一条 为建立健全城镇职工基本医疗保险制度，保障职工基本医疗，根据国务院《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》、浙江省人民政府《关于印发浙江省推进城镇职工基本医疗保险制度改革意见的通知》和《杭州市城镇职工基本医疗保险暂行规定》，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市基本医疗保险制度改革的任务，是在公费医疗、职工大病保险基础上建立适应我市经济发展、保障职工基本医疗需求的社会医疗保险制度。改革的原则是基本医疗保险水平与本市经济和社会发展水平相适应；城镇所有用人单位及其职工都应参加基本医疗保险，实行属地管理；基本医疗保险基金实行社会统筹和个人帐户相结合，基本医疗保险费用由用人单位和职工共同负担。

第三条 本《办法》适用于本市行政区域内下列单位及人员：

(一)国家机关、事业单位、社会团体及其工作人员。

(二)已实行养老保险及大病保险的各类企业及其职工。

(三)1996年1月1日后与用人单位终止(解除)劳动关系，继续参加大病保险人员；按规定协议缴纳基本养老和医疗保险费的下岗职工；参加养老保险的个体工商户、城镇自由职业者。

(四)民办非企业单位及其职工。

(五)退休、退职人员。

未纳入上述范围的城镇其它用人单位、职工及劳动者，待条件成熟后，也应逐步纳入基本医疗保险。参加基本医疗保险的单位及其职工，必须参加基本养老保险，并按规定享受基本医疗保险待遇。

第四条 市劳动和社会保障部门负责本《办法》的组织实施，下属基本医疗保险经办机构(简称医保办)，具体承办基本医疗保险业务。市卫生、药品监督、财政、地税、物价、审计等部门应按照各自的职责配合劳动保障部门做好工作。

第二章 基本医疗保险费筹集

第五条 基本医疗保险费由用人单位和个人按以下规定缴纳，政府适当补贴：

(一)企业、民办非企业单位和不享受公费医疗的事业单位以上年度全

省职工平均工资(简称省平工资)为基数提取7%，其中5%按月向地税部门缴纳，用于建立基本医疗保险统筹基金(简称统筹基金)，2%划入职工个人帐户；在职职工按上年度省平工资总额的2%，由用人单位代扣并全部计入其个人帐户。

(二)国家机关、社会团体和原享受公费医疗的事业单位以上年度省平工资为基数，按月向地税部门缴纳8%，其中6%用于建立统筹基金，2%划入职工个人帐户；在职职工个人按上年度省平工资总额的2%，由用人单位代扣后按月向市地税部缴纳，并全部计入其个人帐户。

(三)除以上(一)、(二)项所述人员以外的个体工商户、自由职业者、失业人员以上年度省平工资为基数，由个人按月向地税部门缴纳5%的统筹基金，不建立个人帐户。

(四)政府按参保职工人数以上年度省平均工资的0.5%予以补贴，用于重大疾病、统筹基金及退休退职人员个人帐户的补助。

(五)二等乙级以上革命伤残军人个人不缴纳基本医疗保险费。

(六)退休退职人员个人不缴纳基本医疗保险费。

第六条 基本医疗保险费必须按月足额缴纳，不得减免，不计征税费。

第七条 基本医疗保险费由市地税部门负责征收，纳入市财政专户管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用。

第八条 由用人单位缴纳和提取的基本医疗保险费列支渠道：国家机关在“经常性支出”～“社会保障费”中列支；事业单位在“事业支出(经营支出)”～“社会保障费”中列支；企业在“应付福利费”中列支60%，在“劳动保险费”中列支40%。

第九条 用人单位发生基本医疗保险登记事项变更或用人单位依法终止的，必须在30日内向医保办申报办理有关手续。

第十条 用人单位依法终止时，必须清偿欠缴的基本医疗保险费，并按有关规定为已退休退职人员留足一定数额的医疗费，由接收单位负责管理。

第十一条 基本医疗保险基金当年筹集部分，按照银行活期存款利率计息；上年结转的基金本息，按照不低于一年期整存整取储蓄款利率计息。

第三章 统筹基金和个人帐户

第十二条 统筹基金由用人单位按上年度省平工资缴纳的5%(公务员6

%) 和财政补贴的 0.5% 部分组成。

第十三条 统筹基金用于支付符合基本医疗保险开支范围的住院和规定病种门诊中的部分医疗费。规定病种是指各类恶性肿瘤、系统性红斑狼疮、血友病、再生障碍性贫血及慢性肾功能衰竭透析和列入诊疗项目的器官移植后抗排异治疗。

