

淄博市人民政府印发
《淄博市关于建立城镇职工医疗保险制度的实施方案》的通知

淄政发〔2000〕150号

各区县人民政府，开发区管委会，市政府各部门、各直属机构，各大企业，各高等院校：

现将《淄博市关于建立城镇职工基本医疗保险制度的实施方案》印发给你们，请认真贯彻实施。

二〇〇〇年十月十四日

淄博市关于建立城镇职工基本医疗保险制度的实施方案

(二〇〇〇年十月十四日)

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)和《山东建立城镇职工基本医疗保险制度的实施方案》(鲁政发〔1999〕94号)文件精神,结合我市实际,制定本实施方案。

一、改革的任务和原则

医疗保险制度改革的主要任务是:按照建立社会主义市场经济体制的总体要求,根据财政、企业和个人的承受能力,建立城镇职工基本医疗保险制度,保障广大职工基本的医疗需求,提高职工的健康水平。

建立城镇职工基本医疗保险制度的原则是:基本医疗保险水平要与我市社会生产力发展水平相适应;城镇所有用人单位及其职工都要按照属地管理原则全部参加本市基本医疗保险,执行统一政策;基本医疗保险费用由用人单位和职工双方共同负担;基本医疗保险基金实行社会统筹和个人帐户相结合。

二、统筹范围和层次

(一)凡驻我市行政区域内的城镇所有用人单位,包括各类所有制企业、机关、事业单位、社会团体和民办非企业单位(以下简称用人单位)及其职工和退休人员(含按国发〔1978〕104号文件规定办理的退职人员,下同),均应参加基本医疗保险。

(二)乡镇企业及其职工、城镇个体经济组织业主及其从业人员可参加基本医疗保险,暂不具备条件的,待条件成熟后逐步纳入基本医疗保险范围。

(三)基本医疗保险实行全市统一政策,市级统筹,分步实施的办法。起步阶段市及区县分别运作,资金分别管理,市及市级以上单位、开发区由市医疗保险机构管理,其他五区应执行全市方案,三县在筹资比例及支付标准上可作适当调整。在条件成熟时过渡到市级统筹。

三、改革的主要内容

(一)建立基本医疗保险基金制度,实行国家、单位和个人合理负担。单位以职工工资总额为基数,按7%缴纳。在职职工个人按本人上年度工资收入的2%缴纳医疗保险费(退休人员个人不缴费)。

用人单位分立、合并及终止,在清算财产时,应当按规定程序清偿欠缴的基本医疗保险费。破产企业应按照《中华人民共和国企业破产法》及有关规定,优先偿付欠缴的基本医疗保险费,并按当地退休人员上年度人均医疗费,由医疗保

险经办机构负责支付其退休人员的基本医疗保险费用。

（二）基本医疗保险费的列支渠道。

1、国家机关事业单位缴纳的职工基本医疗保险费，行政机关列“经常性支出”的“社会保障费”；事业单位列“事业支出”的“社会保障”（专职从事经营活动的职工缴费列“经营支出”）。

2、企业为职工缴纳的基本医疗保险费，在职职工列“应付福利费”，退休人员列“劳动保险费”。

（三）按照个人积累与社会统筹共济的原则，建立个人医疗帐户和统筹基金。

个人帐户。职工个人缴纳的全部基本医疗保险费及用人单位缴纳的基本医疗保险费的一部分，划入个人帐户，即职工以本人缴费工资为基数，不满45周岁的按2.7%划入，45周岁及其以上的按3.3%划入；退休人员以本人基本养老金为基数，按4.6%划入。个人帐户的本金和利息为本人所有，只用于支付本人的门诊医疗费用和住院医疗费用中个人自负部分，可以结转使用和继承。

统筹基金。用人单位缴纳的基本医疗保险费划入个人帐户后的其余部分为统筹基金，由医疗保险经办机构集中管理，用于支付参保人中员的住院医疗费及某些慢性病种的门诊医疗费用。

（四）基本医疗保险基金的银行计息办法：

- 1、当年筹集的部分，按活期存款利率计息；
- 2、上年结转的基金本息，按3个月期整存整取银行利率计息；
- 3、存入社会保障财政专户的沉淀资金，比照3年期零存整取储蓄利率计息，并不低于该档次利率水平。

