登记编号：云府登 773 号

第一号

《临沧市城镇职工基本医疗保险市级统筹实施办法》已经2010 年 11 月 4 日临沧市人民政府 2010 年度第 10 次常务会议讨论通过，现予公布，自 2011 年 1 月 1 日起施行。

二〇一〇年十一月二十三日

（此件公开发布）

临沧市城镇职工基本医疗保险市级统筹实施办法

第一章　总 则

第一条　为了进一步完善城镇职工基本医疗保险制度，提高医疗保险统筹质量，保障城镇职工的基本医疗需求，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）、《医药卫生体制改革近期重点实施方案（2009年-2011年）》（国发〔2009〕12号）、《劳动保障监察条例》、《云南省社会保险费征缴条例》、《云南省城镇职工基本医疗保险暂行规定》（省政府令第86号）、《云南省人民政府关于全省城镇职工基本医疗保险实行州市级统筹管理的意见》（云政发〔2009〕148号）、《云南省人民政府办公厅关于开展基本医疗保险异地持卡就医服务管理试点工作的指导意见》（云政办发〔2009〕127号）以及《云南省城镇基本医疗保险定点服务机构管理办法》（云府登423号）等规定，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参加城镇职工基本医疗保险的所有用人单位及其人员，包括城镇各类所有制企业、机关事业单位、社会团体、民办非企业单位及其职工和退休人员、城镇个体经济组织业主及其从业人员、灵活就业人员、与企业终

止（解除）劳动合同人员、机关事业单位辞职（辞退）人员等。

本条所称机关事业单位系指由财政供养的党的机关、国家机关、事业单位、人民团体等单位（下同）；企业单位系指非财政供养的企业化管理事业单位、城镇各类所有制企业、民办非企业单位等（下同）。

第三条 城镇职工基本医疗保险坚持单基数缴费和单一缴费主体的保障水平与本市财政、用人单位和个人的承受能力相适应的原则，达到以收定支、收支平衡、略有结余的总体目标。

第四条 城镇职工基本医疗保险在全市范围内实行统一政策制度、统一缴费基数核定标准、统一缴费费率、统一待遇水平、统一费用结算办法、统一信息系统、统一经办流程、统一基金管理、统一定点管理、两级经办的统筹模式。

第二章 资金筹集

第五条 城镇职工基本医疗保险费由未达到退休条件的参保人员个人（以下简称在职人员）和用人单位共同缴纳。退休人员单位和个人不再缴费。

第六条 缴费基数。

（一）个人月缴费工资基数：机关事业单位在职人员为保险年度向前推两年的全市机关事业单位年社会平均工资除以12（四

舍五入到元）；企业单位、城镇个体经济组织业主及其从业人员、灵活就业人员、与企业终止（解除）劳动合同人员、机关事业单位辞职（辞退）人员为保险年度向前推两年的全市企业单位年社会平均工资除以12（四舍五入到元）。

（二）单位月缴费工资基数：本单位在职人员总人数乘以在职人员个人月缴费工资基数之积。

第七条 缴费比例。

（一）个人缴费比例为个人月缴费工资基数的2%。

（二）单位缴费比例为浮动费率，2011年为单位月缴费工资基数的6.5%。从2011年起，由市人力资源和社会保障局在每年的12月份根据上年度统筹基金收支情况，按以下规定公布次年度的单位缴费比例：

1．统筹基金当年收支结余（或者亏损）在15%（不含15%）以内的，维持上年度的缴费比例；如连续三年结余（或者亏损）都在15%以内，但三年累计结余（或者亏损）超过30%（含30%），次年缴费比例下调（或者上调）1%。

2．统筹基金当年收支结余（或者亏损）在15%（含15%）以上30%（不含30%）内的，次年的缴费比例下调（或者上调）0.5%。

3．统筹基金当年收支结余（或者亏损）在30%（含30%）以上的，次年的缴费比例下调（或者上调）1%。每年最多下调（或者上调）1%。

（三）城镇个体经济组织业主及其从业人员、灵活就业人员以及与企业终止（解除）劳动合同人员、机关事业单位辞职（辞退）人员按以下规定办理：

1．本办法实施后，新参保的，只参加住院医疗保险，不建立个人帐户，个人缴费比例为5%。

2．本办法实施前已经参保且建立了个人帐户的，在本办法实施后的第一年，可根据本人的经济承受能力，选择是否建立个人帐户，一经选择，今后不再更改。建立个人帐户的，个人缴费比例2011年为8.5%（2%+6.5%）；不建立个人帐户的，个人缴费比例为5%。

3．本办法实施前已经参保但未建立个人帐户的，只参加住院医疗保险，个人缴费比例为5%。

4．建立个人帐户的，个人缴费比例中的6.5%部分为浮动费率；未建立个人帐户的，个人缴费比例5%为固定费率。

第八条 参保人员退休时，累计缴纳基本医疗保险费的年限（含视同缴费年限，下同）达到规定年限的（男满30年、女满25年），退休后其单位和个人不再缴纳基本医疗保险费，享受退休人员基本医疗保险待遇。机关事业单位、企业单位参保人员退休时缴费年限未达到规定年限的，以本人退休前一个月的缴费基数和单位缴费比例，由用人单位一次性补缴满上述规定的缴费年限后，享受退休人员基本医疗保险待遇；城镇个体经济组织业主

及其从业人员、灵活就业人员、与企业终止（解除）劳动合同人员、机关事业单位辞职（辞退）人员达到退休条件时，累计缴纳基本医疗保险费的年限未达到规定年限的，由本人一次性补缴满上述规定的缴费年限后，享受退休人员基本医疗保险待遇。补缴的医疗保险费不划入个人帐户。

