

天津市人民政府令

津政令第49号

天津市基本医疗保险规定

《天津市基本医疗保险规定》已于2012年1月14日经市人民政府第82次常务会议通过，现予公布，自2012年3月5日起施行。

市长 黄兴国

二〇一二年二月三日

天津市基本医疗保险规定

第一章 总则

第一条 为了规范基本医疗保险关系，维护公民参加基本医疗保险和享受基本医疗保险待遇的合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》和国家有关规定，结合本市实际情况，制定本规定。

第二条 基本医疗保险制度坚持广覆盖、保基本、多层次、可持续的方针，按照保障水平与经济社会发展水平相适应的原则，根据财政状况、用人单位和个人经济承受能力确定筹资标准，实行城乡统筹、全市统筹，并逐步实现职工和居民基本医疗保险制度衔接转换。

第三条 本市行政区域内的用人单位及其职工和退休人员以及城乡居民应当按照本规定参加基本医疗保险。基本医疗保险包括职工基本医疗保险和居民基本医疗保险。

机关、团体、企业事业单位、民办非企业单位、其他组织和有雇工的个体工商户（统称用人单位）及其职工和退休人员，应当参加职工基本医疗保险。

学生、儿童、城乡未就业居民，应当参加居民基本医疗保险。

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及其他灵活就业人员，可以选择参加职工基本医疗保险或者居民基本医疗保险。

第四条 市和区县人民政府应当将基本医疗保险事业纳入国民经济和社会发展规划，给予必要的经费支持。

各区县人民政府应当组织本行政区域内的用人单位和居民依法参加基本医疗保险。

第五条 市人力资源和社会保障行政部门负责全市基本医疗保险管理工作。财政、卫生、教育、物价、食品药品监管、审计、民政、工商、公安等部门，在各自职责范围内负责有关的基本医疗保险工作。

第六条 市医疗保险经办机构负责基本医疗保险登记、保险费征缴、个人权益记录、保险待遇支付等工作，对定点医疗机构、定点药店等医疗保险服务机构提供经办业务指

导。

第七条 本市建立多层次的医疗保障制度，鼓励发展补充医疗保险，政府对企业建立补充医疗保险给予支持。

第八条 市人力资源和社会保障行政部门聘请用人单位代表、参保人员代表、有关专家等作为医疗保险社会监督员，对医疗保险管理和经办服务有关部门及人员，定点医疗机构、定点药店及医师、药师，用人单位及参保人员遵守基本医疗保险法律、法规和规章情况实施社会监督。

任何组织或者个人有权对违反基本医疗保险法律、法规和规章的行为进行举报、投诉。

第九条 医疗保险经办机构应当定期向社会公布参加医疗保险情况以及医疗保险基金的收入、支出、结余和收益情况。

第二章 基本医疗保险费筹集

第十条 用人单位和职工、退休人员、居民应当按照规定的标准缴纳基本医疗保险费。

第十一条 职工按照不低于本人上年度月平均工资的 2% 按月缴纳基本医疗保险费，用人单位按照不低于职工个人缴费基数之和的 10% 按月缴纳基本医疗保险费。

职工个人缴纳基本医疗保险费的全部和按照规定从用人单位缴纳的基本医疗保险费中划入的部分计入个人账户。个人账户的本金和利息归个人所有，个人账户的利息参照银行同期活期储蓄存款利率计息。

第十二条 职工本人上年度月平均工资高于上年度本市职工月平均工资 300% 的，以上年度本市职工月平均工资的 300% 为缴纳基本医疗保险费的基数。职工本人上年度月平均工资低于上年度本市职工月平均工资 60% 的，以上年度本市职工月平均工资的 60% 为缴纳基本医疗保险费的基数。

职工本人上年度月平均工资无法确定的，以上年度本市职工月平均工资为缴纳基本医疗保险费的基数。

第十三条 用人单位按照本规定第十一条规定缴费有困难的，经职工代表大会或者职工大会通过，可以按照相关规定降低缴费比例，不建立个人账户。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员，可以按照相关规定缴纳基本医疗保险费，不建立个人账户。

第十四条 居民参加基本医疗保险实行差别缴费制度。学生、儿童和成年居民分别按照规定的标准缴纳基本医疗保险费。成年居民缴费标准设定不同的档次，由本人自愿选择缴纳。政府按照规定标准对个人缴费给予适当补助。