（五）职工医疗保险待遇。

1、参保人员应到定点医疗机构和定点药店就医、购药，医疗保险经办机构对发生的门诊医疗费用和住院费用分开核算、分别管理。

（1）参保人员的门诊医疗费用从个人帐户中支付，超支自理。慢性病种门诊医疗费用过高的，年度末视统筹基金结余情况确定补助比例。

（2）对参保人员的住院医疗费用设置起付标准，在本年度中首次住院起付标准为700元，第二次住院起付标准减半，年内第三次住院取消起付线。统筹基金的每年最高支付限额不超过全市上年度职工平均工资的4倍（医改起步阶段暂定为3万元）。超过最高支付限额的医疗费，通过出台大额医疗救助基金管理办法来解决。

住院医疗费用在起付标准以上部分，按超额累进制报销，同时，根据医院的等级确定不同的个人自负比例。职工个人发生医药费用0—10000元（含10000元）

根据在一、二、三级医院的不同，分别自负18%、22%、26%，10000元以上部分分别为10%、15%、20%，退休人员个人负担比例为在职人员的二分之一。起付标准和最高支付限额与在职职工相同。

2、职工确因病情需要转往市外医院治疗或进行特殊检查、特殊治疗、使用“特”药时，先由个人负担医疗费用的20%，余额部分再按基本医疗保险的规定比例报销。

3、职工工资低于全省上年度社会平均工资60%的困难企业职工参加大病住院医疗社会统筹，用人单位缴费比例为5%，缴费基数为全省上年度社会平均工资60%，困难企业职工个人不缴费，不建立个人帐户。其待遇标准和管理办法按基本医疗保险基金的有关规定执行。

4、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，在企业再就业服务中心期间均由该中心以全市上年度职工平均工资的60%为基数代为缴纳，并按照统一政策享受基本医疗保险待遇。

5、国家公务员参加基本医疗保险，执行统一的基本医疗保险政策和待遇标准，在此基础上享受医疗补助。

6、有条件的企业（含非财政拨款的事业单位），可建立企业补充医疗保险。企业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。福利基金不足列支的部分，经同级财政部门核准后列入成本。

7、职工因工（公）伤、生育发生的医疗费，凡参加了工伤、生育保险的，分别从工伤、生育统筹基金支付；未参加保险的，由原资金渠道解决。

8、原享受公费医疗的普通高等院校在校学生的医疗费，仍由财政部门按规定标准拨付，由学校管理。

职工供养直系亲属的医疗费，不纳入基本医疗保险。

9、实施医改前拖欠干部职工的医疗费，仍按原渠道解决。

10、下列情况不属于基本医疗保险支付范围，按有关规定处理：

- （1）因交通事故及医疗事故发生的医疗费用，按国家有关规定办理；
- （2）因违法犯罪、酗酒、斗殴、自杀、自残等发生的医疗费用，由其自理。

11、暴发性、流行性传染病以及因自然灾害等因素造成大范围急、危、重病人抢救发生的医疗费用，由各级政府拨专款解决。

12、离休人员（含按劳人险〔1983〕3号文件规定退休的中华人民共和国成立前老工人）、老红军、二等乙级以上革命伤残军人的医疗费待遇不变，医疗费用按上年度离休人员医药费开支数筹集，由原资金渠道解决，若医疗费不足支付时，由同级财政部门帮助解决。医疗费用由市、区县医疗保险经办机构单独列帐

管理。

（六）医疗保险基金的筹集和管理。

1、基本医疗保险基金由各级医疗保险经办机构负责筹集，纳入同级社会保障财政专户，实行收支两条线管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用，也不得用以平衡财政预算。

2、对不按规定缴纳基本医疗保险费的单位，不享受基本医疗保险有关待遇；对用人单位未按规定缴纳医疗保险费的按《社会保险费征缴暂行条例》（国务院令259号），予以处罚。

3、加强对基本医疗保险基金的监督管理，定期对医疗保险经办机构的基金收支情况和管理情况进行审计。同时，设立由政府有关部门代表、用人单位代表、医疗机构代表、工会代表和有关专家参加的医疗保险基金监督组织，加强对基本医疗保险基金、定点医疗机构和定点药店的社会监督。