本办法实施前已经享受城镇职工基本医疗保险退休人员待遇的人员，不受此缴费年限的限制。

第九条 2001 年 1 月 1 日以前，符合国家及省规定连续工龄或者工作年限的，视同缴纳基本医疗保险费的年限；参保人员退休证注明有养老保险视同缴费年限的，可作为基本医疗保险的缴费年限；其他视同缴费年限的认定以个人档案记载符合国家政策规定的参加工作时间为准。

第十条 参加城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗的居民，从业后参加本市城镇职工基本医疗保险的，其参加城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗的缴费年限按每 3 年折算为 1 年的城镇职工基本医疗保险缴费年限计算。执行中如国家、省有新规定时，从其规定。

第十一条 用人单位按本市城镇职工基本医疗保险启动实施以后（2001 年 1 月 1 日以后），参保人员在本单位工作期间未参加基本医疗保险的年限为其一次性补缴基本医疗保险费（按补缴时参保人员的缴费工资乘以单位缴费比例和补缴月数补缴，不

划入个人帐户），其补缴的年限计算为参保人员参加基本医疗保险的缴费年限（补缴的年限内发生的相关医疗费用，统筹基金不予支付）。

第十二条 用人单位与参保人员解除或者终止劳动关系时，应当按单位欠缴的年限一次性补缴基本医疗保险费（按补缴时参保人员的缴费工资乘以单位缴费比例和补缴月数补缴，不划入个人帐户）后，其补缴的年限计算为参保人员参加基本医疗保险的缴费年限（欠缴的年限内发生的相关医疗费用，统筹基金不予支付）。

第十三条 退休前未参保或虽已参保但未足额缴费，在退休时还不能享受基本医疗保险待遇的机关事业单位、企业单位人员，由用人单位按上述规定的缴费年限办理补缴（按补缴时参保人员的缴费工资乘以单位缴费比例和补缴月数补缴，不划入个人帐户；补缴保费之前发生的相关医疗费用，统筹基金不予支付）手续后，方可享受基本医疗保险待遇。如该单位尚有其他未参保或虽已参保但未足额缴费的人员，该单位应当同时办理参保或补缴手续。

第十四条 城镇职工基本医疗保险费缴纳实行单一的缴费主体，由机关事业单位、企业单位在每月的15日前向地税部门缴纳当月的基本医疗保险费，并按月代扣代缴参保人员个人应缴的医疗保险费。城镇个体经济组织业主及其从业人员、灵活就业

人员、与企业终止（解除）劳动合同的人员、机关事业单位辞职（辞退）人员，在每年的2月15日前一次性缴纳当年的基本医疗保险费。

市、县（区）医疗保险经办机构负责核定本级参保单位缴费额，并于每月28日前提供次月的征缴清册给同级地税部门，地税部门依据同级医疗保险经办机构提供的征缴清册，实施本级参保单位基本医疗保险费的征缴、清欠工作，按月汇总缴入同级财政专户，并将征缴票据相关联于当月20日前提供给同级医疗保险经办机构，由其编制会计凭证，记录参保单位缴费情况。

第十五条 用人单位及参保人员个人按政策规定缴纳的基本医疗保险费一经缴纳，不予退还。

第十六条 用人单位依法转让、分立、合并、关闭、破产时，应依法清偿欠缴的基本医疗保险费。

第三章 基金管理

第十七条 基本医疗保险基金由基本医疗保险统筹基金（以下简称统筹基金）和基本医疗保险个人帐户资金（以下简称个人帐户资金）构成。

第十八条 个人帐户资金由下列各项构成：

（一）在职人员个人按月缴纳的基本医疗保险费（四舍五入

到角）；

（二）从用人单位按月缴纳的基本医疗保险费中，区分参保人员不同年龄段，按以下规定按月划入的部分（四舍五入到角）。

1．在职人员：30 岁（含 30 岁）以下的按本人月缴费工资基数的 1%划入，31 岁（含 31 岁）以上 45 岁（含 45 岁）以下的按本人月缴费工资基数的 1.5%划入，46 岁（含 46 岁）以上的按本人月缴费工资基数的 2%划入。

2．退休人员：机关事业单位中 70 岁（不含 70 岁）以下的，按保险年度向前推两年的全市机关事业单位月社会平均工资的 4.5%划入，70 岁（含 70 岁）以上的，按保险年度向前推两年的全市机关事业单位月社会平均工资的 5%划入；企业单位【含城镇个体经济组织业主及其从业人员、灵活就业人员、与企业终止（解除）劳动合同人员、机关事业单位辞职（辞退）人员】中 70 岁（不含 70 岁）以下的，按保险年度向前推两年的全市企业单位月社会平均工资的 4.5%划入，70 岁（含 70 岁）以上的，按保险年度向前推两年的全市企业单位月社会平均工资的 5%划入。

（三）个人帐户资金的利息等收入。

第十九条 参保人员个人帐户的本金和利息为本人所有，只能用于支付门诊医药费和住院医疗费中应由个人承担的部分，可以结转使用，但不得提取现金或者挪作它用。个人帐户结存额随本人工作调动（医疗保险关系转移）而转移。