重度残疾、享受低保待遇和特殊困难家庭人员按照规定的档次参保，个人不缴费，由政府全额补助。

居民应当在每年 9 月至 12 月底前一次性缴纳下一年度的基本医疗保险费。

第十五条 居民参加基本医疗保险的补助资金由市和区县人民政府共同承担。

第十六条 市人民政府根据经济社会发展水平，对基本医疗保险的缴费标准和政府

补助标准作相应调整。市人力资源和社会保障行政部门会同市财政等相关部门制定调整方案，报市人民政府批准后执行。

第三章 基本医疗保险待遇

第十七条 职工从缴费当月起享受基本医疗保险待遇。职工达到法定退休年龄时，累计缴纳基本医疗保险费年限男满 25 年、女满 20 年，且实际缴费年限满 5 年的，退休后不再缴纳基本医疗保险费，继续享受基本医疗保险待遇；不足上述年限的，可以在办理退休时按当年缴费标准一次性补足用人单位和个人应缴纳的基本医疗保险费后，享受基本医疗保险待遇。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员，从缴费满 6 个月起享受基本医疗保险待遇。

入学入托的学生、儿童享受基本医疗保险待遇的期限为缴费当年的 9 月至次年的 8 月，其他居民享受基本医疗保险待遇的期限为缴费次年的 1 月至 12 月。

第十八条 参保人员发生的住院、门（急）诊等医疗费用，符合国家和本市基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施目录范围（统称报销范围）的，按照规定从基本医疗保险基金中支付。

第十九条 参保人员住院治疗发生的报销范围内的医疗费用，起付标准按照医院等级和住院次数确定。参保人员在 1 个年度内住院治疗 2 次以上的，从第二次住院治疗起，属于职工、退休人员的，起付标准按照 30% 执行，属于居民的，不再设置起付标准。

第二十条 职工基本医疗保险住院报销比例适当照顾退休人员等群体，居民基本医疗保险住院报销比例按照医院等级和缴费水平设定。

第二十一条 基本医疗保险住院最高支付标准按照国家规定执行。职工和退休人员在各级别医院住院实行相同的最高支付标准，居民住院最高支付标准按照医院等级和缴费水平设定。

第二十二条 职工和退休人员发生的报销范围内的门（急）诊普通疾病医疗费用，报销比例按照医院等级确定。居民在一级医院（含社区卫生服务中心）门（急）诊就医报销比例按照缴费水平确定。

第二十三条 参保人员患有规定范围的疾病，因年龄较高、行动不便，可以申请在家庭病床治疗，发生的医疗费用实行住院医疗费用报销政策。

参保人员患有规定范围的门诊特定疾病，基本医疗保险待遇标准按照高于门（急）诊普通疾病标准确定。

第二十四条 参保人员患甲类传染病的医疗费用由基本医疗保险基金全额支付。对其他传染病患者给予适当照顾。

第二十五条 市人民政府根据经济社会发展水平和基本医疗保险基金支付能力，对基本医疗保险待遇水平作相应调整。市人力资源和社会保障行政部门会同市财政等相关部门制定调整方案，报市人民政府批准后执行。

第四章 基本医疗保险费征收与结算

第二十六条 基本医疗保险费实行全市统一征收。医疗保险经办机构负责基本医疗

保险费征收的具体工作。

第二十七条 居民参加基本医疗保险实行分类登记,按照下列规定分别向医疗保险经办机构办理登记:

(一) 各级各类学校、托幼机构的学生、儿童,由学校、托幼机构负责到医疗保险经办机构办理参保登记;

(二) 享受低保待遇人员、特殊困难家庭人员以及优抚对象由民政部门确认身份,并将人员明细转交医疗保险经办机构,由医疗保险经办机构办理参保登记;

(三) 重度残疾人员由残疾人联合会确认身份,并将人员明细转交医疗保险经办机构,由医疗保险经办机构办理参保登记;

(四) 离休干部配偶和遗孀由老干部管理部门确认身份,并将人员明细转交医疗保险经办机构,由医疗保险经办机构办理参保登记;

(五) 农村居民以村为单位、其他居民以家庭为单位分别到乡镇、街道劳动保障服务机构办理参保登记。

第二十八条 入学入托的学生、儿童缴纳的基本医疗保险费由学校、托幼机构代收代缴。农村居民由村民委员会代收代缴。

第二十九条 医疗保险经办机构按照总额预付、病种付费、项目付费、人头付费或者谈判付费等方式,按时足额向定点医疗机构、定点药店或者参保人员支付符合基本医疗保险规定的医疗费用。

第三十条 参保人员就医、购药通过医疗保险信息化支付系统即时结算医疗费用,只向定点医疗机构或者定点药店交纳个人应负担的部分,其他费用由医疗保险经办机构与定点医疗机构、定点药店按月结算。国家和本市对先行垫付有特别规定的,从其规定。

