

厦门市人民政府关于修改 《厦门市城镇职工基本医疗保险规定》的决定

(2016年3月7日厦门市人民政府令第163号公布 自2016年3月7日起施行)

为进一步完善城镇职工基本医疗保险制度，决定对《厦门市城镇职工基本医疗保险规定》作如下修改：

一、第五条修改为：“基本医疗保险费由用人单位和职工个人共同缴纳。

基本医疗保险缴费基数及费率由市人民政府确定并公布。”

二、删除第六条。

三、删除第二十七条。

本决定自公布之日起施行。

《厦门市城镇职工基本医疗保险规定》根据本决定作相应修改并对条文顺序作相应调整，重新公布。

厦门市城镇职工基本医疗保险规定

(2003 年 11 月 28 日厦门市人民政府令第 108 号公布，根据 2006 年 9 月 9 日厦门市人民政府令第 122 号公布的《厦门市人民政府关于修改、停止执行部分市政府规章的决定》、2012 年 3 月 8 日厦门市人民政府令第 148 号公布的《厦门市人民政府关于废止和修改部分市政府规章的决定》和 2016 年 3 月 7 日厦门市人民政府令第 163 号公布的《厦门市人民政府关于修改<厦门市城镇职工基本医疗保险规定>的决定》修改)

第一章 总 则

第一条 为健全和完善城镇职工基本医疗保险制度，保障职工基本医疗，维护职工合法权益，促进社会主义市场经济发展，根据《中华人民共和国劳动法》、《社会保险费征缴暂行条例》和《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》，结合本市实际，制定本规定。

第二条 本市行政区域内的下列用人单位和职工应当依照本规定参加城镇职工基本医疗保险：

- (一)国家机关及其工作人员，事业单位及其职工；
- (二)国有企业、城镇集体企业、外商投资企业、城镇私营企业

和其他城镇企业及其职工；

(三)社会团体及其专职工作人员，民办非企业单位及其职工；

(四)境外企业驻厦代表机构及其中方职工。

上述用人单位中的职工、工作人员指具有本市城镇户籍的从业人员。

上述用人单位的退休人员适用本规定。

第三条 城镇职工基本医疗保险坚持基本医疗保险的水平与本市生产力发展水平相适应的原则；坚持城镇所有用人单位及其职工都参加基本医疗保险，实行属地管理的原则；坚持基本医疗保险费由用人单位和职工共同负担的原则；坚持基本医疗保险实行社会统筹和个人账户相结合的原则。

第四条 市劳动和社会保障行政部门负责本规定的组织实施。社会保险经办机构具体承办城镇职工基本医疗保险业务。

第二章 基本医疗保险费的征缴

第五条 基本医疗保险费由用人单位和职工个人共同缴纳。

基本医疗保险缴费基数及费率由市人民政府确定并公布。

第六条 1998年6月30日以前退休的人员参加基本医疗保



险，不再缴纳基本医疗保险费。

1998年7月1日以后退休的参保人员，退休时缴纳基本医疗保险费的年限累计男满25年、女满20年的，不再缴纳基本医疗保险费；符合国家规定辞职、因病退休、特殊工种退休等，按规定递减计算基本医疗保险缴费年限，但递减后的缴费年限标准不低于15年。不足上述缴费年限的，须于退休时以上年度全市职工平均工资为缴费基数，其中经市劳动和社会保障部门按有关规定认定的困难人员以上年度全市职工平均工资的60%为缴费基数，按照当年用人单位和个人的缴费比例之和一次性缴足基本医疗保险费，方可享受退休人员基本医疗保险待遇。补缴的基本医疗保险费按补缴时个人所处年龄段的比例一次性划入个人医疗账户，其余进入社会统筹医疗基金。

