

北京、燕郊地区人 员实行企业补充医疗暂行规定

一、 实行企业补充医疗的目的、依据和执行范围

(一) 为配合公司北京、燕郊地区人员参加北京市基本医疗保险，使员工患病能得到有效治疗，既不过大加重员工的经济负担，还能够有效地控制医疗费用的过快增长，确保新旧制度平稳过渡，特制定本暂行规定。

(二) 本暂行规定的政策依据为《北京市基本医疗保险规定》（2001年北京市人民政府第68号令）及其配套文件。对用药范围、诊疗项目范围以及服务设施范围的界定均以北京市基本医疗保险文件规定为准。

(三) 公司北京、燕郊地区人员的企业补充医疗实行统一管理办法，统一报销标准，单位与员工个人分别负担。

(四) 本暂行规定适用于公司北京、燕郊地区参加北京市基本医疗保险的人员。其中包括在册的企劳、企聘制员工和内退员工以及与公司有劳动关系协议、其协议工资构成中不含医疗补贴并经公司人力资源部确认的管理、技术骨干。

二、 医改协调管理机构及岗位的设置：

(一) 公司成立医改工作小组，负责社保停止支付后企业补充医疗继续支付的超大额医疗费用的审批以及一些特殊情况的协调和处理。

组长：刁国涛

成员：刘守德、徐雄飞、唐代治、黄庆泉、许玉红、李洪义

领导小组下设医改工作办公室，具体负责医疗保险日常事务的协调与处理。由唐代治同志兼任办公室主任，成员由黄庆泉、李洪义、许玉红、邓妮艳等同志组成。

(二) 在公司设立医保管理岗，负责员工医疗费用报销的具体业务。

三、企业补充医疗报销办法

(一) 公司北京、燕郊地区参保人员企业补充医疗实行手册制度。员工在单位报销医疗费时，必须出示本人的《企业补充医疗手册》，医院报销单据等，

方可按规定报销。

(二) 企业补充医疗共分五部分：

1、员工企业年度划拨金额以上，北京市大额医疗互助门急诊起付线（在职员工 2000 元、退休员工 1500 元）以下部分企业报销办法：

由公司人力资源部为员工个人、财务部提供每位员工当年基本医疗保险个人帐户中的企业年度划拨金额（此金额已由单位按月上交社保中心，由社保中心以存折形式按月支付给个人）。当本年度企业划拨金额用完之后，员工凭医疗单据按规定报销。其中在职员工报销 80%；退休、内退员工报销 85%；特殊病报销 90%。

（特殊病是指经北京市审批的恶性肿瘤放化疗、肾透析、肾移植后服抗排异药）。

具体实施办法是：

对员工在一个年度内门急诊费用超过企业划拨金额，但未达到北京市大额门急诊起付线的费用，在次年 1 月 8 日前，员工持本人的企业补充医疗手册、医疗单据和处方底方交医保管理岗审核签字，财务按企业补充医疗的规定一次性处理。

2、北京市大额医疗互助门急诊起付线以上、封顶线以下部分企业报销办法：

指门急诊费用在职员工 2000 元、退休员工 1500 元以上部分经北京市大额互助基金按一定比例（在职员工 50%、退休员工 70 岁以下 60%、70 岁以上 70%；2 万元封顶）报销后，回本单位再报销 80%；特殊病报销 90%。

具体实施办法是：

员工门急诊发生的医疗费用单据先由个人保存。对超过医保大额门急诊起付线的费用，员工持本人的企业补充医疗手册、医疗单据和处方底方交医保管理岗初审，由医保管理岗在每月 20 日前上报区医保中心。区医保中心审核后，认为符合规定的费用按比例报销。区社保中心在次月将报销金额和分割单通过银行返还给单位财务。财务根据社保支付后的分割单，按企业补充医疗规定的比例报销。

3、北京市医疗保险基金起付线及起付线以上、封顶线以下部分企业报销

办法：

1) 住院和特殊病门诊起付线（即上一年北京市职工平均工资的 10%左右，2001 年、2002 年均为 1300 元，第二次住院减半）以内部分：公司每次报销 50%。

2) 住院和急诊抢救留观并收入住院治疗的，其住院前留观 7 日内的医疗费用以及特殊病的门诊费用：基本医疗保险基金根据不同级别医院及结算期报销一定比例（封顶线为上一年本市员工平均工资的 4 倍，2002 年为 5 万元）后，回公司再报销 60%。