第二十条 参保人员死亡后，其个人账户资金，由其法定继承人或指定受益人凭有效证件一次性领取。无法定继承人或无指定受益人的，个人账户资金并入统筹基金。

第二十一条 医疗保险使用统一的《中华人民共和国社会保障卡》（以下简称社会保障卡）。

参保人员的社会保障卡应当妥善保管，如有遗失、损坏，本人应当及时到辖区内医疗保险经办机构办理挂失和补发手续。

医疗保险经办机构、定点医疗机构、定点零售药店等要为参保人员查询个人帐户情况提供免费服务。

第二十二条 统筹基金由下列各项构成：

（一）用人单位缴纳的基本医疗保险费中，按规定比例划入个人帐户后的剩余部分；

（二）统筹基金的结余及利息；

（三）按规定收取的滞纳金；

（四）政府补助资金。

第二十三条 基本医疗保险基金的计息办法：当年筹集的部分，按活期存款利率计息；上年结转的基金本息，按3个月期整存整取银行存款利率计息；存入社会保障财政专户的沉淀资金，比照3年期零存整取储蓄存款利率计息。利息并入相应基金。

第二十四条 基本医疗保险基金纳入财政专户、实行收支两条线管理，专款专用，不得挤占、挪用。

第二十五条 建立基金收支预决算制度、基金预算执行情况报告制度。根据《社会保险基金财务制度》的相关要求，每年度第一个月内，县（区）医疗保险经办机构按照规定程序和要求及时编制上一年度城镇职工基本医疗保险基金收支决算，经县（区）人力资源和社会保障局审核、财政局复核，报县（区）人民政府同意后，再报市级医疗保险经办机构。市级医疗保险经办机构在收到县（区）基金决算15天内，编制上一年度全市基本医疗保险基金收支决算，决算包括全市汇总决算和各县（区）分决算。决算编制完成后，报市人力资源和社会保障局审核后送市财政局复核，报市人民政府批准后，再报省人力资源和社会保障厅、省财政厅备案。

每年2月15日前，县（区）医疗保险经办机构按照社会保险基金预算编制的有关规定，科学合理编制本县（区）下一年度城镇职工基本医疗保险基金收支预算。收支预算经县（区）人力资源和社会保障局审核、财政局复核，报县（区）人民政府同意后，再报市级医疗保险经办机构。2月28日前，市级医疗保险经办机构编制下一年度全市基本医疗保险基金收支预算，预算包括全市汇总预算和各县（区）分预算。预算编制完成后，经市人力资源和社会保障局审核、市财政局复核后，报市人民政府批准执行，并报省人力资源和社会保障厅、省财政厅备案。

第二十六条 建立市级统筹基金调剂金制度。在2011年3

月10日前，各县（区）按照2010年城镇职工基本医疗保险基金决算数据，将统筹基金历年滚存结余的30%上解市财政专户。从2011年1月1日起，各县（区）在每月的25日前，按照当月应征统筹基金额的20%按月上解市级调剂基金。

县（区）医疗保险经办机构按月向市级医疗保险经办机构上报待遇支付情况统计表，并根据上月待遇支付情况，向市级医疗保险经办机构提出下月基本医疗保险基金使用计划。在当期基金征缴率不低于95%、历年欠费回收率不低于60%的前提下，各县（区）统筹基金如出现收支缺口，通过报市人力资源和社会保障部门、市财政部门审批后，可动用余下的统筹基金历年滚存结余或申请市级调剂基金进行调剂。

本条所称当月应征统筹基金额系指当月所有参保单位和参保人员应缴纳的基本医疗保险费中，按规定比例划入个人帐户后的剩余部分（下同）。

第二十七条 建立市级个人帐户资金清算金制度。从2011年1月1日起，各县（区）在每月的25日前，按照当月应征个人帐户资金额的20%按月上解市级个人帐户资金清算金。市级个人帐户资金清算金用于支付全市参保人员跨统筹区、在统筹区内跨县（区）持卡就医发生的属个人帐户资金支付的医疗费用（含住院、门诊、药店购药，下同）。

本条所称当月应征个人帐户资金额系指当月所有在职人员

个人应缴纳的2%基本医疗保险费加上当月所有参保单位应缴纳的基本医疗保险费中按规定比例划入个人帐户的部分（下同）。

第二十八条 实行城镇职工基本医疗保险市级统筹后，市级医疗保险经办机构应按照社会保险基金财务制度对基金的管理严格实行收支两条线管理，统一设立会计科目，分户、分账核算。

市、县（区）设立城镇职工基本医疗保险基金财政专户。市、县（区）医疗保险经办机构按社会保险基金财务制度规定设立支出户。

市、县（区）医疗保险经办机构支出户用于接受市、县（区）财政专户拨入的医疗保险待遇支付费用；该帐户除接受市、县（区）财政专户拨入的医疗保险基金和利息收入外，不得再发生其他收入业务。支出户年末无余额。

第二十九条 用人单位应定期向参保人员公布基本医疗保险费的缴纳情况。参保人员有权查询、了解其个人帐户资金情况，并对医疗保险基金筹集、使用、管理情况进行监督。

第三十条 鼓励社会各界对医疗保险经办机构、定点医疗机构、定点零售药店以及参保人员和参保单位执行基本医疗保险政策情况实行监督。发现问题可向人力资源和社会保障行政部门或监察部门举报，属实的，对举报人按《临沧市社会医疗保险反欺诈办法》给予奖励。

第三十一条 人力资源和社会保障部门、财政部门要加强对

医疗保险基金的监督管理；审计部门要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；建立基金超支预警报告制度，加强对医疗保险基金的社会监督。