1998年6月30日前符合国家规定的连续工龄或工作年限以及缴交基本养老保险费的年限，视同缴交基本医疗保险年限，1998年7月1日后从异地调入或从军队转业、复员、退伍到本市工作并办理基本医疗保险转移手续的，其调入或转业、复员、退伍前符合国家规定的连续工龄或工作年限以及缴交基本养老保险费的年限视同缴交基本医疗保险年限。

第七条 企事业单位因破产、撤销、解散或者其他原因终止

的，须为其终止时在册的在职职工，以上年度全市职工平均工资作为基数，按用人单位与职工个人的缴费比例之和一次性缴清两年的基本医疗保险费，其原在职职工享受两年的基本医疗保险待遇。

第八条 用人单位有下列情形之一的，可向社会保险费征缴部门申请缓缴基本医疗保险费：

(一)进入破产程序的；

(二)生产经营发生严重困难，停产整顿 3 个月以上且不能足额支付工资的；

(三)因自然灾害造成严重损失，无法正常生产经营的；

(四)按规定办理歇业手续的；

(五)法律法规规定的其他情形。

缓缴期最长为 6 个月，期满后应当如数补缴应缴的基本医疗保险费及其利息，缓缴期内免收滞纳金。

第九条 用人单位缴纳的基本医疗保险费依现行财政体制和现有资金渠道按下列规定列支：

(一)国家机关、事业单位、社会团体，在“社会保障费”中列支；

(二)企业和其他用人单位，按一定比例在“职工福利费”和“劳

动保险费”中列支。

第十条 用人单位应在依法成立之日起 30 日内向社会保险费征缴部门办理基本医疗保险登记。用人单位应在录用职工之日起 30 日内为其办理基本医疗保险，逾期办理的，应补缴自录用之日起的基本医疗保险费。

第十一条 用人单位名称、住所、单位类型、法定代表人或负责人、开户银行账号等登记事项发生变更或用人单位依法终止的，应自变更或者终止之日起 30 日内向社会保险费征缴部门办理变更或者注销登记手续。

用人单位出现参保人员辞退、辞职、退休、死亡等情形的，应在 30 日内向社会保险费征缴部门办理变更手续，并重新核定基本医疗保险费的应缴数额。

第十二条 每年 7 月 1 日至次年 6 月 30 日为一个基本医疗保险年度。基本医疗保险年度的缴费基数和划拨个人医疗账户的基数以上一自然年度职工工资总额，养老金或退休金总额计算，年度内不再变更。

用人单位应在每年 4 月 20 日至 6 月 10 日申报上一自然年度职工工资总额、养老金或退休金总额，已纳入退休社会化管理的退休人员，其养老金或退休金总额由各级退休社会化管理机构负

责申报。

第三章 社会统筹医疗基金和个人医疗账户

第十三条 用人单位和参保人员缴纳的基本医疗保险费形成基本医疗保险基金，基本医疗保险基金划分为社会统筹医疗基金和个人医疗账户资金。

第十四条 社会保险经办机构为每一参保人员建立个人医疗账户，设立基本医疗保险号码，制发基本医疗保险 IC 卡。基本医疗保险 IC 卡是参保人员就医、购药和结算医疗费用的专用凭证。

第十五条 个人医疗账户资金的全年额度于每年7月1日按下列规定一次性划入个人医疗账户：

(一)职工个人缴纳的基本医疗保险费，全部划入个人医疗账户；

(二)用人单位缴纳的基本医疗保险费，按下列年龄段划入个人医疗账户：不满35岁的按用人单位缴费的20%划入；35岁以上不满50岁的，按30%划入；50岁以上的，按40%划入；

