

索引号:	11220000013544357T/2005-00081	分类:	劳动、人事、监察、社会保障;通知
发文机关:	吉林省人民政府办公厅	成文日期:	2005 年 05 月 24 日
标题:	吉林省人民政府办公厅转发省劳动保障厅等部门关于进一步完善我省城镇职工基本医疗保险制度意见的通知(吉政办发〔2005〕21 号)		
发文字号:	吉政办发〔2005〕21 号	发布日期:	2005 年 05 月 26 日

吉林省人民政府办公厅转发
省劳动保障厅等部门关于进一步完善
我省城镇职工基本医疗保险制度意见的通知

吉政办发〔2005〕21 号

各市州、县（市）人民政府，省政府各厅委、各直属机构：

省劳动保障厅、省财政厅、省发改委、省卫生厅、省民政厅、省食品药品监管局《关于进一步完善我省城镇职工基本医疗保险制度意见》已经省政府同意，现转发给你们，请认真贯彻执行。

吉林省人民政府办公厅

二〇〇五年五月二十四日

关于进一步完善我省城镇职工基本医疗保险制度的意见

省劳动保障厅 省财政厅 省发改委

省卫生厅 省民政厅 省食品药品监管局

（二〇〇五年五月二十三日）

为满足广大人民群众和参保人员的基本医疗需求,促进我省基本医疗保险制度的平稳运行和可持续发展,现就进一步完善城镇职工基本医疗保险制度提出以下意见。

一、做好关闭破产和改制改组国有企业退休人员医疗保障工作。国有企业关闭破产时,按照所在统筹地区上年度退休人员平均医疗费支出和社会平均余命计算,一次性将退休人员的基本医疗保险费拨付给当地医疗保险经办机构,其退休人员纳入当地医疗保险管理,按规定享受基本医疗保险待遇。具体缴费和待遇标准由统筹地区政府根据不同企业的实际情况确定,所需资金从关闭破产企业破

产经费中支付。对从改制改组企业剥离出来的退休人员,由改制改组企业按照上述规定,一次性将退休人员的基本医疗保险费拨付给当地医疗保险经办机构。

对国家政策性破产企业退休人员的医疗待遇,仍按国家有关文件执行。对统筹地区实施医疗保险制度前已经关闭破产企业的退休人员,其医疗保障问题,应按照《吉林省人民政府办公厅转发省劳动保障厅等部门关于城镇企业及其职工参加基本医疗保险若干问题指导意见的通知》(吉政办发〔2003〕11号)规定,由当地政府研究解决。

二、促进失业人员接续医疗保险关系。与企业解除或终止劳动关系的失业人员,比照所在统筹地区灵活就业人员参加基本医疗保险的政策接续医疗保险关系,由个人按规定缴纳医疗保险费。失业人员在与企业解除或终止劳动关系后3个月之内接续医疗保险关系的,医疗保险待遇不设等待期,从缴费次月起享受医疗保险待遇,单位缴费年限与个人缴费年限连续计算,到达法定退休年龄办理退休手续后,按有关规定享受医疗保险待遇;超过3个月接续医疗保险关系的,按照灵活就业人员的参保政策执行,设立医疗保险待遇等待期,间断缴费的时间不计算为缴费年限。

三、建立完善城镇居民住院医疗保险办法。在城镇职工基本医疗保险制度基础上,进一步完善城镇居民住院医疗保险办法,解决城镇居民低收入群体的医疗困难和困难企业职工参保问题。

(一)覆盖范围。凡是未参加或没有能力参加城镇职工基本医疗保险的企业职工和退休人员,以及关闭破产企业的退休人员、城镇个体劳动者、自由职业者、灵活就业人员、失业人员、城镇居民和农村进城务工人员等,都可以企业、团体或家庭为单位参加。

(二)缴费标准和办法。参加城镇居民住院医疗保险的缴费标准,目前原则上按照市州一级统筹地区每人每年180元至240元,县(市)一级统筹地区每人每年120元至180元掌握。具体缴费标准由统筹地区政府根据当地医疗消费水平和城镇居民的实际承受能力确定。

城镇低保家庭参保缴费及政府资助问题,由统筹地区政府确定具体办法。企业职工及退休人员缴纳住院医疗保险费有困难的,可由所在企业视情况给予适当补贴。

(三)住院医疗保险待遇。参保人员缴纳的住院医疗保险费作为统筹基金使用,用来支付参保人员发生的住院医疗费。统筹地区要合理确定统筹基金的起付标准和最高支付限额。现阶段起付标准原则上控制在当地上年度职工平均工资的5%以下,最高支付限额原则上控制在当地上年度职工平均工资的2倍左右。起付标准以下和最高支付限额以上的医疗费用由个人自负。起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用,按照不同支付比例、分段累加的办法,主要从统筹基金中支付,但个人也要负担一定比例,个人负担的比例总体上应控制在30%左右,具体比例由统筹地区政府根据以收定支、收支平衡的原则确定。

