

# 汕尾市人民政府文件

汕府〔2013〕2号

## 关于印发汕尾市城乡居民基本医疗保险 暂行办法（修订）的通知

各县（市、区）人民政府，市政府各部门、各直属机构：

《汕尾市城乡居民基本医疗保险暂行办法（修订）》业经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。



二〇一三年一月十日

# 汕尾市城乡居民基本医疗保险暂行办法

( 修 订 )

## 第一章 总 则

**第一条** 为健全社会医疗保险体系,保障城乡居民基本医疗需求,实现人人享有医疗保险的目标,根据国家和省的有关规定,结合本市实际,制定本办法。

**第二条** 城乡居民医疗保险的适应范围:

(一) 具有本市户籍,且未纳入职工基本医疗保险(以下简称职工医保)保障范围的城镇户籍居民和农村户籍居民(以下简称城乡居民);

(二) 在本市行政区域内各类学校以及托幼机构(以下简称学校)就读的非本市户籍在校学生;

(三) 本市行政区域内未纳入职工医保范畴的关闭、停产的国有、集体企业职工(以下统称“困难企业人员”),个人可自愿参加城乡居民医保;

(四) 在社保经办机构领取长期养老保险待遇且未纳入职工医保的退休人员,可申请参加城乡居民医疗保险(以下简称城乡居民医保)。

按照本办法参加城乡居民医保的人员统称为参保人。

**第三条** 城乡居民医保制度遵循参保人个人缴费与政府补助相结合、权利和义务相对等、保障水平与社会发展水平相适应

的原则。

**第四条** 城乡居民医保实行全市统一制度框架、统一管理体制、统一政策标准、统一基金管理、统一信息系统、统一经办服务。

**第五条** 城乡居民医保按自然年度结算，每年的1月1日至12月31日为一个医保结算年度。

**第六条** 城乡居民医保基金（以下简称医保基金）实行市级统筹、风险共担的机制。

医保基金实行年度结算，各县（市、区）医保基金收支当年出现赤字的，缺口部分由县（市、区）负担80%。次年第一季度由各县（市、区）财政全额划入市社会保障基金财政专户；未及时划入的，由市财政在转移支付、税收返还和市级补助县级的其他资金中扣缴。

**第七条** 人力资源和社会保障部门是城乡居民医保工作的主管部门，负责组织实施城乡居民医保工作。社保经办机构负责医保基金的筹集、待遇的给付、信息录入、参保登记等经办管理服务。

## 第二章 医疗保险基金的筹集

**第八条** 城乡居民医保基金按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则筹集，采取个人缴费和财政补助相结合的办法，医保基金由下列项目构成：

- (一) 个人缴费;
- (二) 财政补助;
- (三) 利息收入;
- (四) 依法应当纳入基金的其它资金。

**第九条** 城乡医保基金实行收支两条线管理，专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用。市级财政部门应设立医疗统筹基金财政专户，市社保经办机构设立收入户和支出户，各县（市、区）社保经办机构设立收入、支出分户。

社保经办机构负责城乡居民医保基金的征收工作。

**第十条** 参保人个人缴费标准由市人力资源和社会保障局会同市财政局根据国家、省的有关政策规定的标准结合我市实际确定。

低保对象、五保户、重度残疾人、低收入家庭60周岁以上的老人和未成年人、低收入重病患者、城镇无经济来源、无劳动能力、无法定赡养人或抚养人的“三无”人员、重点困难优抚对象以及各县（市、区）政府认定的特殊人群等参加城乡居民医保的个人缴费部分，按属地原则由各县（市、区）政府予以全额资助。由各镇（场、街道、办事处）上报县（市、区）民政局、残联确定名单后报送财政局，由财政局核定后划拨给各县（市、区）城乡居民保障基金“收入户”。

**第十一条** 市、县（市、区）财政对参保人的补助资金，按上级有关规定执行，并列入年度预算。

各级财政按当年2月底的参保人数核定当年的补助资金，于

当年6月底前将补助资金划拨至城乡居民医保基金财政专户。

**第十二条** 参保人在本办法实施起直接到社保经办机构办理参保登记手续。

村(居)委会应为本村(居)户籍居民集中造册,统一办理参保登记手续。

本市行政区域内各类学校以及托幼机构为本学校学生、幼儿集中造册,统一办理参保登记手续。

**第十三条** 参保人参加职工医保变更为城乡居民医保关系的,从变更次月起按城乡居民医保的规定参保缴费。参加城乡居民医保变更为职工医保关系的,从变更次月起按职工医保的规定参保缴费,其参加本市城乡居民医保的缴费年限可按一定比例折算为职工医保缴费年限并累积计算。具体折算办法另行规定。