退休人员按本人上年度养老金或退休金总额的8%划入个人医疗账户。

第十六条 用人单位缴纳的基本医疗保险费按第十五条规定的比例划入个人医疗账户后，其余的部分进入社会统筹医疗基金。

按本规定收取的滞纳金以及其它收入纳入社会统筹医疗基金。

第十七条 个人医疗账户资金归个人所有，专用于本人的医疗支出，年终结余部分，按有关规定计息后，转入下年度继续使用。

第十八条 参保人员调离本市的，应按规定办理基本医疗保险关系转移手续，基本医疗保险 IC 卡注销，其个人医疗账户实际结余资金随同转移。

从外地调入本市的人员，应办理基本医疗保险关系转移手续并转入其个人医疗账户资金。

第十九条 参保人员死亡的，其基本医疗保险关系终止，个人医疗账户实际结余资金划入合法继承人的个人医疗账户，继承人未参加基本医疗保险的，个人医疗账户实际结余资金可一次性支付给继承人，没有合法继承人的，个人医疗账户实际结余资金划入社会统筹医疗基金。

第四章 基本医疗保险待遇

第二十条 参保人员发生的医疗费用按照城镇职工基本医疗保险基金支付范围（含基本医疗保险药品目录、基本医疗保险诊疗项目、基本医疗保险基金最高控制标准等）的有关规定执行。

第二十一条 在一个基本医疗保险年度内，参保人员的基本医疗保险待遇按门诊、住院、家庭病床、购买药品四种情况分别计付。

第二十二条 参保人员发生的门诊医疗费用，先用个人医疗账户支付。个人医疗账户用完后由个人用现金支付社会统筹医疗基金的起付标准：在职参保人员为上年度全市职工平均工资的9%，退休人员为4%。起付标准以上的医疗费用个人按下列规定支付，其余由社会统筹医疗基金支付：

(一)医疗费用不满5000元的部分，在三级医疗机构就医的，个人负担28%；在二级医疗机构就医的，个人负担23%；在一级及一级以下医疗机构就医的，个人负担15%；

(二)医疗费用在5000元至10000元的部分，在三级医疗机构就医的，个人负担15%；在二级医疗机构就医的，个人负担10%；在一级及一级以下医疗机构就医的，个人负担6%；



(三)医疗费用超过 10000 元的部分，在三级医疗机构就医的，个人负担 10%；在二级医疗机构就医的，个人负担 7%；在一级及一级以下医疗机构就医的，个人负担 4%。

退休人员负担比例为上述在职参保人员个人负担比例的一半。

第二十三条 参保人员发生的住院医疗费用，先由个人用现金或个人医疗账户资金支付社会统筹医疗基金的起付标准：首次住院，三级医疗机构为上年度全市职工平均工资的 6%、二级医疗机构 4%、一级医疗机构为 2%，退休人员的起付标准减半计算；二次以上住院，起付标准降低一个百分点，但最低不低于上年度全市职工平均工资的 1%。起付标准以上的医疗费用个人按下列规定支付，其余由社会统筹医疗基金支付，年度内多次住院的医疗费用累计计算：

(一)医疗费用不满 10000 元的部分，在三级医疗机构就医的，个人负担 16%；在二级医疗机构就医的，个人负担 12%；在一级医疗机构就医的，个人负担 8%；

(二)医疗费用在 10000 元至 20000 元的部分，在三级医疗机构就医的，个人负担 8%；在二级医疗机构就医的，个人负担 6%；在一级医疗机构就医的，个人负担 4%；

(三)医疗费用超过 20000 元的部分，在三级医疗机构就医的，个人负担 6%；在二级医疗机构就医的，个人负担 4%；在一级医疗机构就医的，个人负担 2%。

退休人员个人负担的比例为上述在职参保人员个人负担比例的一半。

第二十四条 参保人员发生的家庭病床医疗费用，先由个人用现金或个人医疗账户资金支付社会统筹医疗基金的起付标准：每次办理家庭病床，三级医疗机构为上年度全市职工平均工资的 3%，二级医疗机构为 2%，一级及一级以下医疗机构为 1%，退休人员的起付标准减半计算。起付标准以上的医疗费用个人按下列规定支付，其余由社会统筹医疗基金支付。