第三十二条 参加城镇职工基本医疗保险的人员，因出国定居、应征入伍、死亡、被判刑收监执行或参加了其他社会医疗保险等情况，当年已缴纳的医疗保险费不予退还。

参保人员出国定居、应征入伍期间，医疗保险关系自行中止，不再享受城镇职工基本医疗保险待遇。其中，对出国定居的参保人员，其个人帐户资金可一次结清，退还本人。

参保人员迁移到其他统筹地区，已缴纳完一个自然年度保险费用的，可以继续享受本市的医疗保险待遇到年底。从次年1月1日起参保人员应参加迁入地的基本医疗保险，并自行终止与本市的医疗保险关系。

参保人员死亡的，由其家属或委托人持参保人员死亡证明及其本人的社会保障卡到当地医疗保险经办机构办理注销手续，医疗费用尚未结算完毕的，应及时办理医疗费用结算手续后，再办理注销手续。

参保人员被判刑正在收监执行的，医疗保险关系自行中止，不再享受城镇职工基本医疗保险待遇。刑满释放后可以继续参保。

参保人员在待遇享受期内因各种原因参加了两种及两种以

上社会医疗保险的，其发生的住院医疗费用（含特殊慢性病门诊医疗费用），只能选择其中的一种社会医疗保险待遇标准报销。

参保人员在待遇享受期内因各种原因在两个或两个以上统筹区参加同一种社会医疗保险的，其发生的住院医疗费用（含特殊慢性病门诊医疗费用），只能选择其中一个统筹区的社会医疗保险待遇标准报销。

第四章　医疗保险待遇

第三十三条　本办法实施后，新成立的机关事业单位、企业单位及其职工，应从单位成立之月起参加基本医疗保险，并按时足额缴费，参保人员从缴费当月起享受基本医疗保险待遇。

第三十四条　机关事业单位、企业单位及其职工参保后，中断缴费的，从中断缴费之月起停止享受基本医疗保险待遇；之后如需继续享受基本医疗保险待遇，需补缴中断缴费期间的医疗保险费并按日加收2‰的滞纳金，中断缴费期间发生的医疗费用，统筹基金不予支付。终止基本医疗保险关系的，从停止缴费的当月起停止享受基本医疗保险待遇，但个人帐户余额可以继续使用。

第三十五条　新参保的城镇个体经济组织业主及其从业人员、灵活就业人员、与企业终止（解除）劳动合同的人员、机关

事业单位辞职（辞退）人员，缴费满 12 个月后，从第 13 个月起享受医疗保险待遇。已参保的机关事业单位、企业单位人员，在办理辞职（辞退）、终止（解除）劳动合同手续的次月底前续保的，从续保之日起享受医疗保险待遇；如未在办理辞职（辞退）、终止（解除）劳动合同手续的次月底前进行续保，而之后又要求续保的，按新参保处理。

参保、续保后，除不可抗力造成的中断缴费外，中断缴费三个月（含三个月）内的续保，续保时须补缴中断期间的医疗保险费及缴纳按日加收的 2‰的滞纳金，之后才能继续享受由统筹基金支付的有关待遇，但中断期间发生的医疗费用统筹基金不予支付；中断缴费超过三个月（不含三个月）以上不满六个月的续保，续保时不但要补缴中断期间的医疗保险费及缴纳按日加收的 2‰的滞纳金，而且中断期间发生的医疗费用统筹基金不予支付，从续保之日起满 6 个月后才能享受由统筹基金支付范围的有关待遇；中断缴费超过六个月（含六个月）以上的，医疗保险关系自行终止，以后再次申请参保的，按新参保处理。

第三十六条 城镇职工基本医疗保险报销范围及标准严格按照云南省城镇职工基本医疗保险的《药品目录》、《诊疗项目》、《医疗服务设施范围和支付标准》执行。执行中如国家及省有新规定时，从其规定。

在一个保险年度内，参保人员自享受城镇职工基本医疗保险

待遇的当月起，所发生的符合云南省规定的城镇职工基本医疗保险用药范围、诊疗项目和医疗服务设施标准的医疗费用由城镇职工医疗保险基金按规定支付。

第三十七条 统筹基金的起付标准。一个保险年度参保人员住院医疗费用统筹基金的起付标准为：三级甲等医院（如昆医附一院等）1000 元、三级乙等医院（如临沧市人民医院等）800 元、二级医院（如县人民医院等）500 元、一级医院（如乡镇卫生院、社区医疗机构等）300 元。

在一个医疗保险年度内，参保人员住着不同等级的医疗机构，则以所住最高等级医疗机构的起付标准为准，实行补差。

第三十八条 统筹基金的支付比例。符合云南省规定的城镇职工基本医疗保险用药范围、诊疗项目和医疗服务设施标准的住院医疗费用，超过统筹基金的起付标准至最高支付限额的部分，由统筹基金和参保人员按比例共付。其中统筹基金支付比例为：

（一）在职人员：三级甲等医院 80%，三级乙等医院 85%，二级医院 90%，一级医院 95%。

（二）退休人员：三级甲等医院 85%，三级乙等医院 90%，二级医院 95%，一级医院 98%。

第三十九条 统筹基金的最高支付限额。一个保险年度统筹基金的最高支付限额为每人每年 4 万元（含起付标准、个人按比例承担部分和统筹基金按比例承担部分）。超过最高支付限额以

上的医疗费用，统筹基金不再支付，由个人参加大病补充医疗保险等渠道解决。

最高支付限额按年度累加计算（含特殊慢性病门诊医疗费用）。跨年度住院的本次住院费用以入院年度的限额为限累加计算。

参保人员因患急、危、重病经门诊紧急治疗后住院的，住院前3天的门诊医疗费用可并入住院费用；经门诊紧急抢救无效死亡的，其医疗费用按住院的规定支付。

第四十条 统筹基金的起付标准、支付比例和最高支付限额根据全市经济社会发展情况、统筹基金结余情况适时进行调整。由市人力资源和社会保障局会同市财政局提出调整意见，报市人民政府批准后执行。