**第十四条** 新迁入本市户籍的城乡居民,(包括合法收养子女入户、退伍军人复员、大中专毕业生等),须在入户一个月内办理参保登记手续。

**第十五条** 新生儿在出生之日起3个月内办理参保登记手续。

**第十六条** 参保人办理参保登记手续,须提供以下资料:

- (一) 城乡居民户口簿原件及复印件;
- (二) 身份证(二代)原件及复印件;
- (三) 特殊人群须持有关部门发放的有效证件。

**第十七条** 参保人办理参保登记手续后,凭医保缴费通知单,到社保经办机构指定的医保费征收网点缴费。

参保人应在每年第四季度缴纳下一年度的居民医保费,参保

人以村（居）委会为单位办理参保登记手续的，由村（居）委会代收医保费；参保人以学校为单位办理参保登记手续的，由学校代收代缴医保费。

村（居）委会、学校代收医保费后，应在5个工作日内到社保经办机构指定的医保费征收网点缴费。

**第十八条** 参保人首次办理参保登记，社保经办机构发给社会保障卡，作为参保人续保、就医、结算医疗费用的专用凭证。

### **第三章 医疗保险待遇**

**第十九条** 参保人因特殊情况在年度中途参保登记的，从缴费次月起开始享受待遇。

基本医疗保险待遇是指符合广东省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施报销范围，按照本办法规定标准可以报销的住院医疗费用。

**第二十条** 参加职工医保变更为参加城乡居民医保，从变更次月起按城乡居民医保有关政策享受待遇。参加城乡居民医保变更为职工医保，从中止城乡居民医保关系次月起停止享受城乡居民医保待遇，其医保待遇按职工医保的有关规定执行。

**第二十一条** 新生儿从出生当日起3个月内的医疗费用，凭《计划生育服务证》、户籍登记凭证、住院费用发票、费用清单等资料到社保经办机构报销。

**第二十二条** 城乡居民医保设置统筹基金起付标准，参保人

每次住院发生的基本医疗费用在起付标准以下的，由参保人自负。具体住院报销起付线，报销比例为：

（一）一级医院（镇卫生院、社区卫生服务中心）400 元；

（二）二级医院 600 元；

（三）三级医院 800 元；

（四）市辖区外医院一律为 800 元；

（五）在本市行政辖区内镇级卫生院、社区卫生服务中心住院发生的基本医疗费用，城乡居民医保基金支付 80%，个人负担 20%；

（六）在本市行政辖区内其他定点医疗机构住院发生的基本医疗费用，城乡居民医保基金支付 70%，个人负担 30%；

（七）在本市行政辖区外定点医疗机构发生的基本医疗费用，城乡居民医保基金支付 60%，个人负担 40%；

（八）在本市行政辖区内非定点医疗机构发生的基本医疗费用，城乡居民医保基金支付 50%，个人负担 50%；

（九）在本市行政辖区外非定点医疗机构发生的基本医疗费用，城乡居民医保基金支付 40%，个人负担 60%；

**第二十三条** 设立城乡居民基本医疗最高支付限额根据国家、省的要求结合本市基金收支情况由市人力资源和社会保障局会同市财政局确定。

超过年度最高支付限额的医疗费用，医保基金不予支付。

**第二十四条** 参保人在非定点医疗机构住院的，其医疗费用须于出院之日起60天内到社保经办机构办理医保费用报销手续，

逾期不予受理。

**第二十五条** 建立城乡居民医保普通门诊和特殊门诊制度，由市人力资源和社会保障局会同有关部门制定。

**第二十六条** 引入市场机制，鼓励商业保险公司经办大额医疗补助等补充医疗保险，解决参保人基本医疗保险起付线以上、国家规定的最高支付限额以内个人负担的医疗费用，或者超过基金年度最高支付限额等医疗费用。

补充医疗保险的资金来源可以由统筹基金、参保人等渠道解决，具体办法由人力资源社会保障部门会同财政部门拟订，报经市政府同意后实施。

**第二十七条** 下列费用城乡居民医保基金不予报销：

- (一) 应当从工伤保险基金中支付的；
- (二) 应当由第三人负担的；
- (三) 应当由公共卫生负担的；
- (四) 在境外就医的；
- (五) 其他法律法规规定不予支付的。

#### 第四章 医疗服务管理

**第二十八条** 参保人住院时，在入院前凭社会保障卡和诊断证明到社保经办机构办理住院登记手续。

参保人因生育或终止妊娠住院的，须提供《计划生育服务证》。

**第二十九条** 参保人因病情危急需先行住（转）院的，可先住（转）院，并在住（转）院当天起5个工作日内凭有关证明材料补办住院登记手续。

**第三十条** 城乡居民医保实行定点医疗管理。除定点医疗机构条件限制、急诊、参保人异地定居或者长期在外地工作外，参保人应在本市城乡居民医保定点医疗机构就医。

定点医疗机构的资格由市人力资源和社会保障局根据国家、省的有关规定审查确定。市社会保险基金管理局与定点医疗机构订立有关医疗保险的服务协议，明确双方的责任、权利和义务。