(一)在三级医疗机构办理家庭病床的，个人负担 20%；

(二)在二级医疗机构办理家庭病床的，个人负担 15%；

(三)在一级及一级以下医疗机构办理家庭病床的，个人负担 5%。

退休人员个人负担比例为上述在职参保人员个人负担比例的一半。

第二十五条 参保人员可使用本人个人医疗账户资金到定点医疗机构进行体格检查或者到定点零售药店购买基本医疗保

险用药目录内的非处方药品，或持定点医疗机构盖章的处方到定点零售药店购买基本医疗保险药品目录内的处方药品。

参保人员每一基本医疗保险年度可用于体格检查和购买药品的个人账户资金额度，由市劳动和社会保障行政部门会同市财政部门根据基本医疗保险基金的运行情况确定，并于每一基本医疗保险年度初向社会公布。

第二十六条 参保人员因自付医疗费用过多影响基本生活的，通过建立医疗困难救助基金予以适当补助，具体办法另定。

第二十七条 异地工作人员、长期居住异地的退休人员可选择当地三所定点医疗机构就医，选择一所当地的定点零售药店购药，并向市社会保险经办机构报备后，所发生的医疗费用持有效凭证到社会保险经办机构审核结算。

参保人员在外出期间患急性病或紧急救治时可就近就医，所发生的医疗费用持有效凭证到社会保险经办机构审核结算。

第二十八条 参保人员患有国家规定的甲类传染病所发生的医疗费用，经市社会保险经办机构会同有关部门确认后，由社会统筹医疗基金全额支付，不计入年度社会统筹医疗基金最高支付限额。

第二十九条 参保人员确因病情需要转到异地就医的，须经

本人或代理人申请，由三级或专科定点医疗机构签署转外就医建议书，经市社会保险经办机构核准后，方可转外就医。因病情危急，来不及办理转外就医手续的，须于转外就医之日起7日内补办。

转外就医所发生的医疗费用，于治疗终结后，持有效凭证到社会保险经办机构审核结算，其符合规定的医疗费用先由个人负担10%后，再按第二十二条、第二十三条的规定支付。

第三十条 用人单位录用员工之日起至基本医疗保险缴费生效前参保人员发生的医疗费用由用人单位负责。

用人单位录用员工逾期办理基本医疗保险，其补缴生效前参保人员发生的医疗费用由用人单位负责；补缴生效后6个月内发生的医疗费用只能使用个人医疗账户资金支付，不能使用社会统筹医疗基金支付，本属社会统筹基金支付的部分由用人单位承担；补缴生效6个月后，按基本医疗保险医疗费用支付办法执行。

第三十一条 用人单位不按规定缴纳基本医疗保险费，社会保险经办机构从次月起暂停该单位在职参保人员享受社会统筹医疗基金支付医疗费用的待遇，暂停期间所发生的本属社会统筹医疗基金支付的医疗费用由用人单位承担。

第三十二条 参保人员在一个基本医疗保险年度内发生的

医疗费用必须在下一个基本医疗保险年度开始后的 3 个月内（即 9 月 30 日前）结算完毕，参保人员死亡的，其亲属应在 3 个月内结清医疗费用。除不可抗力因素外，逾期办理的，社会保险经办机构不予结算医疗费用。

第五章 基本医疗保险服务与管理

第三十三条 基本医疗保险实行定点医疗机构和定点零售药店管理。本市辖区内依法开业的医疗机构和零售药店，均可向市劳动和社会保障行政部门申请承办基本医疗保险服务业务，经批准取得定点服务资格的医疗机构和零售药店，颁发定点医疗机构和定点零售药店资格证书。定点医疗机构和定点零售药店资格实行年审制度。

第三十四条 社会保险经办机构与定点医疗机构、定点零售药店应签订基本医疗保险服务协议，明确双方的责任、权利和义务。

第三十五条 参保人员凭本人基本医疗保险 IC 卡自主选择定点医疗机构就医、定点零售药店购药。参保人员每次就诊或购药时，使用本人基本医疗保险 IC 卡直接与定点医疗机构或定点

