

济南市职工基本医疗保险办法

(2014年4月1日济南市人民政府令第252号公布 自
2014年4月1日起施行)

第一章 总 则

第一条 为建立和完善职工基本医疗保险制度,保障职工基本医疗,根据国家和省有关规定,结合本市实际,制定本办法。

第二条 本办法适用于本市行政区域内职工基本医疗保险的参保、服务及其监督管理等活动。

第三条 职工基本医疗保险应当坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则,实现公平与效率相结合、权利与义务相对应,保障水平与社会发展水平相适应。

第四条 市社会保险行政部门主管本市职工基本医疗保险工作。市社会保险经办机构具体负责职工基本医疗保险基金的筹集、管理和待遇审核、给付等工作。

县(市)社会保险行政部门主管本行政区域内职工基本医疗

保险管理工作，所属社会保险经办机构负责职工基本医疗保险基金的筹集、管理和待遇审核、给付等工作。

财政、卫生、食品药品监管、物价、审计、民政等部门，应当按照各自职责，共同做好职工基本医疗保险的管理工作。

第五条 本市职工基本医疗保险与社会医疗救助、单位补充医疗保险、公务员医疗补助、商业医疗保险等相结合，形成多层次的职工医疗保障体系。

第二章 职工基本医疗保险基金的筹集

第六条 职工基本医疗保险基金收入包括：用人单位和职工、灵活就业人员缴纳的基本医疗保险费、利息收入、财政补贴收入、转移收入、上级补助收入、下级上解收入、其他收入等。

第七条 用人单位按照上月职工工资总额的9%向市、县(市)社会保险经办机构缴纳职工基本医疗保险费，职工按上月本人工资收入(以下简称缴费工资)的2%缴费，由所在单位按月代扣代缴。

职工月缴费工资低于本市上年度在岗职工月平均工资60%的，单位和个人均按本市上年度在岗职工月平均工资的60%为基数缴纳。

第八条 灵活就业人员以本市上年度在岗职工月平均工资为基数,可以按照 10%的费率缴费并建立个人账户,或者按照 5.5%的费率缴费不建立个人账户。

第九条 用人单位依法终止、撤销、解散、破产的,应当按照国家、省有关规定优先清缴基本医疗保险费。

破产企业应当按照本市上年度退休人员人均医疗费数额,为本单位退休人员一次性缴纳 10 年的医疗保险费。

第十条 职工基本医疗保险基金按照以下规定计息:

(一)当年筹集的部分,按照银行活期存款利率计息;

(二)上年结转的基金本息,按照银行 3 个月期整存整取存款利率计息;

(三)存入社会保障财政专户的沉淀资金,比照银行 3 年期零存整取存款利率计息,并不低于该档次利率水平。

第十一条 职工基本医疗保险基金分为统筹基金和个人账户金。

统筹基金是指职工基本医疗保险基金收入扣除划入个人账户的部分。

个人账户金包括职工个人缴费和从基金收入中划入个人账户的部分。个人账户金及其利息归个人所有。

第十二条 职工个人账户金按下列规定划入: 35 周岁以下

按本人月缴费工资的 0.8%；35 周岁以上 45 周岁以下按本人月缴费工资的 1%；45 周岁以上按本人月缴费工资的 1.5%。

职工月缴费工资高于本市上年度在岗职工月平均工资 300% 的部分计缴的基本医疗保险费，50%划入个人账户。

灵活就业人员个人账户金按下列规定划入：35 周岁以下按本人月缴费工资的 2.8%；35 周岁以上 45 周岁以下按本人月缴费工资的 3%；45 周岁以上按本人月缴费工资的 3.5%。

退休人员个人账户金按照本人月基本养老金（退休金）的 4% 划入，实行保底封顶。其中，60 周岁以下月划账金额低于 50 元的按 50 元划入，最高不超过 170 元；60 周岁以上 70 周岁以下月划账金额低于 60 元的按 60 元划入，最高不超过 190 元；70 周岁以上 80 周岁以下月划账金额低于 70 元的按 70 元划入，最高不超过 220 元；80 周岁以上 90 周岁以下月划账金额低于 80 元的按 80 元划入，最高不超过 220 元；90 周岁以上月划账金额低于 90 元的按 90 元划入，最高不超过 220 元。

第十三条 本市通过个人账户调整等方式建立职工普通门诊统筹制度。具体办法由市社会保险行政部门另行制定。

第三章 职工基本医疗保险待遇

第十四条 参保人发生的起付标准以上，最高支付限额以下的住院、门诊规定病种和普通门诊的医疗费用由统筹基金按规定比例支付。

参保人符合基本医疗保险规定的住院、门诊规定病种和普通门诊应由个人负担的医疗费用及在定点零售药店购药的费用可以由个人账户金支付。

第十五条 本办法所称起付标准是指在一个医疗年度内，先由个人负担的住院、门诊规定病种和普通门诊的医疗费用额度。住院、门诊规定病种和普通门诊的起付标准以本市上年度在岗职工平均工资为基数，按照三级医疗机构不高于 6%、二级医疗机构不高于 4%、其他医疗机构不高于 3%的标准分别确定。