定点医疗机构及其医务人员要认真核实参保人的身份，坚持出入院标准，并按基本医疗保险范围提供基本医疗服务，遵守诊疗技术规范，合理诊疗，合理用药，因病施治，优质服务，减少医疗资源浪费。

定点医疗机构及其医务人员提供超出基本医疗保险范围的医疗服务和药品，要向参保人（或其家属）说明并征得其同意，其费用不得在基金中开支，由参保人自付。

**第三十一条** 参保人因病情需到非定点医疗机构就医的，属危急病的，须在办理住院登记时出具危急病诊断证明；属异地居住或长期在外地工作的，须在办理住院登记时提供异地居住或长期在外地工作的证明材料；因本地医疗条件所限须转往外地就医的，须出具首诊医疗机构转院证明。

**第三十二条** 城乡居民医保住院费用采用按总额预付付费、人均次住院费用付费、按病种付费和按服务项目付费等方式结

算。具体结算办法由市人力资源和社会保障部门会同市财政部门制定。

**第三十三条** 参保人在定点医疗机构就医发生的医疗费用，属于医保基金支付的，由定点医疗机构与社保经办机构采用信息系统联网实时结算；属于个人负担部分费用，由参保人与定点医疗机构结清。

**第三十四条** 参保人在非定点医疗机构就医发生的医疗费用，在出院后凭参保人身份证、医疗费用发票、诊断证明、医疗费用清单、出院小结等资料到社保经办机构报销。

## 第五章 监督和处罚

**第三十五条** 各级社保基金监督委员会依法对城乡居民医保基金的筹集、使用和管理进行监督。审计机关依法对基金进行审计监督。财政部门对基金管理使用实施监督。

**第三十六条** 参保人有下列行为之一的，由社保经办机构追回违规费用，并由市、县（市、区）人社部门依据相关法律、法规和规章的规定进行处理：

（一）为他人冒用自己身份就医，骗取医保待遇提供便利条件的；

（二）伪造病历、处方、疾病诊断证明和医疗费用票据等资料，骗取医保基金的；

（三）与定点机构或者其他人员串通，骗取医保基金的；

(四) 其他违反城乡居民医保制度，造成基金流失的行为。

**第三十七条** 定点医疗机构有下列行为之一的，依照有关规定由社保经办机构追回违规费用。同时，视其情节轻重，由市、县（市、区）人社部门给予通报、暂停定点资格、取消定点资格：

(一) 不认真查验身份，将非城乡居民医保对象的医疗费用，记入城乡居民医保帐内；

(二) 将应由个人自付的医疗费用，记入统筹基金帐内的；

(三) 非法替换药品的；

(四) 利用各种手段，非法获得统筹基金的；

(五) 不执行诊疗常规，不坚持出入院标准，将不符合入院条件的病人收入院治疗；或任意延长病人住院时间，采用病人挂名住院，做假病历行为的；

(六) 扩大病种范围的；

(七) 违反其它有关规定的。

**第三十八条** 社保经办机构及其工作人员有下列行为之一者，视情节轻重，由所在单位或纪检、监察机关依照有关规定给予党纪政纪处分，触犯刑律的移交司法机关依法追究刑事责任。

(一) 工作失职、渎职或者违反财经纪律造成城乡居民医保基金损失的；

(二) 与参保人或者定点机构串通，将自付医疗费用列入城乡居民医保基金支付的；

(三) 征收医保费或者审核医疗费用时徇私舞弊的；

(四) 利用职权或者工作之便索贿受贿，牟取私利的；

(五)其他严重违反基本医疗保险规定,侵害参保人利益的。

## 第六章 附 则

**第三十九条** 市人力资源和社会保障部门、市财政部门可根据我市社会经济发展、医保基金的收支情况以及上级有关规定,对医保费用的筹集标准和待遇标准提出调整意见,经市政府批准后实施。

**第四十条** 本办法自2013年1月1日起施行。原城镇居民医保、新型农村合作医疗有关政策如与本办法相抵触,以本办法为准。

**第四十一条** 本办法由市人力资源和社会保障局负责解释。

公开方式: 主动公开

主题词: 人力资源 医疗保险 办法 通知

抄送: 市委各部委办, 市人大办, 市政协办, 市纪委办, 汕尾军分区司令部, 市中级人民法院, 市检察院, 各民主党派, 驻汕尾有关单位。

汕尾市人民政府办公室

2013年1月14日印发