零售药店结算医疗费用或药品费用：属个人现金自付的部分，由个人直接支付给定点医疗机构或定点零售药店，属个人医疗账户和社会统筹医疗基金支付的部分，由定点医疗机构或定点零售药店与社会保险经办机构结算。

第三十六条 定点医疗机构和定点零售药店应加强医务人员和服务人员的业务技术培训和职业道德教育，制定和完善必要的制度，提供优质服务，保证医疗和药品质量，坚持因病施治，合理用药，合理检查，合理治疗，合理收费，并将所开药品及所作的各类检查、治疗在规定的凭证上记录，提供医疗费用清单，接受市劳动和社会保障行政部门和有关部门的检查与监督。

第三十七条 定点医疗机构和定点零售药店必须执行国家、省、市卫生部门、市药品监督管理部门制定的诊疗技术规范和管理规定，执行国家、省、市物价部门制定的医疗服务项目收费标准和药品价格规定。

第三十八条 社会保险经办机构、定点医疗机构、定点零售药店及其工作人员违反本规定，任何单位和个人均可向劳动和社会保障行政部门及相关部门举报。

第三十九条 定点医疗机构和定点零售药店应配置医疗保险电脑管理系统终端，同社会保险经办机构联网运行。



第四十条 定点医疗机构及其工作人员在提供基本医疗服务过程中，不得有下列行为：

(一)不按规定结算医疗费用，将非定点医疗机构的医疗费用、非基本医疗保险基金支付范围内的医疗费用、非参保人员本人的医疗费用列入基本医疗保险基金支付，或将应由个人负担的医疗费用纳入社会统筹医疗基金支付；

(二)将不符合住院标准的参保人员收治住院治疗，或故意延长参保病人住院时间，或挂名住院、造假病历，或采取分解门诊、分解住院及其他手段套取基本医疗保险基金；

(三)拒绝收治本医疗机构收治范围内的病人，或拒绝使用基本医疗保险 IC 卡结算医疗费用；

(四)不坚持因病施治，故意限制门诊处方金额以及住院医疗费用，或进行与疾病无关的治疗和用药；

(五)故意不提供基本医疗保险药品目录内的药品或本医疗机构已开展的医疗服务项目；

(六)不执行规定的医疗服务项目收费标准和药品价格，以及违反价格管理有关规定收费；

(七)其他造成基本医疗保险基金损失的行为。

第四十一条 定点零售药店及其工作人员在提供基本医疗

服务过程中，不得有下列行为：

(一)不按处方配药；

(二)不核验基本医疗保险 IC 卡，将非参保对象的购药费用纳入基本医疗保险基金支付；

(三)将处方药品换成基本医疗保险药品目录以外的药品或其他物品；

(四)将处方药品作为非处方药品零售给参保人员；

(五)采取伪造处方、医疗费用单据等手段，骗取基本医疗保险基金；

(六)不执行规定的药品价格以及违反药品价格管理有关规定收费；

(七)其他造成基本医疗保险基金损失的行为。

第四十二条 参保人员及其他人员在就医、购药和结算医疗费用过程中，不得有下列行为：

(一)将本人的基本医疗保险 IC 卡转借他人就医和购药；

(二)冒用他人的基本医疗保险 IC 卡就医和购药；

(三)伪造、涂改处方、医疗费用单据、医疗文书等凭证，虚报冒领医疗费；

(四)利用基本医疗保险 IC 卡获取其他非法利益；

(五)其他造成基本医疗保险基金损失的行为。

第六章 基本医疗保险基金管理和监督

第四十三条 基本医疗保险基金实行统一征缴、统一管理和统一支付。基本医疗保险基金坚持以收定支、收支平衡的原则，社会统筹医疗基金和个人医疗账户分开核算、各自平衡。

第四十四条 基本医疗保险基金实行财政专户管理、专款专用，不得挤占、挪用。市劳动和社会保障行政部门、市财政部门负责对基本医疗保险基金的管理和监督。市财政部门根据市劳动和社会保障行政部门提出的意见，在双方共同协商的基础上，制定基本医疗保险基金保值增值方案。审计部门负责对基本医疗保险基金收支情况和管理情况进行审计。