住院、门诊规定病种和普通门诊的起付标准分别计算。在一个医疗年度内，参保人第二次住院起付标准比上一次降低 20%，从第三次住院起不再计算起付标准；门诊规定病种和普通门诊起付标准分别累计计算，只负担一次。

第十六条 本办法所称最高支付限额是指在一个医疗年度内参保人发生的统筹支付范围内的医疗费用最高数额。住院及门诊规定病种的最高支付限额标准为本市上年度在岗职工平均工资的 6 倍，普通门诊的最高支付限额标准由市社会保险行政部门另行规定。

超过最高支付限额的医疗费，由大额医疗费救助金解决，具体办法由市社会保险行政部门另行制定。

第十七条 每年的一月一日至十二月三十一日为一个医疗年度。

每个医疗年度的起付标准和最高支付限额由市社会保险行政部门适时调整公布。

第十八条 参保人（不含退休人员）在一个医疗年度内发生的统筹基金支付范围内的住院和门诊规定病种医疗费用，按照以下规定负担：

1. 起付标准以上、10000 元以下部分，统筹基金负担 85%，个人负担 15%；
2. 10000 元以上至最高支付限额部分，统筹基金负担 88%，个人负担 12%。

退休人员的统筹基金负担比例比前款负担比例提高三个百分点，个人负担比例降低三个百分点。建国前老工人的统筹基金负担比例较退休人员的负担比例提高五个百分点，个人负担比例降低五个百分点。

参保人经定点三级甲等综合医院或市级以上专科医院同意转往外地住院治疗的、临时在外地患急症住院治疗的、异地安置或长驻外地人员由长期备案的定点医院转往其他医院住院治疗

的，统筹基金负担比例降低十个百分点，个人负担比例提高十个百分点。

参保人在一个医疗年度内发生的普通门诊医疗费用，统筹基金和个人负担比例由市社会保险行政部门另行制定。

第十九条 基本医疗保险规定的乙类药品、支付部分费用诊疗项目和医疗服务设施项目，先由参保人按规定比例自付后，再按本办法第十八条规定分别由统筹基金和个人负担。

第二十条 职工自用人单位缴纳基本医疗保险费的次月起享受基本医疗保险待遇。

灵活就业人员自连续缴纳基本医疗保险费的第7个月起，享受基本医疗保险待遇。原在用人单位工作，已连续缴纳基本医疗保险费满6个月的，在解除、终止劳动关系或领取失业保险金期满后3个月内以灵活就业人员身份参加基本医疗保险的，自缴费的次月起享受基本医疗保险待遇。

第二十一条 退休人员享受职工基本医疗保险待遇的最低缴费年限为男满30年，女满25年。

未达到最低缴费年限的，应当按照办理退休手续时本市上年度在岗职工月平均工资为基数，一次性补足所差月份的基本医疗保险费，并自次月起享受职工基本医疗保险待遇。

按规定视同的职工基本养老保险缴费年限、2005年1月前

城镇职工基本养老保险实际缴费年限均计算为缴费年限。

第二十二条 用人单位欠缴职工基本医疗保险费的，自欠费的次月起，统筹基金暂停支付其职工医疗费用，个人账户金余额可继续使用。自用人单位补足欠费和滞纳金次月起，恢复职工享受待遇。

灵活就业人员自欠缴职工基本医疗保险费次月起，统筹基金暂停支付其医疗费用。连续欠费不足6个月的，自补足欠费和滞纳金的次月起恢复享受待遇；连续欠费6个月以上的，自重新缴费的第7个月起享受待遇。

参保人欠费期间发生的医疗费用，统筹基金不予支付。

第二十三条 失业人员在领取失业保险金期间应当缴纳的基本医疗保险费从失业保险基金中支付，个人不再缴纳。

第二十四条 经司法机关或者有关部门认定，参保人因自杀、自残或者犯罪所致伤、病发生的医疗费用，统筹基金不予支付。

第四章 医疗服务管理

第二十五条 基本医疗保险实行定点医疗机构和定点零售药店管理。

社会保险行政部门应当从符合条件的医疗机构和零售药店中确定定点单位，由社会保险经办机构与其签定协议，明确双方的权利义务。具体办法由市社会保险行政部门另行制定。

第二十六条 参保人持本人有效就医证件到本市定点医疗机构就医，可以在定点医疗机构购药，也可持门诊处方到定点零售药店购药。

申请门诊规定病种治疗，应当经社会保险经办机构组织鉴定确认，并发给《基本医疗保险门诊规定病种医疗证》。

危重病人紧急抢救的，可以就近在本市非定点医疗机构住院治疗，但应当自住院之日起三个工作日内向社会保险经办机构递交书面报告，病情稳定后，应当转到定点医疗机构治疗。无正当理由逾期不报告或者经查实不属危重病人紧急抢救的，统筹基金不予支付。

