

份号

保山市人民政府办公室文件

保政办发〔2009〕227号

保山市人民政府办公室 关于印发保山市城镇职工基本 医疗保险市级统筹实施办法的通知

各县（区）人民政府，市直各委、办、局：

经市人民政府同意，现将《保山市城镇职工基本医疗保险市级统筹实施办法》（试行）印发给你们，请认真贯彻执行。

二〇〇九年十二月二十日



保山市城镇职工基本医疗保险 市级统筹实施办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为建立我市城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）市级统筹制度，根据《云南省人民政府关于全省职工医保实行州市级统筹管理的意见》（云政发〔2009〕148号）、《保山市人民政府转发〈云南省人民政府关于全省职工医保实行州市级统筹管理的意见〉的通知》（保政发〔2009〕192号）及省、市相关文件精神，特制定本实施办法（以下简称《办法》）。

第二条 本《办法》适用于我市行政区域内的所有城镇用人单位及其职工、退休人员，城镇个体工商户、灵活就业人员、自谋职业人员（以下简称个体参保人员）。

第三条 职工医保市级统筹应坚持的原则：

- （一）基本医疗保险与经济发展水平相一致；
- （二）用人单位和职工共同筹资；
- （三）社会统筹和个人账户相结合；
- （四）以收定文、收支平衡、略有结余。

第四条 职工医保在全市范围内实行统一制度政策、统一缴费基数和比例、统一待遇支付、统一基金财务管理、统一结算办法和业务流程、统一信息系统管理。

第二章 运作模式

第五条 职工医保市级统筹后的运作模式是：基金实行统收统文集中预算管理；业务分块运作，参保属地管理；费用包干使用。基金超文经考核给予调剂补助。

第六条 职工医保基金实行统收统文。各县（区）当年所征缴的基金应分别于4月、7月、10月、12月10日前全额上缴市级财政专户集中管理。各县（区）当期应支付的基金应在每月的20日前将用款计划报市医疗保险经办机构（以下简称医保经办机构），市医保经办机构审核提出意见后报市劳动和社会保障局、市财政局批准后预拨。具体财务管理办法由市财政局、市劳动和社会保障局另行制定下发。

第七条 职工医保具体业务分市本级、隆阳区、腾冲县、昌宁县、施甸县、龙陵县六块运作。统一执行市级统筹的政策规定和业务流程。各县（区）参保登记、缴费基数核定、基金的征缴、待遇的审核支付等由各县（区）医保经办机构具体负责。

第八条 职工医保市级统筹后，基金实行集中预决算管理。市、县（区）劳动保障和财政部门按规定做好基金的预算和决算，并严格执行经市人民政府批准下达的预算。各县（区）基本医疗保险费用的支付按预算实行包干使用，对于超出预算支付的，经市级考核后给予适当的补助。

第九条 职工医保基金按以下规定进行调剂补助。

市本级和各县（区）每年支付的基本医疗保险基金严格控制在市下达预算之内的，市级全额拨付。基金支付超过下达预算10%以内的，缺口由市级会额调剂补助；超过11%—15%的，缺口由

市、县（区）各承担 50%）；超过 15%（不含 15%）以上的，由各县（区）自行解决。

第十条 申请调剂补助金的程序：

（一）市本级、县（区）医保经办机构于年度结束后 1 个月内提出申请，并填报《保山市基本医疗保险调剂金申请表》，经同级劳动保障、财政部门审核后，报市医保中心。

（二）市医保中心接到申请后提出初步意见报市劳动和社会保障局、市财政局，对提出申请的县（区）基本医疗保险基金的征收、文付及其他工作情况进行综合考核后给予调剂补助。

第十一条 建立健全目标管理考核责任制，形成责权明确，上下联动的市级统筹管理体制。每年应与县（区）签订工作目标责任书，对工作成绩突出的给予表彰，对完不成目标任务的进行问责。具体的考核办法由市劳动和社会保障局、市财政局共同拟定下发。

第三章 参保登记及管理

第十二条 用人单位应当自取得营业执照或获准成立之日起 30 日内，向医保经办机构办理基本医疗保险参保登记；用人单位在招用人员后的 30 日内，应当向当地医保经办机构办理职工基本医疗保险参保缴费手续。

第十三条 参保登记时应提供的资料：新参保的城镇用人单位参保。单位须提供工商营业执照、社会保险登记证、职工花名册、职工和退休人员的近期免冠五分照片一张，由单位统一造册