第四十五条 社会保险经办机构根据定点医疗机构、定点零售药店每月实际发生的基本医疗保险基金支出数结算符合规定的医疗费用，并预留部分医疗费用作为保证金，按基本医疗保险年度考核情况给付。

基本医疗保险医疗费用结算办法和基本医疗保险年度考核办法由市劳动和社会保障行政部门会同市财政、卫生部门另行制

定。

第四十六条 基本医疗保险基金不计征税、费。

第四十七条 设立由人大代表、政协委员、市政府有关部门代表、用人单位代表、医疗机构代表、职工代表和有关专家组成的基本医疗保险基金监督组织，定期检查基本医疗保险基金的收支管理情况。

第四十八条 社会保险经办机构应执行统一的基本医疗保险基金预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。

第四十九条 用人单位和个人有权向社会保险费征缴部门查询基本医疗保险费的缴交及个人医疗账户资金收支情况。

社会保险费征缴部门在基本医疗保险年度内应向参保单位或参保个人提供载有参保人员缴费和个人医疗账户情况的清册。

第五十条 社会保险费征缴部门有权稽核用人单位的有关账目、报表，核实参保人员、缴费工资基数和养老金或退休金。

第五十一条 用人单位应主动配合社会保险经办机构做好基本医疗保险的管理工作，指定专、兼职人员做好本单位的基本医疗保险管理业务，并定期向每一名参保人员提供年度缴费工资基数、基本医疗保险费的缴交情况以及个人医疗账户情况，接受参保人员的监督。



第五十二条 用人单位在办理基本医疗保险业务过程中，不得有下列行为：

- (一)将不符合参保条件的人员办理基本医疗保险；
- (二)少报工资总额、多报养老金或退休金；
- (三)将因患有疾病不符合招工条件的人员临时招聘到单位工作，为其办理基本医疗保险；
- (四)向社会保险经办机构提供虚假凭证，造成基本医疗保险基金损失；
- (五)不按规定办理变更手续，造成基本医疗保险基金损失；(六)其他造成基本医疗保险基金损失的行为。

第五十三条 市劳动和社会保障行政部门可根据社会经济发展及基本医疗保险基金的收支情况，对基本医疗保险费的征缴比例、个人医疗账户划入比例、基本医疗保险待遇标准等提出调整意见，经市人民政府批准后实施。

第七章 法律责任

第五十四条 用人单位未按本规定办理基本医疗保险登记、变更、注销手续，或者未按规定申报应缴纳的基本医疗保险费数

额的，责令限期改正，并按《社会保险费征缴暂行条例》处罚。

第五十五条 拒缴、拖欠或少缴、漏缴等迟延缴纳基本医疗保险费的，由社会保险费征缴部门向用人单位发出缴费通知书，用人单位在通知书送达之日起 15 日内必须缴清基本医疗保险费；逾期仍不缴纳的，按照法律规定自欠缴之日起按日加收欠滞纳金，对直接负责的主管人员和其他责任人员按照有关规定处罚。

第五十六条 定点医疗机构及其工作人员有本规定第四十条规定情形之一，造成基本医疗保险基金损失的，追回经济损失；情节严重的，暂停其基本医疗保险服务资格 2 个月以上 6 个月以下，情节特别严重的，取消定点医疗机构资格。

定点医疗机构及其工作人员有本规定第四十条第(一)、(二)、(三)、(四)、(五)、(七)项情形之一，对单位可处 5000 元以上 20000 元以下的罚款，对直接负责的主管人员和其他直接责任人可处 500 元以上 1000 元以下的罚款。

