

梧州市人民政府关于印发我市城镇居民基本医疗保险暂行办法的通知 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E6_A2_A7_E5_B7_9E_E5_B8_82_E4_c80_304350.htm

梧州市人民政府关于印发我市城镇居民基本医疗保险暂行办法的通知梧政

发[2007]42号 各县（市、区）人民政府，市政府各部门，各有关企事业单位：《梧州市城镇居民基本医疗保险暂行办法》已经市人民政府第10次常务会议讨论通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。二 七年八月三十一日梧州市城镇居民

基本医疗保险暂行办法 第一章 总则 第一条 为进一步建立健全本市多层次医疗保障体系，构建和谐社会，保障城镇居民的基本医疗需求，根据《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》（国发〔2007〕20号）、国务院城镇居民基本医疗保险部际联席会议《关于认定2007年城镇居民基本医疗保险试点城市名单的批复》（劳社部函〔2007〕174号）的精神，结合本市实际，制定本暂行办法。 第二条 本暂行办法所称城镇居民基本医疗保险制度，是一项由政府和个人共同筹资，以大病统筹为主、主要解决参保居民的住院和门诊大病医疗支出问题的医疗保险制度。 第三条 本市城镇居民基本医疗保险（以下简称居民医疗保险）坚持低水平起步、广覆盖、属地治理的原则；坚持自愿的原则；坚持以收定支、收支平衡、保大病、保当期的原则；坚持统筹协调，做好各类医疗保障制度之间基本政策、标准和治理措施等衔接的原则。 第四条 市劳动保障部门要做好市政府参谋，负责做好居民医疗保险治理、监督指导和发展计划。市发展改革部门负责将居民医疗保险制度建设纳入国民经济和社会发

展规划，研究完善医疗服务收费标准和药品价格治理办法。市财政部门负责制定居民参加医疗保险财政补助政策，做好财政补助资金的安排、拨付和基金的监督治理工作。市卫生部门要深化医疗卫生体制改革，加大社区卫生服务机构建设，加强医疗服务监管，规范医疗服务行为，不断提高医疗服务质量和服务水平，为城镇各类人员提供质优价廉的服务。市民政局负责做好城镇低保人员的认定，协助领取最低生活保障金人员办理参保手续。市教育部门负责组织职业高中、中专等职业学校、中小学等全日制学校在校生及幼儿园在园儿童参加居民医疗保险工作。市残联负责确认城镇持有残疾人证的残疾群体，并协助做好该群体参保组织实施工作。各城区政府负责协调有关工作，各街道办事处要充分发挥各基层劳动保障平台的作用，负责辖区城镇居民参保登记、缴费工作。市医疗保险经办机构负责居民医疗保险的具体实施。

第五条 居民医疗保险财政补助资金纳入每年财政预算。

第六条 居民医疗保险基金实行收支两条线治理，单独进行会计核算，专款专用，任何单位和个人不得挤占、挪用。居民医疗保险基金当年不足支付的部分，由统筹地区财政解决。

第二章 参保范围和对象

第七条 参加居民医疗保险的人员（以下简称参保人员）范围：不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的非从业本市户籍的成年居民（以下简称一类参保人员），其中持有《梧州市最低生活保障金领取证》并在领取居民最低生活保障金期间人员（以下简称二类参保人员）；中小学阶段的学生（包括职业高中、中专、技校学生）、少年儿童（以下简称三类参保人员）均可自愿参加居民医疗保险。