到统筹区医保经办机构进行参保登记；以个体参保的人员由本人携带身份证、户籍证明、近期免冠五分照片一张到统筹区医保经办机构进行参保登记。

第十四条 对已参加职工医保的个体参保人员，因缴费确有困难的，可申请接转乡力口城镇居民基本医疗保险，按年缴纳医疗保险费，并享受城镇居民基本医疗保险待遇。其参加职工医保年限可以保留。

第十五条 已参加城镇居民基本医疗保险且具备参加职工医保能力的个体参保人员，可转入职工医保，其参加城镇居民基本医疗保险的缴费年限可按每3年的城镇居民基本医疗保险的缴费年限折算为1年的职工医保的缴费年限。

第十六条 参军入伍的人员无论参加何种医疗保险，其在军队服役时的军龄视为缴费年限，可累加计算；退役、转业军人参加工作的由单位为其办理参保手续，选择自主择业的按相关政策规定由本人持相关材料到户籍所在地的医保经办机构办理参保手续。

第十七条 被追究刑事责任、劳动教养、开除公职、除名、自动离职的人员，其参加医保前的原工作年限不得视同缴费年限（国家政策另有规定的除外），达到退休条件时只能按实际缴费年限计算。

第十八条 在服刑（缓刑除外）、劳动教养期间的人员应停止缴纳医疗保险费，刑满后可继续缴纳医疗保险费，其实际缴费年限可以前后合并计算。

第十九条 单位参保人员在辞职或解除（终止）劳动合同后6个月内到所在地医保经办机构办理续保可视为连续参保，超过6个月未按规定续保的，视为个体首次新参保。原缴费年限可以与参保后缴费年限合并计算。

第二十条 由于欠费中断缴费的单位、个体参保人员，从中断缴费期的次月起停止享受医保待遇。欠费停保期在一年以内补交的可恢复享受医疗保险待遇，欠费停保期超过一年的，按首次参保办理。

第二十一条 以个体形式参保的人员，原有视同缴费年限的达到法定退休年龄办理退休手续时，累计缴费年限（含视同缴费年限）男满30周年，女满25周年，且实际缴费年限满10年的，可按退休人员的规定享受退休人员的基本医疗保险待遇。参保前无国家认可的连续工龄（无视同缴费年限）的人员，实际缴费年限达到20年，并达到国家法定退休年龄时方能享受退休人员待遇。缴费达不到上述年限的，应按退休前缴费标准一次性补足所差年限的医疗保险费方能享受退休人员待遇；缴费年限已达到上述年限，但尚未达到法定正常退休年龄的，应按规定继续缴纳医疗保险费至法定退休年龄。

第二十二条 参保单位有机构变更、人员划转、增减、退休、死亡、银行帐号变更，应由经办人员填写单位变更情况表，持相关证件材料，于变更的当月到当地医保经办机构办理变更手续。

第四章 基金筹集及管理

第二十三条 基本医疗保险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双方共同负担，以个体形式参保的所有应缴费用由个人全额负担。

(一) 用人单位缴纳基本医疗保险费的费率为 本单位职工上年度工资总额的 7.5 %。职工个人缴纳基本医疗保险费的费率为本人上年度工资总额的 2%。达到规定缴费年限和法定退休年龄已办理退休手续的退休人员单位和个人不缴纳基本医疗保险费。

(二) 单建统筹的参保人员缴费率为 6%。

(三) 基本医疗保险费的费率随经济和社会的发展和医疗费用水平的变化，由市劳动和社会保障局商同市财政局提出报市人民政府批准后适时调整。

第二十四条 职工医保缴费工资基数实行单基数缴费，即按本单位在职职工上年度工资总额缴费。职工个人工资收入超过全市职工上年度职工平均工资 300% 的，以 300% 为缴费基数；低于 60% 的，以 60% 为缴费基数，单位缴费工资基数与职工个人缴费工资基数一致。以个体形式参保的人员按上年度全市职工平均工资的 80%—100% 的基数由个人自愿选择缴费基数。用人单位职工工资总额按国家统计局关于工资总额构成的规定计算。

第二十五条 职工医保以自然年度为保险年度。即每年 1 月 1 日至 12 月 31 日。参保人员缴费标准和保险待遇以核定时的状态为准，一般年度内不作调整（全市统一调整除外）。已进入医疗保险期间的，不办理退费手续。

第二十六条 用人单位必须在每年收到医保经办机构通知

后，按规定的要求向 医保经办机构报送上年度职工工资总额和退休人员退休费总额等材料 and 情况表，经医保经办机构核定后调整基本医疗保险费的收缴基数及划入个人账户基数。