（七）建立医疗服务管理机制

1、制定基本医疗保险的服务范围和标准。劳动和社会保障部门及卫生、财政等有关部门按照国家和省制定的基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准，制定本市的实施办法。

2、实行定点医疗机构和定点药店管理。劳动和社会保障部门会同卫生、财政及药监等有关部门根据国家和省的规定，制定本市定点医疗机构和定点药店的资格审定及管理考核办法。医疗保险经办机构根据有利于管理、方便职工就医的原则，负责确定定点医疗机构和定点药店，用签定合同的方式，明确各自的责任、权利和义务。

3、强化医疗费用制约措施。

（1）参保人员要持专用的证、卡等就医结算。对转借证、卡及冒名就诊的，除向直接责任人追回基本医疗保险基金支付的医疗费用外，并给予一定的经济处罚。

（2）定点医疗机构、定点药店及其工作人员违反规定造成医疗保险基金浪费的，医疗保险经办机构要向定点医疗机构、定点药店追回不合理费用，并给予通报批评、限期整改、暂停或取消其定点资格等处罚。

（3）基本医疗保险管理部门和经办机构的工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，使基本医疗保险费流失的，由劳动和社会保障行政部门追回流失的基本医疗保险费，并依法给予行政处分。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

（4）任何单位、个人挪用基本医疗保险基金的，追回被挪用的基金；有违法所得的，没收违法所得，并入基本医疗保险统筹基金；构成犯罪的，依法追究

刑事责任；尚不构成犯罪的，对直接负责的主管人员和其他责任人员依法给予行政处分。

四、改革的组织实施和步骤

为加强对医疗保险改革工作的领导，市政府成立淄博市医疗保险改革领导小组，领导小组下设办公室；各区县成立相应的组织机构，具体负责改革的组织协调和指导工作。组建淄博市医疗保险管理机构，负责经办市及市级以上单位的医疗保险业务。各区县应建立相应的医疗保险经办机构，负责本辖区的医疗保险业务。主要职责是：

（一）负责基本医疗保险基金的筹集、管理、支付。

（二）编制基本医疗保险基金预决算。

（三）配合有关部门对定点医疗机构和定点药店的收费及服务质量进行监督检查。

（四）承担职工基本医疗保险业务的查询。

（五）管理职工个人医疗帐户。

（六）做好相关的配套服务工作。

具体实施步骤分阶段进行

第一阶段（2000年3月1日—12月底）为准备阶段，主要做好建立组织，调查研究，测算摸底，制订方案和相应的配套改革措施并上报审批以及宣传动员工作。选择部分已实行医改的区县过渡到新办法上来。

第二阶段（2001年1月1日—2001年12月底）为试运行阶段。在全市范围内组织试运行。一是全市机关事业单位及原实行企业试点的区县稳步转轨，原方案中筹资比例和双基数将逐步过渡到新方案；二是市选择几处大型企业试点，鼓励有条件的区县按照新方案试运行，认真总结经验，进一步充实完善实施方案。

第三阶段（2002年1月1日起）为正式运行阶段。进一步修订完善实施方案，在全市范围内全面实行，并逐步过渡到市级统筹。

为了实施好此方案，制定《淄博市城镇职工大额医疗费救助基金筹集和使用试行办法》、《淄博市离休人员、二等乙级以上革命伤残军人医疗待遇管理办法》、《淄博市关于建立单位补充医疗保险的意见》、《淄博市城镇职工基本医疗保险门诊慢性疾病的管理和补助暂行办法》一并贯彻执行。

附件1

淄博市城镇职工大额医疗费救助基金筹集和使用试行办法

一、根据《淄博市关于建立城镇职工基本医疗保险制度的实施方案》精神，制定本办法。

二、大额医疗费救助基金由在职职工和退休（职）人员按每人每月5元的标准，年初一次性缴纳。具体缴费来源为：

（1）从参保人基本医疗保险个人帐户中按每人每月3元划出，由医疗保险经办机构扣减；

（2）参保人按每人每月另行负担2元。在职职工和未参加养老保险市级统筹的退休人员参保单位代扣代缴；参加养老保险市级统筹的退休人员，从本人基本养老金中由医疗保险经办机构直接扣缴。