城镇居民住院医疗保险统筹基金的支付范围,原则上按照城镇职工基本医疗保险诊疗项目目录、药品目录、医疗服务设施标准等有关规定执行,统筹地区可以根据基金收支情况作适当调整。

四、普遍建立大额医疗费用补充保险办法。未建立大额医疗费用补充保险办法的统筹地区,要从 2006 年起全部建立起来。要调整完善大额医疗费用补充保险基金的补助办法,减轻个人大额医疗费用负担,大额补充医疗保险基金原则上要做到当年收支平衡。

五、建立基本医疗保险风险基金制度。

(一)风险基金的筹集。从 2006 年开始,统筹地区每年按照基本医疗保险统筹基金收入 5%的比例,从统筹基金中提取风险基金。统筹基金累计结余较多的统筹地区,也可适当提高提取比例,或一次性划入,加快风险基金的建立。风险基金的规模保持在统筹基金年收入的 20%,达到规模不再继续提取,按规定使用后,应及时补充,以保持规定的规模。

(二)风险基金的管理。风险基金全部纳入财政专户实行单独管理,由统筹地区医疗保险经办机构商当地财政部门择优确定商业银行存储。任何单位和个人不得挤占挪用或改变其用途。

(三)风险基金的使用范围。风险基金作为专项储备资金,主要用于弥补基本医疗保险统筹基金非正常超支情况下的临时周转问题。非正常超支是指因当年发生大额医疗费人数异常增多等因素,导致按规定由统筹基金支付的医疗费用大幅度增加,致使统筹基金入不敷出的情况。统筹基金正常超支主要从统筹基金历年结余中解决,一般不得动用风险基金。

(四)风险基金的使用办法。使用风险基金,由统筹地区医疗保险经办机构提出申请,经当地劳动保障和财政部门审核同意后,报当地政府批准,并报上级劳动保障和财政部门备案。

六、适当调整基本医疗保险待遇。统筹地区应根据医疗保险基金收支平衡、略有结余的原则,适当调整基本医疗保险待遇。统筹地区基本医疗保险统筹基金的起付标准应不超过当地职工年平均工资的 10%;最高支付限额应达到当地职工年平均工资的 4 倍左右;起付标准以上、最高支付限额以下,符合基本医疗保险“三个目录”医疗费用的个人负担比例总体上应在 20%左右为宜,统筹基金负担比例总体上应在 80%左右为宜;由参保患者个人负担的“三个目录”之外的医疗费,总体上不应超过所发生医疗费总额的 15%。具体调整办法由统筹地区政府确定。

按照上述规定统筹基金支付不足的统筹地区,应通过调整单位缴费划入个人账户比例、提高缴费比例等方法解决。

七、改进和加强基本医疗保险基金管理。从 2006 年开始,由财政负担的机关事业单位参保人员的医疗保险费,凡由财政直接向医疗保险经办机构拨付的,

一律改为由财政向机关事业单位划拨,再由单位向医疗保险经办机构缴纳的办法。单位不按时缴纳医疗保险费的,经办机构应按规定停止其参保人员的医疗保险待遇。

各级医疗保险经办机构应对基本医疗保险基金严格管理,坚决杜绝挤占挪用基金的行为。劳动保障、财政、审计等部门要加大基金监督和审计力度,对基金使用方面的违规违纪行为要依法处罚,对有关责任人员要严肃追究责任。

各级医疗保险经办机构应按规定建立征缴稽核制度,确保医疗保险费应收尽收。要完善医疗保险费支付的监管制度和核查办法,堵塞管理漏洞,加大整治欺诈力度,防范道德风险,减少医疗保险费的流失和浪费。发现定点医疗机构、定点零售药店或参保人员有骗取医疗保险费等欺诈行为的,医疗保险经办机构应立即停止待遇的支付,并责令其退还骗取资金;拒不退还的,提请劳动保障部门依法查处,构成犯罪的,移送司法机关依法追究刑事责任。

八、提高医疗服务质量。要深化医疗卫生和药品流通体制改革,降低药品价格,打击制售假冒伪劣药品行为。各级卫生部门和医疗保险经办机构要强化对定点医疗机构医疗服务的管理和监督,普遍实行对定点医疗机构的分级分类管理,建立信誉等级制度,完善协议管理。要进一步扩大定点医疗机构、定点零售药店的范围和数量。要完善定点医疗机构、定点零售药店准入与淘汰机制,实行动态管理。定点医疗机构、定点零售药店要落实以人为本的思想,严格执行国家和省医疗保险各项规定、医疗收费标准及技术规范,严格执行医疗服务协议,为参保人员提供便捷、优质、价廉的医疗服务。