4、北京市基本医疗保险基金封顶线以上、大额医疗互助封顶线以下部分企业报销办法：

北京市基本医疗保险基金封顶线 5 万元以上部分的医疗费用，经大额医疗互助基金报销 70%（10 万元封顶）后，回公司再报销 90%。

对于以上第 3、4、条的具体实施办法是：

员工住院及特殊病的门诊费用，按规定应由个人自付部分先由员工支付（个人自付部分预交金标准附后），出院后员工持本人的企业补充医疗手册、住院证明、定点医疗机构分割单，由医保管理岗审核签字，财务按企业补充医疗规定的比例报销。

5、北京市大额医疗互助基金停止支付后企业报销办法：

大额医疗互助门急诊封顶线 2 万元以上部分费用，公司报销 90%。

大额医疗互助住院及特殊病门诊封顶线 10 万元以上部分费用，公司报销 95%。

具体实施办法是：

对北京市大额医疗互助基金停止支付后的 2 万元以上的超大额门急诊费用、10 万元以上的住院和特殊病门诊费用，原则上先由员工支付。员工在每月 20 日前持本人的企业补充医疗手册、医疗费用单据和处方底方交医保管理岗初审并经医改协调小组审批后，财务按企业补充医疗规定的比例报销。

（三）内退人员的报销办法

根据北京市规定，内退员工应按在职员工的规定参加基本医疗保险。考虑到内退员工的实际情况以及总公司对内退员工的规定，决定内退员工发生的大

额门急诊起付线以下的费用执行本暂行规定对退休员工的报销比例，与北京市社保支付段衔接的部分，企业补充医疗报销比例与在职员工相同。

(四) 员工有下列情况之一的，企业补充医疗不予报销。

- 1、非本人定点医疗机构就诊的，但急诊除外；
- 2、在非定点零售药店购药的；
- 3、因交通事故、医疗事故或其他责任事故造成伤害的；
- 4、因本人吸毒、打架斗殴或因其他违法行为造成伤害的；
- 5、因自杀、自残、酗酒等原因进行治疗的；
- 6、因私在国外或者香港、澳门特别行政区以及台湾地区治疗的。

四、企业划拨金额计算基数的核定

1、在职员工企业划拨基数的核定标准按上一年企业上报国家统计局的劳动情况表（104表）上的工资总额计算。

2、新参加工作或新调入的（以前未参加医保）符合企业补充医疗条件的员工，个人补充医疗手册上第一年企业划拨基数的核定以调入单位第一个月的岗薪、岗奖、工龄工资之和为准。从第二年起，其划拨基数的核定标准同其他在职员工。

3、被派到国外或者香港、澳门特别行政区及台湾地区（不含临时派出）工作并执行国外工资的员工，其当年企业划拨基数的核定同在职员工，次年划拨基数按上一年本单位员工平均工资增长率进行调整。

4、内退员工企业划拨基数的核定标准以本人上一年末的档案工资为准。

以上员工企业划拨基数的上、下限以及核定时间、划拨比例的调整时间均按北京市医改文件规定执行。

五、处罚

(一) 员工就医执行北京市基本医疗保险参保人员就医管理暂行办法和本企业补充医疗保险规定。有下列行为者，视情节轻重，给予批评、通报处分、直至取消其享受企业补充医疗的资格。

- 1、将本人《医疗手册》转借他人或持他人《医疗手册》办理报销手续的；
- 2、私自伪造、涂改处方、单据等有关医疗资料的；
- 3、其他违反本规定行为的。

(二) 医保管理岗要根据本办法制定具体措施，切实加强管理。如有违反企业补充医疗规定的行为将视其情节轻重给予批评、通报或处分。

六、女员工生育的医疗费用，按照北京市医疗保险规定执行。

七、员工因患工伤、职业病的医疗费用，按照北京市工伤保险的有关规定执行。

八、本暂行规定从**2002年11月1日**起执行。

附：住院个人自付部分预交金标准

押金 住院 费用	三级医院		二级医院		一级医院	
	在职 员工	退休 员工	在职 员工	退休 员工	在职 员工	退休 员工
10000	3100	2400	2900	2300	2700	2100
30000	6100	4200	5500	3800	4700	3300
40000	7100	4800	6300	4300	5200	3600
50000	7600	5100	6600	4500	5500	3800