第二十七条 各级医保经办机构按月提供给税务部门征缴清册，地方税务部门负责基本医疗保险费的收缴。以单位参保的应在每月 20 日前缴费。财政拨款的机关、事业单位，由财政部门足额预算后直接划入基金财政专户。个体参保人员应在每年 4 月 1 日 10 月 31 日期间一次性向税务部门缴纳全年基本医疗保险费。

第二十八条 用人单位必须按规定足额缴纳基本医疗保险费，基本医疗保险费不得减免和缓缴。

第二十九条 用人单位和参保人员不按规定缴纳或拒缴、拖欠基本医疗保险费的，医保经办机构可于次月发出催缴通知并停止支付其基本医疗保险待遇，参保人员住院或门诊费用自用人单位或职工本人负担，用人单位和参保人员补足应缴纳的基本医疗保险费后，医保经办机构方可审核报销出统筹基金支付的医疗费用及补记个人账户。

第三十条 基本医疗保险统筹基金和个人账户的计息办法，按国家有关规定执行。

第二十一条 各县、区医保经办机构在每年的 2 月底前，编制年度职工医保收支情况预算并上报市 医保经办机构，市医保经办机构根据各县（区）上报的预算，结合当年基金收支情况编制全市的基金收支预算报市劳动和社会保障局、市财政局审核，并经市人民政府批准后下达各县（区）执行。

第三十二条 用人单位合并、分立、转让时欠缴医疗保险费的，由合并、分立、受让的单位负担欠缴的基本医疗保险费及利息。单位关闭、破产、解散的按有关规定清缴应缴的基本医疗保险费。

第三十三条 基本医疗保险费的列支渠道：

（一）财政全额拨款的国家机关、事业单位按照单位的财政体制关系由现行工资供给渠道拨款，在预算内资金列支；

（二）财政差额拨款的事业单位，由财政按补助规定予以补助或在单位提取的福利费（医疗基金）中列支；

（三）自收自文的事业单位在单位提取的福利费（医疗基金）中列支；

（四）企业和企业化管理的事业单位从“职工福利费”、“劳动保险费”中列支。

第三十四条 职工医保基金不计征税、费。

第三十五条 各级财政部门应将属财政承担的职工医保费列入预算，并按时足额直接拨入本级基金专户。

第三十六条 职工医保基金的管理，执行财政、劳动保障部门制定的财务制度。基金纳入财政专户，专款专用。实行收支两条线管理，按政策规定的项目和标准收缴、支出，任何单位和个人不得挤占、截留、挪用，也不得用于平衡财政预算。

第三十七条 各县（区）医保经办机构必须严格医疗费用支出的审核？对违规使用基金的，一经查实依法处理。同时各县（区）上缴市级风险调剂金后所剩基金。除临时调剂周转外，因特殊原

因需要动用的，由县（区）医保经办机构提出意见，并经同级劳动保障、财政部门同意，报市医保经办机构审核，并经市劳动和社会保障局、市财政局批准后方可使用。

第三十八条 各级医保经办机构要遵守国家、省、市基金财务管理制度，遵守财经纪律，建立健全医疗保险的预决算制度、财务会计制度和内部管理制度，切实加强医疗保险基金财务管理，确保基金安全，定期或不定期向社会公告基金收支和结余情况，接受审计部门的审计和社会监督。

第五章 个人帐户及统筹基金

第三十九条 职工医保基金包括个人帐户基金和住院统筹基金两部分，各县（区）要按规定管理和使用好。

第四十条 各县（区）医保经办机构相应为参保人员建立基本医疗保险个人帐户。个人帐户具体记载下列内容：

（一）参保人员姓名、性别、年龄、单位、住址、工作状态、身份证号码、简要病史等基本资料。

（二）个人缴费工资基数及个人缴纳的基本医疗费金额；

（三）从用人单位缴纳的基本医疗保险费中按年龄、缴费工资等一定比例划入部分的金额；

（四）公务员医疗补助金额和用人单位补充医疗保险补助金额；

（五）个人帐户结余资金和利息；

（六）大病补充医疗保险缴费情况。

第四十一条 职工个人缴纳的基本医疗保险费全部划入个人账户，实行统账结合的用人单位按月缴纳的基本医疗保险费分为两部分：一部分用于建立统筹基金。一部分划入个人账户。用人单位缴纳的基本医疗保险缴费基数同时是在职人员划入个人账户的基数。退休人员划入个人账户的基数以退休人员退休金或在社保领取的养老金为基数。选择单建统筹的没有个人账户。划入个人账户的比例具体为：