第四十一条 在本市行政区域内工作、生活、居住的参保人员，因出差、探亲、旅游等在统筹区外因患急症住当地定点医疗机构发生的符合本市城镇职工基本医疗保险规定范围的住院医疗费用，先由参保人员自行负担10%后，超过起付标准至最高支付限额以下的部分，统筹基金按三级甲等医院的支付标准支付。

异地居住人员，在其所居住的省（自治区、直辖市）行政区域内定点医疗机构发生的符合本市城镇职工基本医疗保险规定范围的住院医疗费用，按在本市住院标准、比例报销；异地居住人员，在其所居住的省（自治区、直辖市）以外其他省（自治区、

直辖市）定点医疗机构发生的符合本市城镇职工基本医疗保险规定范围的住院医疗费用，先由参保人员自行负担10%后，超过起付标准至最高支付限额以下的部分，统筹基金按三级甲等医院的支付标准支付。

本条所称异地居住人员系指退休后安置在临沧市行政区域以外居住生活的参保人员，或在临沧市在外常设机构工作的参保人员（下同）。

第四十二条 参保人员住院期间在所住医疗机构发生的门诊医疗费用，统筹基金不予支付；参保人员住院期间，如因所住医疗机构无治疗所需的药品或未开展的检查治疗项目（指符合城镇职工基本医疗保险支付范围规定的药品、检查治疗项目），确需到院外处理的，需提供所住医疗机构的相关证明，否则，其相关费用统筹基金不予支付。

第四十三条 进入统筹基金支付的住院病房床位费最高支付标准为：住三级医疗机构每人每天30元、住二级医疗机构每人每天28元、住一级医疗机构每人每天26元。参保人员的实际床位费，低于规定支付标准的，以实际床位费按本办法第三十七条、第三十八条、第三十九条的规定支付；高于规定支付标准的，在支付标准以内的费用，按本办法第三十七条、第三十八条、第三十九条的规定支付，超出部分由个人自费。

参保人员因患特殊疾病（如大面积II度以上烧伤病人等），

需住层流洁净病房、无菌层流床的，按实际收费标准由个人先自付20%，剩余部分统筹基金按本办法第三十七条、第三十八条、第三十九条的规定支付。

第四十四条 参保人员住院期间使用属云南省规定的城镇职工基本医疗保险用药范围中标注为“乙类药品”的，个人先自付该药品费用的10%，剩余部分按本办法第三十七条、第三十八条、第三十九条的规定支付。

第四十五条 参保人员住院期间因病情需要发生属《云南省基本医疗保险诊疗项目医疗服务设施范围和支付标准的管理办法》中标注“部分支付项目”费用的，在职人员个人先自付该项费用的20%，退休人员个人先自付该项费用的15%，剩余部分统筹基金按本办法第三十七条、第三十八条、第三十九条的规定支付。

第四十六条 参保人员在住院期间发生的符合病情需要且属于物价部门允许另行收费的医用材料费，在职人员个人先自付该项费用的20%，退休人员个人先自付该项费用的15%，剩余部分统筹基金按本办法第三十七条、第三十八条、第三十九条的规定支付。

第四十七条 统筹区内居住的参保人员因患精神病需住院治疗的，统一到临沧市精神病专科医院治疗，住院费用实行定额包干管理。其包干标准由市级医疗保险经办机构根据市精神病专

科医院为参保人员提供的医疗服务内容、物价部门核定的收费标准及价格调整情况、医疗保险基金承受能力，与临沧市精神病专科医院协商后确定。

第四十八条 参保人员发生的下列费用，统筹基金不予支付：

（一）超出《云南省基本医疗保险和工伤保险药品目录》的药品费用；超出云南省规定的城镇职工基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施标准项目的费用；

（二）不符合转诊、转院规定的医疗费用；擅自到非定点医疗机构就医的医疗费用（急诊抢救费用除外）；未经批准擅自转外就医的医疗费用；

（三）美容、生理缺陷、非功能性矫形等进行治疗的费用；

（四）健康体检、计划免疫、预防保健、健康教育等公共卫生服务的费用；

（五）在国外或港、澳、台地区治疗的费用；

（六）因打架斗殴、酗酒、吸毒、自残和自杀（精神病人除外）及因犯罪或者治安违法行为造成伤害的医疗费用；

（七）因本人违反交通法律法规发生交通事故的医疗费用；未经交通警察部门进行责任认定的交通事故医疗费用；经交通警察部门认定本人无违反交通法律法规发生的交通事故医疗费用中，应当由他人承担责任的部分；

（八）因医疗事故、意外伤害事故等明确由他人承担医疗费

赔偿责任的部分；

（九）因工（公）负伤、生育和实施计划生育所发生的医疗费用；

（十）已由其他社会保险、第三方责任人等支付的费用；

（十一）不遵医嘱拒不出院者，自医院通知出院第 2 天起的医疗费用；挂床住院的费用；超过规定出院带药量的费用；

（十二）未经物价、卫生行政部门和人力资源和社会保障部门批准的医院自定项目、新开展的检查、治疗项目和自制药品，以及擅自提高收费标准所发生的费用；国家定价的药品，超出规定零售价格收取的费用；