第十四条 企业、民办非企业和不享受公费医疗的事业单位参保人员的个人帐户暂由用人单位建立和管理，医保办负责业务指导，待条件成熟时，由医保经办机构统一建立和管理。国家机关、社会团体和享受公费医疗的事业单位参保人员及纳入社保办管理的退休退职人员个人帐户由医保办统一建立和管理，终止劳动合同的人员(以下简称终止人员)退休前不建立个人帐户。

第十五条 个人帐户的建立和管理：

(一)用人单位建立的参保人员个人帐户由两部分组成。一部分为在职职工按上年度省平均工资提取的 2%；另一部分由用人单位以上年度省平均工资为基数提取的 2% 的基金中，按参保人员不同年龄段[35 岁以下(含 35 岁)、35 岁以上至 45 岁(含 45 岁)、45 岁以上至退休退职前、退休退职后、70 岁以上(含 70 岁)]划入，并应随参保人员年龄段的增高而加大。

(二)医保办统一建立的参保人员个人帐户由两部分组成。一部分由在职职工按上年度省平均工资总额的 2% 缴纳，并全部计入其个人帐户；另一部分由用人单位以上年度省平均工资的基数提取的 2%，按参保人员不同的年龄段划入。具体划入比例为：

- 1、35 岁以下(含 35 岁)按上年度省平均工资总额的 0.4% 划入；
- 2、35 岁以上至 45 岁(含 45 岁)按上年度省平均工资总额的 0.7% 划入；
- 3、45 岁以上至退休(退职)前按上年度省平均工资总额的 1% 划入；
- 4、退休(退职)后至 70 岁(含 70 岁)按上年度省平均工资的 4% 划入；
- 5、70 岁以上按上年度省平均工资的 5.5% 划入。

(三)个人帐户资金按月划入。

第十六条 个人帐户资金用于支付符合基本医疗保险开支范围的普通门诊、住院和规定病种门诊中应由个人负担的部分医疗费。

第十七条 个人帐户的本金和利息为个人所有，可以结转使用和依法继

承，但不得提取现金或移作他用。

第四章 基本医疗保险待遇

第十八条 原参加公费医疗、企业职工大病保险的，直接进入本次医改；新参保人员从缴纳基本医疗保险费的次月起享受基本医疗保险待遇。

第十九条 本《办法》实施后，参保人员在未达到法定退休年龄前，应连续参加基本医疗保险，缴纳基本医疗保险费；到达法定退休年龄退休时，基本医疗保险缴费年限(含视作缴费年限)不足22年的，由用人单位或个人按当年省平均工资一次性补缴基本医疗保险费满22年后，方可继续享受基本医疗保险待遇。如退休前未连续缴纳医疗保险，有下列情况之一者，退休后适当增加个人承担比例：

(1) 基本医疗保险缴费年限满22年，累计中断缴费时间1年以上，其个人承担的医疗费在规定比例的基础上增加15个百分点；

(2) 基本医疗保险缴费年限为22年以上至30年，累计中断缴费时间1年以上，其个人承担的医疗费在规定比例的基础上增加10个百分点；

(3) 基本医疗保险缴费年限30年以上，累计中断缴费时间1年以上，其个人承担的医疗费在规定比例的基础上增加5个百分点。

本《办法》实施前职工的工作年限，按国家和省有关规定可以计算为连续工龄的，可以作为连续缴费年限计算。

第二十条 原未享受公费医疗的事业单位首次参保的退休退职人员，每人由原单位一次性向市地税部门缴纳10000元的医疗保险费，作为其退休、退职后医疗费报销。

第二十一条 中断参保人员再次参保时，需连续缴费满六个月后，方可继续享受基本医疗保险待遇。

第二十二条 参保人员可以在医保办确定的定点医疗机构、社区卫生服务中心(站)自主选择就医、购药，也可到定点药店购药，但处方药须持定点医疗机构开具的处方。

第二十三条 参保人员在定点医疗机构中发生的住院医疗费按下列规定办理：

(一) 统筹基金用于支付参保人员住院费用的起付标准：市本级及相应医疗机构1500元；乡镇卫生院1100元。

年度内每一参保人员发生的医疗费累计最高支付限额为6万元，起付标准以上至6万元部分，由统筹基金按规定的比例支付；6万元以上部分通过重大疾病医疗保险办法解决。

(二) 一年中首次住院按起付标准执行；起付标准以出院日期为准，第二、三、四次住院，起付标准分别按原标准降25%、50%、75%计算。住院超过每满一周年设一次起付线为2000元。