（一）在职职工 30 岁及其以下划入 1.2%，31 岁-45 岁划入 1.6%，46 岁及以上划入 2%；

（二）退休人员划入 4%；

（三）建国前参加工作的退休人员在划入 4% 的基础上提高 40%；

（四）职工年龄以年为计算单位，出生当年均按一年计算。

第四十二条 基本医疗保险个人账户统一使用身份证号码，实行 IC 卡管理。每年 1—4 月份的基本医疗保险费在 4 月底一次性划入参保人社会保障卡内，其他月份按月划入个人的社会保障卡内。

第四十三条 基本医疗保险个人账户的资金和利息归个人所有，可以结转使用和继承。参保人员死亡后，个人账户的结余资金应划转到继承人个人账户上。如继承人没有个人账户，可一次性现金发还继承人。没有合法继承人的，其个人账户结余资金划入统筹基金。

第四十四条 基本医疗保险个人账户实行医疗定向使用，结

余归己，超支不补，其使用范围是：

（一）定点医院门诊看病、治疗、定点药店员专药等小额医疗费用的支付；

（二）到医保定点医疗机构进行体检、防疫、妇幼保健等的费用支付；

（三）住院起付标准以下医疗费用的支付；

（四）住院起付标准以上、最高支付限额以下由个人按比例承担的住院医疗费用的支付；

（五）根据规定由个人首先自付一定比例的特殊药品、特殊检查、特殊治疗、特殊材料费用中由个人负担部分医疗费用的支付；

（六）住院用非目录及自费检查、治疗项目等医疗费用的支付。

第四十五条 在统筹区（市内）范围内工作调动、转移时，只转关系不转个人帐户资金；调出统筹区（市外）的，个人账户资金随其工作关系一并转入调入地区。

第四十六条 用人单位缴纳的基本医疗保险费在扣除划入基本医疗保险个人账户后，全部记入基本医疗保险社会统筹基金（以下简称统筹基金）。

第四十七条 统筹基金用于支付扣除个人应付部分的下列医疗费用：

（一）参保人员住院医疗费用；

（二）紧急抢救和门诊留观医疗费用；

（三）经批准的特殊慢性病，如高血压、糖尿病等门诊医疗费用；

（四）经批准的特殊疾病，如癌症放化疗、严重肾功能衰竭血液透析等门诊医疗费用。

第六章 待遇支付及费用结算

第四十八条 依照《云南省城镇职工基本医疗保险暂行规定》参加基本医疗保险并按时缴纳基本医疗保险费的人员，有享受基本医疗保险待遇的权利。首次参保的个体参保人员需连续缴费满一年（不得往前补缴）后，才能享受基本医疗保险住院统筹待遇。

第四十九条 参保人员可以自主选择具有医疗保险服务资格的定点医疗机构就医，可以到具有医疗保险药品供应资格的定点药店购药。

第五十条 参保人员一个年度住院和门诊特殊疾病支付累加计算，起付标准以内的费用由个人支付。起付标准以上、最高支付限额以下符合城镇职工基本医疗保险政策规定的医疗费用，由统筹基金和个人按比例负担。超过最高支付限额以上的费用统筹基金不予支付。

（一）职工医保统筹基金最高支付限额为每年每人累计 3.5 万元。

（二）起付标准：

1. 参保年度内第一次住院的：三级医院 600 元，二级医院 500 元，一级医院（含乡镇卫生院，社区卫生服务站）300 元；第

二次住院的：三级医院 480 元，二级医院 400 元，一级医院 200 元；第三次及以上住院的；三级医院 360 元，二级医院 300 元，一级医院 150 元。

2. 特殊疾病门诊年度内起付标准 600 元。

3. 特殊慢性病门诊年度内起付标准 1200 元。

（三）参保人员住院时。按照医院等级差、年龄段报销比例应有所差别：

以二级医院为标准医院；住三级及以上等级医院的自付比例增加 1 个百分点；住一级及以下医院的自付比例降低 1 个百分点。

1. 在职职工 30 岁及其以下统筹基金支付 77%；31 岁-45 岁统筹基金支付 82%；46 岁及其以上统筹基金支付 87%；

2. 退休人员统筹基金支付 91%；

3. 特殊疾病住院：在职职工统筹基金支付 91%，退休职工统筹基金支付 93%；

4. 最高支付限额、起付标准、个人自付比例将根据我市经济社会发展和医疗费水平的变化由市劳动和社会保障局商同市财政局作适时调整。

第五十一条 特殊慢性病、特殊疾病门诊治疗按保劳社〔2002〕24 号文件规定执行。由各县（区）在每年 1 月底以前将申报人员的相关材料收齐，2 月份组织专家评审认定后享受当年相关待遇。