第五十七条 定点零售药店及其工作人员有本规定第四十一条规定情形之一，造成基本医疗保险基金损失的，追回经济损失；情节严重的，暂停其基本医疗保险服务资格 2 个月以上 6 个月以下，情节特别严重的，取消定点零售药店资格。

定点零售药店及其工作人员有本规定第四十一条第(二)、(三)、

(四)、(五)、(七)项情形之一，对单位可处 5000 元以上 20000 元以下的罚款，对直接负责的主管人员和其他直接责任人可处 500 元以上 1000 元以下的罚款。

第五十八条 参保人员及其他人员有本规定第四十二条规定情形之一，暂停参保人员基本医疗保险待遇 2 个月以上 6 个月以下；造成基本医疗保险基金损失的，追回经济损失，并可处 500 元以上 1000 元以下的罚款。

第五十九条 用人单位有本规定第五十二条规定情形之一，造成基本医疗保险基金损失的，追回经济损失。

用人单位有本规定第五十二条第(一)、(三)、(四)、(五)、(六)项情形之一，对单位可处 5000 元以上 20000 元以下的罚款，对直接负责的主管人员和其他直接责任人可处以 500 元以上 1000 元以下的罚款。

第六十条 在基本医疗服务过程中，定点医疗机构和定点零售药店工作人员与参保人员相互串通，利用基本医疗保险 IC 卡套取城镇职工基本医疗保险药品目录以外的药品或其它物品，以及利用基本医疗保险 IC 卡获取城镇职工基本医疗保险基金支付范围以外的诊疗项目的，追回经济损失，对定点医疗机构和定点零售药店工作人员及参保人员可分别处 500 元以上 1000 元以下



的罚款。

第六十一条 劳动和社会保障行政部门和社会保险经办机构以及基本医疗保险费征缴部门工作人员滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守，造成基本医疗保险基金损失的，追回经济损失，依法给予行政处分，并可处 500 元以上 1000 元以下的罚款。

第六十二条 违反本规定第四十条第(六)项、第四十一条第(一)项、第(六)项、第五十二条第(二)项情形的，由相关部门按有关规定处罚；本规定的其他行政处罚由劳动和社会保障行政部门作出。

第六十三条 当事人对行政处罚决定不服的，可以依法申请行政复议，也可依法提起行政诉讼。逾期不申请行政复议，也不提起行政诉讼，又不执行处罚决定的，由作出行政处罚决定的行政部门向人民法院申请强制执行。

第六十四条 违反本规定构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

第八章 附 则

第六十五条 不属本规定第二条规定，具有本市城镇户籍，男性未满 60 周岁，女性未满 55 周岁，有合法收入的从业人员，

可以以个人身份参加基本医疗保险，按 10% 的比例缴费，首次投保或中断缴费 3 个月以上续保的，6 个月内只能使用个人医疗账户资金支付医疗费用，不能使用社会统筹医疗基金支付。

上述人员首次投保时，按当月的缴费基数和缴费比例补缴自 1998 年 7 月至投保前一个月的基本医疗保险费后，其 1998 年 6 月以前符合国家规定的连续工龄、工作年限及缴纳基本养老保险费的年限视同基本医疗保险年限。

第六十六条 用人单位与参保人员之间，定点医疗机构、定点零售药店与参保人员之间发生有关基本医疗保险争议时，由争议方协商解决；协商不成的，可提请相关部门处理。

第六十七条 本规定所称工资总额按国家统计局的有关规定执行。

第六十八条 离休人员、老红军的医疗保障按本市有关规定执行，二等乙级以上革命伤残军人的医疗保障办法另行制定。

非本市城镇户籍的从业人员的基本医疗保险办法另行制定。

第六十九条 本规定自 2004 年 1 月 1 日起施行。厦门市人民政府 1999 年 7 月 1 日颁布的《厦门市城镇职工基本医疗保险暂行规定》同时废止。