第八条 属本市城镇职工基本医疗保险覆盖范围的单位和

个人，应参加城镇职工基本医疗保险。第九条 参保人员不得同时参加城镇职工基本医疗保险或新型农村合作医疗。第三章 基金筹集 第十条 一类参保人员筹资标准为每人每年150元。即个人缴纳110元，政府补助40元（其中中心财政补助20元，自治区财政补助10元〔假如财政补助提高，则相应降低个人缴费〕，市财政补助10元）。有下列情形之一的一类参保人员，按以下规定筹资：低收入家庭60周岁以上的老年人、持有《中华人民共和国残疾人证》并且属完全丧失劳动能力或大部分丧失劳动能力的重度残疾人参加居民医疗保险，即个人缴纳50元，政府补助100元（其中中心财政补助50元，自治区财政补助25元〔假如财政补助提高，则相应降低个人缴费〕，市财政补助25元）。第十一条 二类参保人员筹资标准为每人每年140元，即个人缴纳40元，政府补助100元（其中中心财政补助50元，自治区财政补助25元〔假如财政补助提高，则相应降低个人缴费〕，市财政补助25元）。二类参保人员中无劳动能力、无生活来源又无法定赡养、抚养、扶养义务人的人员，个人不缴费，由市财政全额补助。第十二条 三类参保人员筹资标准为每人每年60元，即个人缴纳20元（其中，10元用于基本医疗保险，10元作为基本医疗保险的补充，用于支付意外伤害门诊和死亡待遇），政府补助40元（其中中心财政补助20元，自治区财政补助10元〔假如财政补助提高，则相应增加筹资标准〕，市财政补助10元）。第十三条 属于低保对象的或重度残疾的学生和儿童参保所需的个人承担部分费用，政府原则上每年再按不低于人均10元给予补助。财政补助的具体方案由财政部门商劳动保障、民政等部门研究确定，补助经费纳入财政预算。第十四条 有条件的

用人单位可以对职工家属参加居民医疗保险个人缴费部分给予补助。第十五条 市医疗保险经办机构根据居民参保情况，每年编制一次居民医疗保险费征缴预算。第十六条 居民医疗保险个人缴费和财政补助标准需要调整时，由市劳动保障行政部门会同市财政局提出具体方案，报市政府批准。第四章 参保程序和筹资办法 第十七条 居民参加基本医疗保险按照下列程序办理：（一）一类参保人员持户口簿、身份证及复印件、照片等资料到户籍所在地社区居民委员会办理参保手续。（二）二类参保人员由民政部门协助市医疗保险经办机构办理有关参保手续。（三）三类参保人员由教育部门协助市医疗保险经办机构办理有关参保手续。（四）持有残疾人证人员由市残联协助市医疗保险经办机构办理有关参保手续。重度残疾人员要提供有效重度残疾相关证实。第十八条 参保人员按时足额缴纳医疗保险费后，按规定享受医疗待遇。市医疗保险经办机构为参保人员制作《居民基本医疗保险证》和基本医疗保险结算卡，由有关部门协助市医疗保险经办机构发放。第十九条 参保人员有增减变动的，应及时到市医疗保险经办机构和办理参保手续的有关单位、居民委员会办理人员新增或减少的变更手续。第二十条 一、二类参保人员的基本医疗保险年度按自然年度计算（即每年1月1日至12月31日），三类参保人员的按学年度计算（即当年9月1日至次年8月31日）。新参保人员参保时即缴纳当年的保费。已参保人员每年缴费一次，每年8月25日至12月28日缴纳下一年的保费。缴费地点为市医疗保险经办机构或委托的金融机构。参保人员办理新参保手续的时间为每年1月至9月，10月起不再办理当年的新参保手续。第二十一条 市医疗保险经办机构汇总

符合补助条件的参保人数和应补助金额，于每月10日前报市财政，市财政于月底前将补助资金拨付到市居民医疗保险财政专户。

第五章 基金治理 第二十二條 参保人员缴纳和财政补助的基本医疗保险费全部划入统筹基金，不设个人账户，不提取风险储备基金。居民医疗保险统筹基金由市医疗保险经办机构统一治理，主要用于支付住院医疗费用和非凡慢性病的门诊治疗费用。

第二十三條 居民医疗保险基金的银行计息办法按照《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）有关规定执行。基金利息收入并入统筹基金。

第二十四條 财政、劳动保障行政部门要加强对居民医疗保险基金的监督治理。审计部门要对居民医疗保险基金的收支情况和治理情况进行审计。市医疗保险经办机构要严格执行预决算制度、财务会计制度。

第六章 基本医疗保险待遇 第二十五條 按时足额缴纳基本医疗保险费的一、二类新参保人员，享受住院医疗保险待遇和非凡慢性病门诊待遇的等待期为2个月，等待期从初次缴费的当月开始计算。等待期内发生的医疗费用由个人支付，统筹基金不予支付。三类参保人员从个人缴费的次月开始享受基本医疗保险待遇。