第五十二条 经批准的特殊疾病门诊医费用按季度报销。起付标准以上、最高支付限额以下部分由统筹基金和个人分别按比

例负担，在职职工、退休职工统一由统筹基金支付 91%。

第五十三条 经批准的特殊慢性病门诊医费用按年度报销，起付标准以上、最高支付限额以下部分由统筹基金和个人分别按比例负担：

（一）在职职工统筹基金支付 60%，每年每人限额补助不超过 2000 元；

（二）退休人员 70 周岁以下的统筹基金支付 70%，每年每人限额补助不超过 3000 元；

（三）退休人员年满 70 岁（含 70 岁）及以上的统筹基金支付 80%，每年每人限额补助不超过 3500 元。

同时患有两种以上特殊慢性病的在上述补助基础上增加 1000 元

第五十四条 参保人员患病住院因病情需要转诊到市外三级及以上医院的，个人自付比例提高 3%；转到市外其他等级医院的，个人自付比例提高 2%。在国内市外探亲、旅游、休假及长期在外居住的参保人员因病情需要到市外各级医院住院的，个人自付比例提高 3%。

第五十五条 参保人员住院期间，属患者自行要求转诊（转院）的。须医院开具证明，转诊转院患者个人除支付起付标准外，个人自付比例在正常转诊的基础上提高 2%。参保人员未住院，在当地定点医院门诊就医后本人要求转诊转院的，就诊医院开具转院证明，到医保经办机构备案后，可转诊转院，个人除支付起付标准外，个人自付比例在正常转诊转院的基础上提高 3%。

未办理任何转诊转院手续，本人自行到市外自找医院住院治疗的，个人除支付起付标准外，个人出付比例在正常转诊转院基础上提高8%。

第五十六条 因病住院死亡职工的最后90天的住院费用符合基本医疗保险报销范围的医疗费用据实报销，报销的计算方法为：最后一次住院费总额 / 总住院天数 × 90 天，得出90天的费用按政策据实报销。进入大病的按大病统筹的规定报销。

第五十七条 参保人员因急诊在门诊抢救治疗所发生的费用，3日内治愈或好转出院的，患者个人帐户支付；3日内因病情需要转为住院的，门诊抢救治疗所生发的费用并入住院费用按规定给予报销。

第五十八条 对1949年10月1日到所在地解放初期参加革命工作的人员，住院费用的报销按保劳社〔2004〕13号文件规定执行。

第五十九条 特殊照顾人员住院按保劳社〔2006〕90号文件规定执行。

第六十条 普通住院床位费支付标准：三级医院每床日15元，二级医院每床日13元，一级及以下医院每床日11元。统筹区外的二级、三级医院每床日20元；层流洁净病房、无茵层流病

床、重症监护病房最高支付标准为每床日30元。副厅级以上人员每床日不超过50元。

参保人员的实际床位费低于规定支付标准的，按实际支付床位费结算报销，超过支付标准的部分由个人全额负担。

第六十一条 从2010年1月1日起，参保人员发生非自然性疾病（无第三方赔付的意外伤害、食物中毒等）住院。出院时定点医院先作自费结算，经医保经办机构调查、核实后。符合基本医疗保险政策规定的在职职工统筹基金支付70%，退休职工统筹基金支付80%。进入大病统筹的医疗费用按大病补充医疗保险政策规定报销。

第六十二条 从2010年1月1日起对相关疾病实行单病种结算。实行单病种结算的病种按保劳社〔2006〕49号文件规定执行，各病种结算标准按市医保中心每年公布的标准执行。

第六十三条 我市职工医保用药范围、药品费用以及特检、特治、材料（含特殊材料）费用，按以下规定执行：

（一）甲类药品费用，按规定的报销比例从职工医保统筹基金中支付；

（二）乙类药品、特检、特治费用。个人首付10%，其余的再按政策规定比例从职工医保基金中支付。特检、特治须主治医师提出意见，科主任签字同意，经医院领导审批后方可使用（危重病人可先使用，3日内补办审批手续），未经审批的，医疗保险基金不予支付；

（三）因抢救病人而使用非目录药品、特殊贵重药品、输血及使用血液制品的，须主治医师提出意见。科主任签字同意，经医院领导审批后方可使用（危重病人可先使用，3日内补办审批手续），未经审批的，医疗保险基金不予支付。经审批后使用的个人首付20%，其余的再按政策规定的比例从职工医保统筹基金中