（十三）中断缴费期间、待遇等待期间发生的住院医疗费用；

（十四）国家、省、市医疗保险政策规定的其他不予支付的费用。

第五章　医疗服务管理

第四十九条　城镇职工基本医疗保险实行定点医疗机构、定点零售药店管理。

统筹区内居住的参保人员患病住院可按照就近原则到统筹区医疗保险定点医疗机构就诊。入院时，接诊定点医疗机构凭参保人员的社会保障卡、身份证、单位证明（无单位的，由参保地

医疗保险经办机构出具，统筹区内跨县、区居住的退休人员由居住地医疗保险经办机构出具，下同）等材料为其办理住院手续，并根据病情收取一定数额的预付款，用于支付住院起付金和应由本人承担部分的医疗费用。医疗终结办理出院时，参保人员住院期间发生的医疗费用中属于参保人员自付和自费的部分，由定点医疗服务机构向参保人员结算；属于统筹基金支付的费用，由定点医疗服务机构向医疗保险经办机构按月申报结算。

参保人员因交通事故发生的医疗费用，由定点医疗机构向参保人员全额收取。参保人员治疗终结后凭医疗费用收据、出院证、费用明细清单、交通警察部门出具的交通事故责任认定书、发生民事诉讼案件的人民法院判决（裁决）书、其他责任人支付凭证等相关材料到参保地医疗保险经办机构申请报销。

急诊入院或者由于意识不清等情况不能当场出示证件的，应当在入院 3 日内补办相关手续。参保人因故不能出示的，家属或其他陪同人员应当配合办理相关手续。

第五十条 异地居住的参保人员因病需要住院治疗的，可就近到居住地定点医疗机构就诊。在开展异地持卡就医结算前，医疗费用先由本人垫付，医疗终结后凭有效医疗费用单据、出院证、医疗费用清单等材料回保险关系所在地医疗保险经办机构审核报销。在开展异地持卡就医结算后，按照全省异地持卡就医的相关管理规定办理。

第五十一条 参保人员因病情确需转诊转院的，由定点医疗机构按照逐级转诊转院、先市内后市外、先省内后省外的原则出具转诊转院手续。

第五十二条 转诊、转院条件。

（一）经检查、会诊仍不能确诊的疑难病症；不具备诊治、抢救条件的危重病症；因缺少设施设备或未开展某些诊疗项目而无法对急难危重患者进行救治的；

（二）诊断明确的多发病、常见病或手术后病情稳定可到下级定点医疗机构进行后续治疗的。

第五十三条 转诊、转院办理程序。

（一）在统筹区内转诊转院的，参保人员不须到参保地医疗保险经办机构办理转诊转院审批手续，可直接根据主管医生提出的转诊转院建议，结合自身的经济承受能力，持本人的社会保障卡、身份证、单位证明自行选择统筹区内定点医疗机构接受诊疗；

（二）参保人员因病情确需转统筹区外定点医疗机构诊治的，应当持本市定点的二级及二级以上综合医院（精神病人由市精神病院）出具的《临沧市城镇职工基本医疗保险转院审批表》，到属地医疗保险经办机构审批（统筹区内跨县、区居住的退休人员由居住地医疗保险经办机构审批）。原则上转往云南省第一人民医院、云南省第二人民医院、昆明医学院第一、第二、第三附属医院、云南省中医院、成都军区昆明总医院、云南肾脏病医院、

昆明市第一人民医院、延安医院、昆明市中医院、云南圣约翰医院等三级医疗机构。紧急情况，可先期转院，转院后5个工作日内补办审批手续；

（三）参保人员如确因病情需要转往省外定点医疗机构诊治的，治疗终结后回参保地医疗保险经办机构办理报销手续时，需提供上述省级三级定点医疗机构出具的“转诊转院说明”（须加盖公章）；

（四）二、三级定点医疗机构应尽可能将已经确诊的一般慢性病、常见病患者和手术后进入康复期治疗的患者，转到定点社区卫生服务机构治疗。

第五十四条 参保人员转往非定点医疗机构就治所发生的医疗费用，医疗保险基金不予支付。

第五十五条 定点医疗机构在为参保人员使用实施基本医疗保险支付部分费用的诊疗项目（单价在100元以上）或使用实施自费药品和自费诊疗项目时，应当征得参保人员或其家属同意，并履行签字手续。未经参保人员或其家属同意的，其相关费用医疗保险统筹基金、参保人员不予支付。

第五十六条 采用大型医疗设备检查，应当符合检查指征。不符合检查指征，定点医疗机构要求检查，或符合检查指征，但已明确诊断而重复检查的，检查费由定点医疗机构自负；不符合检查指征，参保人员要求检查，或符合检查指征，但已有明确诊

断、参保人员要求重复检查的，检查费全部由参保人员个人负担。

第五十七条 定点医疗机构要公开床位收费标准和城镇职工基本医疗保险床位费支付标准。在安排病房时，应将安排的床位收费标准告知参保人员。参保人员根据定点医疗机构的建议，自主选择不同档次的病房。

第五十八条 参保人员住院治疗，根据病情应当出院，经定点医疗机构通知，无正当理由拒绝出院的，自定点医疗机构通知出院之日起，发生的一切费用均由参保人员个人自负；应当出院而定点医疗机构未通知的，新增费用由定点医疗机构负担。

第五十九条 定点医疗机构、定点零售药店应当建立和完善城镇职工基本医疗保险内部管理制度及药品、医疗器械质量管理制度，严格执行国家、省、市规定的价格政策和标准，明码标价。配备专（兼）职管理人员，做好城镇职工基本医疗保险的内部管理工作，确保药械质量安全有效。

第六十条 出院带药仅限于注射剂以外的其他制剂，并实行限量管理，急性病为 3 日量，一般慢性病为 7 日量，特殊慢性病不超过 30 日量。严禁出院携带检查、携带需由具有资质的医务人员实施的治疗项目。