第二十七条 用人单位或者个人不得有下列骗取基本医疗保险待遇的行为：

（一）伪造劳动关系或者冒用他人个人资料参加基本医疗保险；

（二）冒用、伪造参保人身份或者基本医疗保险有关凭证在定点医疗机构和定点零售药店就医购药；

（三）通过重复就诊或者伪造、变造、涂改病历、处方、报

销凭证、单据或者有关证明材料，骗取基本医疗保险待遇；

（四）将个人基本医疗保险凭证出借给他人使用，或者通过有偿转让诊疗凭证、结算单据，进行基本医疗保险费用结算；

（五）变卖使用基本医疗保险基金所得药品或者医用材料；

（六）利用个人账户金套取现金；

（七）其他骗取基本医疗保险待遇的行为。

第二十八条 定点医疗机构和定点零售药店及其工作人员应当严格执行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。

定点医疗机构、定点零售药店应当为参保人提供合理、必要的医疗、药事服务。为参保人使用基本医疗保险目录范围外的药品、材料或者提供基本医疗保险目录范围外的服务时，应当事先征得参保人同意。

第二十九条 定点医疗机构和定点零售药店不得有下列行为：

（一）违反疾病诊疗常规、技术操作规程，有超出诊疗必要限度的过度检查、用药、治疗等违规行为，造成医疗资源浪费和基本医疗保险基金损失；

（二）采取伪造病历挂床住院、虚假住院或者以伪造、变造证明材料等违法手段骗取基本医疗保险基金；

(三)使用基本医疗保险基金支付非参保人本人的医疗费用,或者将基本医疗保险结算信息系统提供给非定点医疗机构或零售药店使用;

(四)将不符合出入院或者转院标准的病人安排出入院或者转院,分解住院次数或者故意延长病人住院时间,造成基本医疗保险基金损失;

(五)无正当理由拒绝为参保人提供医疗服务,将属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用转由参保人个人支付;

(六)不按外配处方配药,串换药品、诊疗项目、医用材料或将基本医疗保险基金支付范围外的医疗费用由基本医疗保险基金支付;

(七)利用参保人个人账户金套取现金;

(八)其他骗取基本医疗保险基金或者造成基本医疗保险基金损失的行为。

第五章 监督管理

第三十条 市、县(市)人民政府设立由政府有关部门、用人单位代表、医疗机构代表、工会组织代表、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。

第三十一条 基本医疗保险基金纳入财政专户管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占和挪用。

第三十二条 社会保险行政部门和财政部门应当加强对基本医疗保险基金的监督管理。审计部门应当定期对社会保险经办机构的基金收支情况和管理情况进行审计。

第三十三条 社会保险行政部门和经办机构应当加强对定点医疗机构、定点零售药店的监督检查，被检查单位和人员应积极配合，如实提供有关档案、病历资料和数据等。

第三十四条 物价部门应当及时向社会公布基本医疗保险药品价格、诊疗项目、医疗服务设施收费标准。

第三十五条 社会保险行政部门应当设立基本医疗保险监督举报电话和投诉信箱，及时接受社会的举报投诉。

第六章 法律责任

第三十六条 用人单位未按时足额缴纳医疗保险费的，由社会保险费征收机构责令限期缴纳或者补足，并自欠缴之日起，按日加收万分之五的滞纳金。

第三十七条 用人单位未按规定缴纳基本医疗保险费的，在此期间参保人发生的医疗费用由用人单位按本办法的规定标准

予以支付；影响参保人计算基本医疗缴费年限导致其损失的，损失部分由用人单位按本办法的规定标准予以支付。

第三十八条 用人单位或者个人违反本办法第二十七条规定的，由社会保险行政部门责令退回骗取的基本医疗保险基金，并处以骗取金额二倍以上五倍以下罚款。

第三十九条 定点医疗机构、定点零售药店违反本办法第二十八条规定，给参保人造成经济损失的，由定点医疗机构、定点零售药店承担赔偿责任。

第四十条 定点医疗机构和定点零售药店违反本办法第二十九条规定的，社会保险经办机构对其违规行为所产生的医疗费用不予支付，已经支付的予以追回，并视情与其暂停结算或解除协议；由社会保险行政部门对其处以骗取金额二倍以上五倍以下罚款；情节严重的，取消定点资格。

第四十一条 社会保险经办机构及其工作人员在基本医疗保险基金征缴、管理、监督活动中，有滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊行为的，由社会保险行政部门责令改正，对主管人员和直接责任人给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第七章 附则

第四十二条 本办法所称灵活就业人员，是指无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员。

第四十三条 市政府根据基本医疗保险基金的收支情况和医疗消费水平，适时调整单位、职工、灵活就业人员缴费费率和统筹基金支付比例。

市社会保险行政部门根据我市经济社会发展水平，适时调整个人账户金划入规定、个人账户支付范围、普通门诊统筹筹资标准和门诊规定病种目录，并及时向社会公布。

第四十四条 本办法自 2014 年 4 月 1 日起施行。2002 年 10 月 14 日公布的《济南市城镇职工基本医疗保险暂行办法》（市政府令第 201 号）同时废止。