(三) 起付标准以上、最高支付限额以下部分医疗费由统筹基金与个人分别负担。其中个人负担的比例分别为：起付标准以上至2万元(含2万元)，在职职工和协缴、终止人员负担20%，退休退职人员负担15%；2万元以上至3万元(含3万元)，在职职工和协缴、终止人员负担15%，退休退职人员负担10%；3万元以上至6万元(含6万元)，在职职工和协缴、终止人员负担10%，退休退职人员负担5%。建国前参加革命工作的老工人按原规定执行。

第二十四条 列入统筹基金支付的规定病种门诊医疗费，年度内累加数额在起付标准以上的，按本规定第二十三条办理。该类病人年度内最高支付限额包括规定病种门诊和住院医疗费。

第二十五条 国家公务员和参照、依照公务员序列管理的有关人员，享受医疗补助的办法另行制定。

第二十六条 在职职工、退休退职人员普通门诊医疗费和统筹基金支付的起付标准以下部分医疗费，先从个人帐户中支付，个人当年帐户不足支付的，由个人负担(规定病种例外)。

第二十七条 历年积累的个人帐户资金，可用于支付按规定比例应由参保人员负担的医疗费。

第二十八条 参保人员经医保办批准转杭州定点医疗机构就医发生的医疗费，先由个人自理总医疗费的5%后，再按本规定第二十三、二十四条中市本级及相应医疗机构就医的有关规定办理。

第二十九条 参保人员因病需要进行高、精、尖医疗仪器检查和特殊治疗，以及使用基本医疗保险乙类药品目录的药品，先由个人自理一定比例的医疗费，具体办法按临劳[2002]字第27号文件执行，再按本规定第二十三条、第二十四条的有关规定办理。

第三十条 参保人员因下列情形发生的医疗费，不列入基本医疗保险支付范围：

（一）在国家和省规定的药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准范围以外的；

（二）未经批准在非定点医疗机构和非定点药店就医、购药的；

（三）因违法、犯罪、自杀、自伤、打架斗殴、吸毒、酗酒等发生的医疗费；

（四）出国、出境期间发生的医疗费；

（五）交通事故、医疗事故、大面积食物中毒及其它赔付责任者应予支付的。

纳入工伤、女工生育保险参保范围的工伤和工伤旧病复发以及女工生育的医疗费，按工伤保险和女工生育保险的有关规定执行。

第三十一条 参保人员因患大规模暴发性传染病或受不可抗拒的大规模自然灾害影响造成的医疗费，由人民政府解决。

第三十二条 为了基本保持职工现有医疗保障水平，参保企业在参加基本医疗保险的基础上，应建立职工补充医疗保险。职工补充医疗保险经费原则上用于用人单位和职工个人共同负担的医疗费中应由用人单位负担的部分。职工补充医疗保险费在应付福利费中列支，福利费不足列支时，其低于职工工资总额的4%部分，经财政部门核准后列入成本。

第三十三条 二等乙级以上革命伤残军人符合基本医疗保险开支范围应由个人负担的部分医疗费，先从其个人帐户中支付，个人当年帐户不足支付时，按原列支渠道解决。医疗费支付不足部分，由市政府帮助解决，单独建帐管理。

第三十四条 离休干部、老红军的医疗待遇不变，医疗费按原经费渠道解决；企业离休干部及遗属的医疗经费来源仍按《临安市本级企业离休干部“两费”保障机制实施办法》的有关规定执行。