三、大额医疗费救助基金由医疗保险经办机构负责管理，单独列帐，独立核算，专项用于大额医疗费的救助。

四、参保人员的发生符合报销规定的医疗费用在3万元以上至12万元以下（含12万元），参保人负担10%，救助金支付90%。超过12万元的部分，由原资金渠道解决。

五、大额医疗费救助基金的支付范围及结算办法按照淄博市城镇职工基本医疗保险的有关规定执行。

六、本办法由市劳动和社会保障局负责解释。

七、本办法自2001年1月1日起实施。

附件2

淄博市离休人员、二等乙级以上革命伤残军人 医疗待遇管理办法

一、根据《淄博市关于建立城镇职工基本医疗保险制度的实施方案》，制定本办法。

二、离休人员、二等乙级以上革命伤残军人（以下简称“离休人员”）医疗保险费采取先缴纳后使用的办法，由医疗保险经办机构按原资金渠道筹集，不缴纳的由离休人员所在单位负责报销。

三、离休人员的医疗费，市（包括开发区）暂按每人每年6000元标准筹集，以后每年按照12%的比例调增。各单位应当于每年1月15日前按规定数额一次性缴纳。

四、离休人员医疗费由医疗保险经办机构设立专项基金帐户，纳入财政社会保障专户，单独管理，专款专用。

五、离休人员医疗费筹资办法：

（一）机关和非企业化管理的事业单位，从社会保障费中列支；

（二）企业和企业化管理的事业单位在劳动保险费中列支；

（三）市属特困、破产企业事业单位，经市财政、经委、编委、老干部局、劳动和社会保障等部门每年年初共同核定人数后，由财政每年将所需医疗费统一划入离休人员医疗保障专项基金帐户。

六、医疗保险经办机构为离休人员建立个人帐户，将筹资额的30%划入个人账户，其余作为统筹医疗基金。个人账户采用专用IC卡管理。

七、离休人员必须选择一所区县级以上综合医院作为定点医院。凭《医疗保险证》和IC卡就医购药。

八、离休人员可凭定点医疗机构开具的处方到取得定点资格的药店购药。

九、离休人员就医购药时，医疗费先从个人帐户支付，个人帐户金不足使用时，由统筹基金支付，但必须限定在个人选择的定点医疗机构记帐。

十、医疗保险经办机构向定点医院偿付医疗费用时，采取总额预付、质量挂钩、年终结算的方式，即：

1、医疗保险经办机构根据各定点医疗机构承担的离休人员、二等乙级以上革命伤残军人数量，将统筹医疗基金的85%核定各定点医疗机构的医疗费年度预付总额，并分解到各个季度。其余15%用作调剂金。

2、医疗保险经办机构每季度初将该季度预付总额90%一次性划拨给定点医疗机构控制使用。其余10%的费用按照《淄博市基本医疗保险定点医疗机构管理服务质量考核办法》，年终根据考核结果兑付。

3、定点医疗机构在年度预付总额内有结余的，结余费用留给医疗机构发展卫生事业。若有超支，经医疗保险经办机构审核，属于合理超支部分由医保部门调剂金负担30%，医疗机构负担70%。凡属不合理超支部分全部由定点医疗机构承担。

十一、离休人员转诊及外地发生医疗费用的结算：

1、在市内转诊时，需经定点医院同意并开具转诊单，转诊费用由原定点医院审核结算。

2、到市外转诊时，需定点医院提出申请，并经医疗保险经办机构同意，其发生费用先由个人垫付，返回后到原定点医院审核报销。

3、因公或赴外地探亲期间发生的医疗费用，先由个人垫付，返回后由原定点医院报销。

十二、离休人员应当执行医疗、药品开支的有关规定，特种检查、特种治疗、特药及转市外医院诊治的费用，个人负担10%。超出规定范围的医疗费用，由个人负担。

十三、医疗保险经办机构要为离休人员建立医疗费用台帐，门诊实行定点取药、审核监督管理制度，不得转借他人使用离休人员的《医疗保险证》及IC卡，人、证、卡不符的，医疗保险门诊的工作人员有权没收其证、卡。违者，损失由个人承担并按有关规定给予处罚。

十四、医疗单位应采取措施，加强对离休人员医疗工作的管理，努力提高医疗服务质量。做到“因病施治、合理检查、合理用药”，要严格履行与医疗保险经办机构签定的服务合同内容。