第六十一条 建立全市定点医疗机构、定点零售药店统一监管机制和引入准入、退出竞争机制。持有卫生行政部门或者药品监督管理部门颁发的有效执业许可证的医疗机构和零售药店，按

属地管理的原则可以向县（区）人力资源和社会保障行政部门提出承担基本医疗保险定点服务的申请，县（区）人力资源和社会保障行政部门进行初审后，报市人力资源和社会保障局审定其资格，并实行准入竞争机制。医疗保险经办机构按照中西医并举，基层、专科和综合医疗机构兼顾，既有利于管理，又方便参保人员就医的原则，与具备定点资格的医疗机构和零售药店签订基本医疗保险服务协议，明确各自的责任、权利和义务。人力资源和社会保障行政部门会同卫生、药监、物价、财政等部门每年对定点医疗机构和定点零售药店进行年终考评，考评合格的定点医疗机构、药店可以续签基本医疗保险服务协议，不合格的取消定点资格。

第六十二条 定点医疗机构要规范诊疗行为，切实为参保人员提供高效率、低成本的医疗服务。严格按照卫生部门规定的医疗诊治技术规范进行诊治，严禁滥开药、滥用大型物理检查、开大处方，杜绝随意放宽出入院标准和重症监护病房（复苏室、ICU、CCU 等）的入住标准。

第六十三条 对医疗保险定点医疗机构、定点零售药店的违规行为，由市人力资源和社会保障局统一组织相关县（区）人力资源和社会保障部门进行查处。人力资源和社会保障行政部门及其医疗保险经办机构有权审验定点医疗机构诊治参保人员的处方、病历、收据等有关材料，有权监督检查定点医疗机构、定点

零售药店执行城镇职工基本医疗保险各项政策规定的情况，定点医疗机构、定点零售药店应当予以配合。

第六章　费用结算

第六十四条　定点医疗机构、定点零售药店按月与医疗保险经办机构结算，每个定点医疗机构、定点零售药店原则上只对应一个医疗保险经办机构。市、县（区）医疗保险经办机构具体负责与本行政区域内定点医疗机构、定点零售药店的结算工作。各定点服务机构每月 10 日前将上月参保人员所发生的医疗费用及时向医疗保险经办机构申报结算，医疗保险经办机构审核后于次月支付上月应付医疗费。实际拨付医疗费用为应拨付医疗费用的90%，预留 10%作为定点服务机构质量考核保证金，定点服务机构质量考核保证金根据人力资源和社会保障行政部门年度考评情况返还。经考评达合格以上等次的，预留的质量考核保证金全额返还定点服务机构；考评为基本合格的，预留的质量考核保证金中的 50%不予支付；考评为不合格的，预留的质量考核保证金全额不予支付。不予支付的质量考核保证金不在城镇职工基本医疗保险基金中列支。

第六十五条　实现异地就医结算后，参保人员跨统筹区持卡就医发生的医疗费用，由市级医疗保险经办机构（市级结算中心）

负责结算；参保人员在统筹区内跨县（区）持卡就医发生的医疗费用，由就医地医疗保险经办机构负责结算，属统筹基金支付的由就医地医疗保险经办机构直接支付，属个人帐户资金支付的由就医地医疗保险经办机构先垫付。参保人员跨统筹区、在统筹区内跨县（区）持卡就医发生的属个人帐户资金支付的医疗费用，由市级医疗保险经办机构（市级结算中心）按月产生结算数据后，向市财政申请市级个人帐户资金清算金用款计划，市财政专户划款至县（区）财政专户、市级医疗保险经办机构。对各县（区）上划的个人帐户资金清算金，由市级医疗保险经办机构（市级结算中心）按年清算后，实行多退少补。

第六十六条 在职参保人员和居住在统筹区外的退休参保人员，向参保地医疗保险经办机构申请特殊慢性病门诊医疗待遇；统筹区内跨县、区居住的退休参保人员，向居住地医疗保险经办机构申请特殊慢性病门诊医疗待遇。经批准后，其治疗特殊慢性病所发生的门诊医疗费用，先由个人垫付，可选择按半年一次或一年一次，凭有效发票、治疗清单、检查或化验报告单、门诊处方等相关材料，到批准其享受特殊慢性病门诊医疗待遇的医疗保险经办机构办理报销手续。

第六十七条 参保人员在年度内发生的医疗费用应当在下一年度6月30日前到医疗保险经办机构办理报销手续。除不可抗力因素外，超过办理时间的，城镇职工基本医疗保险基金不予

支付。

第七章　部门职责

第六十八条　各级人民政府应加强对城镇职工基本医疗保险工作的领导。市人力资源和社会保障局、财政、地税、卫生、物价、公安、工商、审计、统计、民政、教育、工会等有关部门和组织，按照各自职责共同做好医疗保险基金监督管理。

第六十九条　人力资源和社会保障部门负责辖区内基本医疗保险的管理和服务工作。

医疗保险经办机构负责办理本行政区域内各类用人单位及参保人员的基本医疗保险事务，负责参保登记、扩面、费用核定、费用结算等工作，对参保单位缴费情况，定点医疗机构、定点零售药店待遇支付情况进行稽核。