第三十五条 继续保持荣誉的杭州市级以上劳动模范，除按基本医疗保险规定执行外，另按总工会有关政策给予补助。

第三十六条 企业职工供养的直系亲属医疗费，国家机关、事业单位子女统筹医疗，由用人单位按原规定办理。

第三十七条 原享受公费医疗范围内的大专院校学生，其医疗费由财政按规定标准拨付，由所在院校管理。

第三十八条 本《办法》施行前的医疗费由原单位按原渠道解决。

第五章 重大疾病医疗保险

第三十九条 建立重大疾病医疗保险基金，保险费由政府年度0.5%补贴中的部分和参保人员本人每月缴纳5元组成。

第四十条 重大疾病医疗保险金支付标准。年度内每一参保人员发生的住院和规定病种门诊医疗费在6万元以上部分，主要从重大疾病医疗保险费中解决，个人负担为市内医疗机构10%；市外定点医疗机构在原个人负担基础上增加5%；剩余部分的医疗费从重大疾病医疗保险费中列支。一人一年中医疗费总额限报15万元以内，包括起报线以上，封顶线以下的6万元。

第六章 基本医疗保险服务与管理

第四十一条 经市卫生行政部门批准并取得《医疗机构执业许可证》的医疗机构，经军队主管部门批准有资格开展对外服务并经地方卫生行政部门变更注册取得执业许可证的军队的医疗机构，经市药品监督管理部门批准，持有《药品经营企业许可证》和《营业执照》的药品零售药店，均可向市劳动和社会保障部门申请定点资格，由市劳动和社会保障部门审查合格，颁发定点医疗机构和定点药店资格证书，并向社会公布。

第四十二条 医保办应与取得定点资格的医疗机构和药店签订基本医疗保险服务合同，明确双方的责任、权利和义务。

第四十三条 建立医药分开核算、分别管理的制度，形成医疗服务和药品流通的竞争机制，合理控制医药费用水平；加强医疗机构和药店的内部管理，严格按照市卫生行政部门规定的医疗诊治技术规范提供医疗服务，保证医疗和药品质量。

第四十四条 定点医疗机构和定点药店必须严格执行物价部门规定的收费标准和药品价格，违反基本医疗保险服务项目收费标准和规定药品价格的，按《中华人民共和国价格法》有关规定作出处理。

第四十五条 基本医疗保险证(即IC卡)，由医保办统一制发。参保人员凭IC卡就医、购药，定点医疗机构和定点药店应予检验。

第四十六条 参保人员住院时，定点医疗机构应收取相当于统筹基金拨

付剩余部分的预收款。

第四十七条 统筹基金支付的住院医疗费由医保办与定点医疗机构按月结算。规定病种门诊医疗费由参保人员和用人单位垫付后，定期向医保办结算。

第四十八条 建立由政府有关部门、用人单位、医疗机构、工会的代表和有关专家参加的基本医疗保险基金监督组织，通过定期检查等多种形式，加强对基本医疗保险基金收缴、管理、支付的监督。

第四十九条 市劳动和社会保障部门应会同卫生、药品监督、财政、物价等部门对定点医疗机构、定点药店的基本医疗保险服务和管理情况进行检查考核。对违反规定的定点医疗机构、定点药店，可视不同情况，责令其限期改正，直到取消定点资格。

第五十条 医保办应建立相应的基本医疗保险管理检查组织，并制定具体管理措施和考核办法，每季对定点医疗机构、定点药店进行监督检查，及时发现和解决问题，并将检查情况向社会公布，逐步规范定点医疗机构、定点药店的基本医疗保险服务行为。

第五十一条 市药品监督管理部门应根据国家和省有关规定，组织有关部门制定定点药店购药事故处理办法。

第五十二条 用人单位和参保人员不得以任何理由拒缴、拖欠基本医疗保险费。对拒缴、逾期不缴、少缴基本医疗保险费或其他违反本《办法》的行为，由市劳动和社会保障部门与地税部门按《社会保险费征缴暂行条例》的有关规定予以处理。

第五十三条 参保人员利用不正当手段，虚报冒领基本医疗保险基金的，应追回相应的经费；情节严重的，予以通报，并收回IC卡，暂停其享受基本医疗保险待遇。

任何单位和个人在基本医疗保险中的违纪违法行为，由有关部门视其情节轻重追究责任人和领导者的行政、经济和法律責任。

第七章 附则

第五十四条 市人民政府将根据国民经济的发展和基本医疗保险制度运行情况，对医疗保险的缴费比例、起付标准和最高支付限额及政府补贴作适时调整。