支付。

（四）参保人员在住院期间使用一次性收费单价在200元以上的材料（含特殊材料、人工器官、活体器官）须主治医师提出意见，科主任签字同意，经医院领导审批后方可使用（危重病人可先使用3日内补办审批手续），经批准使用的个人先首付20%，其余的再按政策规定的比例从职工医保统筹基金中支付。未经批准的，医疗保险基金不予支付。

第六十四条 参保人员、定点医疗机构、定点药店应严格执行《云南省职工医保用药范围暂行管理办法》、《云南省职工医保药品目录》、《云南省非营利性医疗机构诊疗项目》和《基本医疗保险生活服务设施标准》，超出规定的医疗费用医保经办机构不予支付，由医院或患者自理。

第六十五条 参保人就医发生的医疗费用有下列情形之一的，医疗保险统筹基金不予支付：

（一）云南省职工医保药品目录、诊疗项目和服务设施项目标准以外的费用（急救除外）；

（二）健康体检、计划免疫、预防保健、健康教育等公共卫生服务及医学科研的费用；

（三）在非定点医疗机构诊治的医疗费用；

（四）职工因公负伤、患职业病、自然灾害、事故灾害、公共卫生、社会安全事件医疗费用；

（五）打架斗殴、酗酒、吸毒、性病（艾滋病除外）、自伤自残、自杀、违法犯罪行为所致的医疗费用，以及因医疗事故所增

加口的医疗费用；

（六）有第三方赔付责任的交通事故或其他事故的 医疗费用；

（七）在境外及港、澳、台地区发生的医疗费用；

（八）各种美容、整容、性功能障碍、不孕不育、生育和实施计划生育所发生的医疗费用；

（九）冒名、挂床位号、走位、家庭病床和与病情无关的检查、治疗、药品费用以及超过规定出院带药费用；

（十）未经相关部门批准的医院自定项目、检查、治疗、广告药品的费用以及擅自提高收费标准费用；

（十一）因家、省、市规定不属于医疗保险基金支付范围的费用。

（十二）其他不属于医疗保险基金支付范围的费用。

第六十六条 参保人员到定点医疗机构和定点药店就医购药时，使用社会保障卡结算，个人账户使用完后，由参保人员用现金支付。

第六十七条 住院费用实行“总量控制、指标管理、多元结算、质量考核、超支适当补助”的结算办法。具体结算管理办法由市医保经办机构制定下发。

第六十八条 医保经办机构对定点医疗机构实行保证金管理制度，在支付给定点医疗机构的医疗费用中每月暂扣统筹基金支付总额的 10%作为保证金，次年 3 月份视上年质量考核情况返还定点医疗机构。

第六十九条 定点医疗机构应于每月 10 日前将上月发生的

城镇职工基本医疗住院申报表、出院结算花名册、发票原件、结算办法明细分析或结算表、费用明细清单及相关资料报医保经办机构审核，符合政策规定支付的医疗费用由医保经办机构按90%的比例支付给定点医疗机构。

第七十条 医保经办机构与定点药店按年度签订服务协议，并按协议履行双方的权利、责任和义务。定点药店于每月5日前将上月发生的零售药品申报表报医保经办机构，符合政策规定，支付的药品费用自医保经办机构支付给定点药店。

第七十一条 参保人员在市内住院实行以住院地结算的方式结算，住院医疗费用按以下程序结算：参保患者出院时定点医疗机构按照收费标准和职工医保报销政策规定计算出费用总额及个人自付部分，经参保患者或家属签字认可后，自付部分由个人支付，剩余符合政策规定部分由定点医疗机构按月与医保经办机构申报结算。

第七十二条 转诊、转院或异地就医（市外）人员的住院医疗费用按以下规定结算：在我市未实施异地就医结算前，医疗费用个人垫付，出院后将相关资料（转诊、转院审批表、医疗保险证、社会保障卡、出院证、发票原件、住院费用明细清单、特殊材料、特殊贵重用药使用审批表、出院小结和首次病程记录〈提供复印件〉等）报当地医保经办机构结算报销。我市实施异地就医结算后按相关规定进行结算报销。

第七章 医疗和医药管理

第七十三条 全市执行统一的定点医疗机构、定点药店（以下简称“两定”机构）的资格准入和服务协议管理标准。市级制定全市定点医疗机构管理办法，实行医疗机构定点管理，不断完善“两定”服务机构的准入和退出机制。