财政部门会同人力资源和社会保障行政部门审核下达医疗保险费征缴、清欠、支出年度计划。

地税部门负责征缴、清欠基本医疗保险费，并按规定纳入同级财政专户。

卫生部门负责对医疗机构和药店的管理。

第八章　法律责任

第七十条 用人单位不按本办法规定缴纳和代扣代缴基本医疗保险费，依照国务院《社会保险费征缴暂行条例》和《云南省社会保险费征缴条例》的相关规定处理。

第七十一条 用人单位有下列行为之一的，由人力资源和社会保障行政部门责令改正，并根据国务院《劳动保障监察条例》、《云南省社会保险费征缴条例》、《临沧市社会医疗保险反欺诈办法》等相关规定进行处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

（一）伪造、变造社会保险登记证的；

（二）不如实申报用工人数、缴费工资及其他资料的；

（三）伪造、变造、故意毁灭与医疗保险有关的账册、材料，或者不设账册，致使医疗保险缴费基数无法确定的；

（四）其他违反劳动保障医疗保险法律、法规和政策的行为。

第七十二条 参保人员有下列行为之一的，已发生的医疗保险相关待遇，由参保所在地的人力资源和社会保障行政部门责令退回，并根据国务院《劳动保障监察条例》、《云南省社会保险费征缴条例》、《临沧市社会医疗保险反欺诈办法》等相关规定进行处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

（一）将本人社会保障卡转借他人就诊、用他人社会保障卡冒名就诊的；

（二）开虚假医药费收据、处方，冒领医疗保险基金的；

（三）因本人不严格遵守医疗保险政策规定等原因，造成医疗费用不能报销而无理取闹的；

（四）私自涂改医药费收据、病历、处方、检查报告单，授意定点医疗机构、定点零售药店工作人员作假的；

（五）利用医疗保险基金在定点服务机构开出药品进行倒卖的；

（六）其他违反医疗保险管理规定的。

第七十三条 定点医疗机构及其工作人员有下列行为之一的，除应当承担定点服务协议约定的违约责任外，由人力资源和社会保障行政部门根据国务院《劳动保障监察条例》、《云南省社会保险费征缴条例》、《云南省城镇基本医疗保险定点服务机构管理办法》、《临沧市社会医疗保险反欺诈办法》等相关规定进行处理；对违规情节严重的定点医疗机构，依法取消其定点资格；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

（一）允许或诱导非参保人以参保人名义住院的；

（二）将应当由参保人员自付或自费的医疗费用申报统筹基金支付、或将属于统筹基金支付的医疗费用转由参保人员个人自付的；

（三）提供虚假疾病诊断证明、病历、处方和医疗费票据等资料的；

（四）不认真确认参保人员身份或病情，将门诊病人挂名住院或冒名住院，造成基金流失的；

（五）违反因病施治原则或有关规定，出现滥检查、滥用药、乱收费，向参保人提供不必要的医疗服务及过度医疗服务的；

（六）将非定点医疗机构发生的费用合并到定点医疗机构与医保中心进行结算的；

（七）协助参保人员套取医疗保险个人帐户资金、盗取参保人员医疗保险个人帐户资金的；

（八）擅自提高收费标准，任意增加收费项目、分解收费等违反物价收费规定，造成医疗保险基金损失的；

（九）将非医疗保险的病种、药品、项目列入医疗保险支付范围，套取医疗保险基金的；

（十）使用或出售假药、劣药、过期药品的；

（十一）弄虚作假以虚报、假传数据等套取医疗保险基金的；

（十二）其他违反医疗保险管理规定的行为。

第七十四条 定点零售药店及其工作人员有下列行为之一的，除应当承担定点服务协议约定的违约责任外，由人力资源和社会保障行政部门根据国务院《劳动保障监察条例》、《云南省社会保险费征缴条例》、《云南省城镇基本医疗保险定点服务机构管理办法》、《临沧市社会医疗保险反欺诈办法》等相关规定进行处理；对违规情节严重的定点零售药店，依法取消其定点资格；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

（一）向参保人员出售假药、劣药和过期药品的；

（二）为参保人员变现社会保障卡内个人帐户资金的；

（三）为非定点零售药店销售药品，代刷社会保障卡的；

（四）允许用社会保障卡购买“国药准字号”药品以外药品的；

（五）直接或变相刷社会保障卡销售食品、化装品、生活用品的；

（六）出售药品价格高于价格主管部门定价或对参保人员用社会保障卡购药的价格高于用现金购药价格的；

（七）弄虚作假以虚报、假传数据等套取医疗保险个人帐户资金的；

（八）其他违反医疗保险规定的行为。

第七十五条 医疗保险经办机构及其工作人员有下列行为之一的，依据有关规定进行问责；构成犯罪的，依法追究刑事责任；造成基本医疗保险基金流失的，由人力资源和社会保障部门会同相关单位追回。

（一）减免用人单位、参保人员应当缴纳的基本医疗保险费的；

（二）不按规定审核用人单位、参保人员的参保、缴费情况，以及其它违反基本医疗保险基金使用管理规定，造成基本医疗保险基金损失的；

（三）擅自更改基本医疗保险待遇或者放宽审批支付标准的；

（四）不履行或不正确履行工作职责，造成不良影响和后果的；

（五）有其他法律、法规和规章禁止行为的。

第九章　附　则

第七十六条　市、县（区）人民政府根据实际工作需要，解决医疗保险经办机构必需的人员编制和业务工作经费补助。补助经费列入当地财政预算。

在市级医疗保险经办机构增设异地持卡就医结算中心，负责办理省内参保人员异地持卡就医结算业务。

第七十七条　本办法执行之前的有关规定与本办法不相符的，以本办法为准。

第七十八条　本办法由临沧市人力资源和社会保障局会同市财政局负责解释。

第七十九条　本办法自 2011 年 1 月 1 日起执行。