离休人员医疗费要单独统计，处方和出院结算单据单独装订，定期报医疗保险经办机构审核结算。其支出情况，由医疗保险经办机构每季度向所在单位通报一次。

十五、离休人员应当认真遵守医疗保险有关管理规定，厉行节约，反对浪费，严禁冒名顶替、索要与他人疾病无关药品、强求住院、重复检查，否则发生费用由个人承担。

十六、离休人员中的甲、乙类保健对象可以按规定保健病床，保健病床最高报销标准为：甲类保健80元/床日，乙类保健40元/床日，其他医疗保健待遇按市保健委员会确定的标准执行。

十七、离休人员的健康查体仍按原规定执行，所需查体费用由原渠道列支。

十八、市内五区三县在执行本办法的基础上，可根据本地实际开支数，对筹资额作适当调整。

十九、本办法由劳动和社会保障局负责解释。

二十、本办法自2001年1月1日起实施，与本办法不一致的，以本办法为准。

附件3

淄博市关于建立单位补充医疗保险的意见

一、为了不降低某些特定行业职工现有的医疗消费水平，在参加基本医疗保险的基础上，作为过渡措施，根据《淄博市关于建立城镇职工基本医疗保险制度的实施方案》，制定本意见。

二、有条件的企业（含自收自支的事业单位）要建立企业补充医疗保险。企业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，职工福利费不足列支部分，经同级财政部门核准后列入成本。

三、补充医疗保险费由单位或行业管理，主要用于基本医疗保险社会统筹基金支付范围以外的医疗费补助。

四、补充医疗保险具体补助办法由单位或行业根据本单承受能力自行制定。

五、补充医疗保险方案须职工代表大会或工会审议通过，报劳动保障部门备案后方可实施。

六、补充医疗保险应设专帐，专人管理。使用情况每年向职工公布一次，接受监督，确保资金的合理使用。

七、本意见自2001年1月1日起实施。

附件4

淄博市城镇职工基本医疗保险门诊慢性疾病的 管理和补助暂行办法

一、根据《淄博市关于建立城镇职工基本医疗保险制度的实施方案》文件精神，制定本办法。

二、职工患下列疾病在门诊治疗可给予补助：

- 1、恶性肿瘤（白血病）门诊放（化）疗；
- 2、尿毒症门诊透析；
- 3、脏器官移植抗排异治疗；
- 4、糖尿病（合并感染或有心、肾、眼、神经并发症之一者）；
- 5、高血压病Ⅲ期（有心、脑、肾并发症之一者）；
- 6、类风湿病（活动期）；
- 7、肺源性心脏病（出现右心室衰竭）；
- 8、脑出血（脑梗塞）恢复期；
- 9、慢性病毒性肝炎；
- 10、其他经医疗保险经办机构认可的可纳入统筹基金支付范围的慢性疾病。

三、职工患慢性疾病可凭定点医院的确诊证明，病历资料，具体治疗意见和用人单位证明到医疗保险机构办理鉴定手续。

四、医疗保险专家组审核符合条件的，医疗保险经办机构为其建立病历档案及治疗费用台帐，实行单独管理，并发给《慢性病门诊医疗补助证》，鉴定费、工本费由个人承担。

五、门诊补助患者根据自己的病情，选择定点医院就诊，由定点医院的专家和医疗保险专家组共同制定具体的治疗方案，并必须在指定的门诊取药治疗。未经备案的及在非定点医疗门诊发生的治疗费用，不列入补助范围。

六、补助办法：统筹基金支付规定门诊病种的补助费按“以收定支，收支平衡”的原则，设置起付标准和年度最高支付限额，起付标准为1500元（如年内住院，门诊和住院的起付标准合并计算），超过起付标准以上最高支付限额以内的部分，于统筹年度末视统筹基金支付能力给予适当补助，在职人员补助比例的上限为70%。退休人员补助比例的上限为80%。统筹基金支付慢性病门诊补助费和住院费用的年度最高支付限额为30000元。

七、统筹年度末由用人单位持批复原件、处方结算单及有效现金收据，到医

疗保险经办机构审核兑付。补助费只对患者所核定的病种的治疗费给予补助，门诊检查及其他疾病的门诊医疗费由本人负担。

八、本办法由市劳动和社会保障局负责解释。

九、本办法自2001年1月1日起实施。