第七十四条 “两定”机构的审批、确定和管理按国家、省、市有关规定执行，各县（区）县城所在地的定点医疗机构由各县、区初审后报市劳动和社会保障局审批；各县（区）乡镇及以下定点医疗机构和辖区内定点药店由各县（区）劳动和社会保障局审批（原已审批的认可），报市劳动和社会保障局备案。定点医疗机构和定点药店由市医保经办机构统一制发定点标牌。

第七十五条 对“两定”机构实行资格认证和年检制度。在本市范围内的各类医疗机构和药店，均可向劳动保障部门申办开展基本医疗保险的定点医疗、药品业务。

第七十六条 职工医保“两定”机构实行协议管理，“两定”机构必须与当地医保经办机构签订服务协议。

第七十七条 参保人员患病住院，凭社会保障卡和医疗保险证（身份证）办理入院手续。参保人员就诊时，定点医疗机构应当认真核对患者医疗保险证和社会保障卡，做到人、证、卡相一致。严格掌握住院标准，杜绝挂床住院，冒名住院的情况发生。

第七十八条 参保人员确因病情需要或定点医疗机构诊疗水平所限，必须转诊转院的，应遵循先统筹区内后统筹区外，逐级转院的原则。

第七十九条 转诊转院应由经治医师填写《云南省职工医保

转诊转院审批表》，经科主任签署意见，定点医疗机构医保办签批后到 医保经办机构办理备案登记手续（危、急、重患者可先转院，7 日内补办备案登记手续），7 日内（含 7 日）应及时到转入 院医治，超过 7 日的转院医疗费按再次住院结算。

第八十条 长期居住在本市以外的参保人员患病住院时，必须在当地医疗保险经办机构确定的定点医疗机构就医，并在住院 3 日内报参保地医保经办机构。

第八十一条 定点医疗机构应认真执行有关政策规定，自觉规范医疗服务行为，严格执行处方限量与出院带药管理规定，在保障基本医疗的前提下，坚持合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费。

第八十二条 定点医疗机构应当尊重参保患者或家属的知情权。在使用自费药品、费用较高的医用耗材、诊疗项目时，应事先书面通知并征得患者或家属同意认可并签字。定点医疗机构应提供每日医疗费用明细清单，以便患者或家属了解费用的开支情况。

第八十三条 劳动保障部门要加强对“两定”机构的管理和考核工作，定期或不定期地对参保人员就医购药情况进行核查。物价、卫生和药品监督部门要配合做好相关工作。

第八章 信息系统建设

第八十四条 基本医疗保险计算机信息管理系统管理严格按国家、省、市有关部门的相关规定进行管理。职工医保信息管理系统

统统一使用省劳动和社会保障厅开发的软件，全市实行数据统一集中，使用全省统一的社会保障卡。各县（区）必须按照统一的软件系统要求，配置系统硬件设备，并做好系统日常的管理和维护工作，医保经办机构、软件公司、网络通讯公司、定点医院、药店，要按照有关规定切实做好计算机信息系 统安全管理，确保系统的安全和正常运行，保证系统与定点医疗机构和定点零售药店及医保经办机构间的数据传输、结算的时效性、准确性及完整性。保证系统在医保经办机构内部的安全性、可控性和应急处置的可行性和有效性。具体管理按医保经办机构与“两定”机构签订的服务协议执行。

第八十五条 参保人员购置社会保障卡工本费由个人；承担有条件的用人单位也可对参保人员的社会保障卡工本费给予补助。

第九意 管理机构及相应职责

第八十六条 全市职工医保市级统筹工作由市、县（区）人民政府统一领导和协调，由劳动和社会保障部门负责组织实施，相关职能部门要认真履行职责职能。

第八十七条 市劳动保障部门的主要职责是：贯彻落实国家、省、市基本医疗保险政策规定，研究拟定，我市职工医保政策，制定相关制度并组织实施监督检查我市职工医保政策制度的执行，审核职工医保预、决算，协调工作运行的相关问题和医疗保险运行中出现的有关争议。县级劳动保障部门的主要职责是：贯彻落

实国家、省、市基本医疗保险政策规定，督促检查辖区内职工医保制度运行。对辖区内“两定”机构按权限进行审批。协调工作运行中出现的相关问题，完成市下达的各项工作任务。

第八十八条 市级医保经办机构负责全市职工医保业务工作的综合管理，其主要职责是：经办市本级职工医保相关业务，指导和督促各县（区）医保经办机构开展基本医疗保险业务，编制全市职工医保基金预、决算，负责确定定点医疗服务机构并对“两定”机构进行管理、考核，负责全市职工医保计算机信息系统的管理运行。