第五章 基本医疗保险服务管理

第三十一条 医疗保险经办机构应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度。

医疗保险经办机构通过业务经办、统计调查收集汇总相关数据,有关单位和个人应当及时、如实提供。

街道、乡镇劳动保障服务机构及其社区、村劳动保障工作机构负责组织居民参保资源调查、参保登记核定及垫付医疗费归集等工作。

第三十二条 医疗保险经办机构根据管理服务的需要,可以与定点医疗机构、定点药店签订服务协议,规范医疗服务行为。

第三十三条 定点医疗机构、定点药店应当明确医疗保险工作机构,确定基本医疗保险专(兼)职工作人员,负责本单位的基本医疗保险管理和服务工作。

第三十四条 定点医疗机构应当优先在规定的基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录范围内为参保人员提供医疗服务。在向参保患者提供自费的药品、医用耗材、诊疗项目时,应当事先征得参保患者同意,同时应当提供医疗费用明细。

第三十五条 定点药店应当建立与基本医疗保险相适应的管理制度;保证基本医疗保险用药的质量和品种,为参保人员提供合理用药咨询服务。

第三十六条 市人力资源和社会保障行政部门会同市卫生、食品药品监管等部门建

立健全基本医疗保险服务医师、药师名录管理制度，对服务医师、药师执行基本医疗保险政策情况实行监督检查。

基本医疗保险服务医师、药师名录具体管理办法由市人力资源和社会保障行政部门会同市卫生、食品药品监管等部门另行制定。

第三十七条 医疗保险经办机构与定点医疗机构、定点药店之间因履行、变更服务协议发生争议的，可以向医疗保险结算争议调处机构申请调解处理，也可以向人民法院提起诉讼。

第三十八条 市人力资源和社会保障行政部门建立完善基本医疗保险信息系统，实现参保网络登记缴费、待遇联网支付、网络实时监控等功能。

医疗保险经办机构使用基本医疗保险信息系统支付保险待遇，应当保证与定点医疗机构、定点药店实现全天候、无节假日联网结算。

定点医疗机构应当建立健全本单位信息管理系统，实现门（急）诊、住院与医疗保险经办机构联网结算和信息实时共享。

定点药店应当建立健全本单位信息管理系统，实现与医疗保险经办机构联网结算和信息实时共享。

第三十九条 参保人员应当持本人的社会保障卡就医购药。

参保人员因特殊情况不能到定点医疗机构或者定点药店购药的，可以委托他人持该参保人员的社会保障卡代为购买，受托人应当出示本人身份证明。

第四十条 参保人员可以选择在规定范围的定点医疗机构就医、购药，也可以持处方到定点药店购药。医疗机构应当为选择到定点药店购药的参保人员提供外购处方。

第四十一条 市人力资源和社会保障行政部门会同相关行政管理部门建立基本医疗保险诚信制度。

第六章 基本医疗保险基金

第四十二条 基本医疗保险基金由下列资金构成：

- （一）用人单位和参保人员缴纳的基本医疗保险费；
- （二）政府补助资金；
- （三）社会捐助资金；
- （四）滞纳金；
- （五）利息；
- （六）其他资金。

第四十三条 基本医疗保险基金当年筹集的部分，按照银行活期存款利率计息；上年结转的基金本息，按照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。

第四十四条 基本医疗保险实行全市统筹，基本医疗保险基金纳入财政专户管理，存入承担医疗保险经办业务的银行。

基本医疗保险基金包括职工基本医疗保险基金和居民基本医疗保险基金，分别建账，分账核算，执行国家统一的会计制度。

第四十五条 基本医疗保险基金收支的预算、决算草案由市医疗保险经办机构负责编制，经市人力资源和社会保障行政部门审查、市财政部门审核，报市人民政府批准后执行。

第四十六条 各区县人民政府和定点医疗机构、定点药店的主管单位应当加强对定点医疗机构、定点药店医药费用的管理监督，保证正当医疗需求，维护基本医疗保险基金运行安全。

定点医疗机构、定点药店应当加强对其所属医师、药师及工作人员的教育管理，规范诊疗行为，为参保患者提供合理必需的医疗服务。

第四十七条 人力资源和社会保障行政部门应当加强对医疗保险经办机构 and 基本医疗保险基金收支情况的监督，建立健全基本医疗保险基金的预决算制度、财务会计制度和内部审计制度；财政部门负责基本医疗保险基金财政专户的管理；审计部门依法对基本医疗保险基金进行审计监督。

第七章 法律责任

第四十八条 人力资源和社会保障行政部门应当加强对遵守基本医疗保险法律、法规和规章等情况的监督。

市人力资源和社会保障行政部门可以委托医疗保险监督检查机构具体实施基本医疗保险监督检查等行政执法工作。

人力资源和社会保障、卫生、食品药品监管等行政部门要建立基本医疗保险违法违规行为发现、调查、认定沟通协调和信息共享机制。

第四十九条 定点医疗机构有下列行为之一，骗取基本医疗保险基金支出的，由人力资源和社会保障行政部门责令退回骗取的医疗保险金，处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款；由医疗保险经办机构解除服务协议；直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，由卫生、食品药品监管部门依法吊销其执业资格：

（一）伪造、变造参保人员就诊记录的；

（二）将不符合住院条件的参保人员收入住院治疗或者故意延长住院期限、办理虚假住院和冒名住院的；

（三）将不符合门诊特定疾病登记条件的参保人员，通过伪造、变造相关证明等手段登记为门诊特定疾病并给予治疗的；

（四）伪造、变造、虚开、买卖、转让或者不按规定时限保存基本医疗保险专用票据的；

（五）转借基本医疗保险费用刷卡机具，出租诊疗科室实施诊疗活动，或者套用备案医师、药师名义申报医药费用的；

（六）冒用、敛存他人社会保障卡骗取基本医疗保险基金的；

（七）重复收费、分解收费的。

人力资源和社会保障行政部门对定点医疗机构实施前款规定处罚的，应当告知同级卫生行政部门。

医疗保险经办机构解除与定点医疗机构服务协议的，应当告知同级卫生行政部门，并将解除服务协议的定点医疗机构及时向社会公布。

第五十条 定点药店有下列行为之一，骗取基本医疗保险基金支出的，由人力资源

和社会保障行政部门责令退回骗取的医疗保险金，处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款；由医疗保险经办机构解除服务协议；直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，由食品药品监管部门依法吊销其执业资格：

（一）不按外购处方明确的品种、规格、剂型、剂量出售药品，或者编造、变造外购处方的；

（二）将非基本医疗保险药品或其他物品替换为基本医疗保险药品出售，或者伪造、变造票据及药品费用明细等医疗保险有关材料的；

（三）冒用、敛存他人社会保障卡骗取基本医疗保险基金的；

（四）伪造、变造、虚开、买卖、转让或者不按规定时限保存基本医疗保险专用票据的；

（五）药品的实际金额与票据、申报金额不符的；

（六）冒用备案药师名义申报医药费用，或者将定点药店出租或承包给非定点药店的。

第五十一条 定点医疗机构、定点药店的执业医师、药师有下列行为之一的，由市人力资源和社会保障行政部门给予警告，责令改正；情节严重的，由市人力资源和社会保障行政部门会同市卫生、食品药品监管等部门将其从基本医疗保险服务医师、药师名录中删除，对违反本条规定的医师、药师和直接负责的主管人员给予通报批评：

（一）伪造、变造医疗文书或医学证明，或者开具虚假处方，虚报基本医疗保险有关材料的；

（二）将非基本医疗保险药品或其他物品篡改为基本医疗保险药品，或者将非基本医疗保险诊疗项目和服务设施标准篡改为基本医疗保险支付项目的；

（三）以为参保人员治疗为名开具药品处方或者购药凭证，串通参保人员不取药而兑换现金或者有偿证券的；

（四）不按病情需要使用贵重药品和大型检查等诊疗措施的；

（五）故意分解处方、超量开药、重复开药的。

第五十二条 参保人员有下列行为之一，骗取基本医疗保险基金支出的，由人力资源和社会保障行政部门责令退回骗取的医疗保险金，并处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款：

（一）使用他人社会保障卡看病购药，或者将本人的社会保障卡交给他人使用的；

（二）将本人社会保障卡交给定点医疗机构或者定点药店使用的；

（三）伪造、变造报销票据、处方等的；

（四）倒卖基本医疗保险药品的。

第五十三条 参保人员有本规定第五十二条规定行为的，可以由市人力资源和社会保障行政部门调整医疗费用结算方式 1 个月以上 1 年以下。在调整医疗费用结算方式期间，继续享受基本医疗保险待遇，发生的医疗费用按照全额垫付方式报销。

第五十四条 人力资源和社会保障行政部门、医疗保险经办机构及其工作人员滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分；给用人单位或者个人造成损失的，应当承担赔偿责任。

第八章 附则

第五十五条 本市采取措施实现参保人员基本医疗保险关系跨地区的转移接续。

第五十六条 建立职工大额医疗费救助制度。职工和退休人员应当按照规定的标准缴纳救助费并享受相应待遇。

第五十七条 建立基本医疗保险意外伤害附加保险制度，参保人员因意外伤害发生医疗、残疾和死亡的，由基本医疗保险意外伤害附加保险资金按照规定标准支付相应待遇。

第五十八条 本规定自 2012 年 3 月 5 日起施行。

資料來源: 天津市人民政府網站

http://www.tj.gov.cn/zwgk/wjgz/szfl/201202/t20120220_152289.htm