第八十九条 各县、区医保经办机构负责辖区内职工医保业务工作的综合管理。其主要职责是：负责辖区内城镇职工医保均业务经办，负责辖区内职工医保基金的筹集、管理以及传送审核、支付。负责编制本县（区）基金预、决算，负责对辖区内“两定”机构协议管理和考核。

第九十条 财政部门负责制定职工医保基金管理办法，做好基金财政专户管理，编制职工医保资金预、决算，确保基本医疗保险基金足额缴入基金专户，保证医保经办机构基金支付需要，加强对基金的管理和监督，确保基金安全。

第九十一条 卫生部门会同有关部门制定医疗机构的管理配套文件，加强对定点医疗机构执行职工医保相关政策的监管工作。

第九十二条 审计部门负责对职工医保基金的收缴、支付、管理、运营情况进行审计监督。

第九十三条 金融部门负责做好基金的收缴支付服务工作和存入基金的计息工作。

第九十四条 税务部门负责做好职工医疗保险基金的征缴。为参保人员按时足额缴费提供好服务。

第九十五条 发改、编制、药监、新闻等有关部门按各自的职责做好相关工作。

第十章 罚 则

第九十六条 参保人员有下列行为之一的，劳动保障部门有权追回发生费用，并视情节轻重，追究相应的责任，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

- （一）将医疗保险证（卡）转借他人或冒名就医的；
- （二）私自伪造涂改处方、费用单据，套取医保基金的；
- （三）其他违反基本医疗保险规定的行为。

第九十七条 各级医保经办机构工作人员应认真履行职责，接受监督。凡工作人员有下列行为的，参保人员可向劳动保障部门投诉，并由有关部门批评教育，情节严重的根据有关规定追究相应责任；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

- （一）违反基本医疗保险基金管理规，造成基金损失的；
- （二）贪污、挪用基本医疗保险基金的；
- （三）玩忽职守，以权谋私的；
- （四）其他违反基本医疗保险规定，损害国家和参保人员利益的。

第九十八条 定点医疗机构存在下列行为的，由相关部门根据有关规定进行处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

（一）擅自提高收费标准。任意增加收费项目，分解住院收费、串换收费项目等违反物价收费规定的；

（二）定点医疗机构将门诊病人挂床住院或冒名分解住院，将非医疗保险的病种、药品、项目列入医疗保险基金支付范围，弄虚作假，套取、骗取医疗保险基金的；

（三）定点医疗机构为参保人提供虚假证明材料虚拟住院，套取、骗取基本医疗保险基金的；

（四）无故拒绝收治参保患者，不坚持因病施治，不为参保人提供符合基本医疗保险规定医疗服务，以及其他违反医疗保险规定和侵害参保人利益的。

第九十九条 定点药店应认真执行基本医疗保险定点药店管理相关规定。有下列行为之一的，由相关部门根据有关规定进行处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

（一）将医疗保险结算系统延伸至本药店外提供个人账户划卡服务的；

（二）以药易药、以药易物，搭车配药，违反药品管理规定，出售假冒、伪劣、过期、失效药的；

（三）以职工个人社会保障卡套取现金，造成职工或基本医疗保险基金损失的；

（四）违反社会保障、医疗卫生、药品和物价等有关政策法规的行为。

第一百条 在职工医保实施过程中发生的争议事项，按劳动保障行政争议处理相关规定办理。

第十一章 附 则

第一百零一条 因自然灾害、事故灾害、公共卫生事件、社会安全事件等因素造成的大范围危重病人救治，其医疗费用由当地政府综合协调解决。

第一百零二条 所有参加基本医疗保险的单位和个人，应同时参加大病补充医疗保险，以分散医疗风险，减轻参保患者医疗负担。保山市城镇职工大病补充医疗保险办法另行制定下发。

第一百零三条 老红军、离休人员、二等乙级以上革命伤残军人、不执行本办法规定，相关待遇仍按原有关政策规定执行。

第一百零四条 原执行的职工医保相关政策与本《办法》相抵触的以本《办法》为准，本《办法》与国家、省新的规定相抵触的，按新规定执行。

第一百零五条 本《办法》（试行），由市劳动和社会保障局负责解释。

第一百零六条 本《办法》（试行）自2010年1月1日起实行。

主题词：民政 社会保障 医保△ 办法 通知

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市
纪委办公室，市法院，市检察院，保山军分区，各人民
团体，省属驻保单位。

(共印200份)

保山市人民政府办公室

2009年12月30日印发

打印：杨黎美

校对：罗沿磊