第二十六條 基本医疗保险的待遇支付范围按《梧州市城镇职工基本医疗保险制度实施暂行办法》及配套文件的相关规定执行。

第二十七條 设立居民医疗保险住院统筹基金起付标准和最高支付限额，起付标准以下的医疗费用，由个人现金支付；起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用，从住院统筹基金支付，个人也要负担一定的比例。超过最高支付限额的医疗费用，可通过大额医疗保险、补充医疗保险等途径解决，具体办法由市人民政府另行制定。

第二十八條 参保人

员在定点医疗机构发生的医疗保险支付范围内的医疗费用，如有使用乙类药品和非凡检查、非凡治疗及非凡材料的，由参保人员按规定先自付一定比例的费用，其余应享受的医疗待遇按以下办法执行：

一、一、二类参保人员

(一) 住院统筹基金起付标准

1. 一类参保人员年内首次在定点医疗机构住院的起付标准为：三级医疗机构500元，二级医疗机构400元，一级医疗机构300元，社区医疗机构200元；第二次及以上在定点医疗机构住院的起付标准为：三级医疗机构400元，二级医疗机构300元，一级医疗机构200元，社区医疗机构100元。

2. 二类参保人员年内首次在定点医疗机构住院的起付标准为：三级医疗机构400元，二级医疗机构300元，一级医疗机构200元，社区医疗机构100元；第二次及以上在定点医疗机构住院的起付标准为：三级医疗机构300元，二级医疗机构200元，一级医疗机构100元，社区医疗机构50元。

(二) 住院统筹基金最高支付限额 在一个自然年度内，统筹基金支付范围累计最高支付限额为18000元。

(三) 住院统筹基金支付比例

1. 起付标准以上、最高支付限额以下的费用，统筹基金支付的比例为：三级定点医疗机构支付40%，二级定点医疗机构支付45%，一级定点医疗机构支付55%，社区定点医疗机构支付65%。

2. 长期异地居住的60岁以上参保人员，由本人提出申请，于每年1月统一到户籍所在社区办理异地安置登记手续，报市医疗保险经办机构记录备案。需住院治疗时，应在居住地基本医疗保险定点医疗机构就医，并在3个工作日内向我市医疗保险经办机构报告，出院后凭相关资料到我市医疗保险经办机构报销医疗费用。起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用，统筹基金支付35%。

3. 因异地急发

病发生的起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用，统筹基金支付35%。

4. 因病情符合转院条件的，由患者或家属提出申请，报市医疗保险经办机构批准后方可转院。转院所发生的医疗费用先由个人垫支，出院后凭相关资料到市医疗保险经办机构报销医疗费用。起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用，统筹基金支付35%。凡不符合转院条件而患者或家属要求转到市外住院治疗的，需报市医疗保险经办机构备案，按自行转院处理。自行转院发生的基本医疗保险支付范围内的起付标准以上的医疗费用，统筹基金支付30%，最高支付限额为：本暂行办法实施的第一年为1875元，本暂行办法实施后的第二年及以后，按上年度一、二类参保人员人均住院统筹基金支付的数额。

5. 因患非凡慢性病在定点医疗机构诊治，在申请年度内发生的符合慢性病报销范围的医疗费用视作一次住院累计，起付标准为本年度城镇职工基本医疗保险最低年缴费基数10%，起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用，统筹基金支付35%。

二、三类参保人员

(一) 每次住院均设一次起付标准，起付标准以下的费用由个人支付。起付标准为100元。

(二) 在一个学年度内，统筹基金支付范围累计最高支付限额为40000元。

(三) 起付标准以上、最高支付限额以下的费用，按下列标准支付：

100元以上至1000元部分	统筹支付50%	个人支付50%
1000元以上至5000元部分	统筹支付60%	个人支付40%
5000元以上至10000元部分	统筹支付70%	个人支付30%
10000元以上至30000元部分	统筹支付80%	个人支付20%
30000元以上至40000元部分	统筹支付90%	个人支付10%

(四) 因异地急发病或因病情符合转院条件经市医疗保险经

办机构批准转院所发生的医疗费用，先由个人垫支，出院后凭相关资料报销医疗费用。起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用，按本条第二项第3目的标准，统筹支付减少10%，个人支付增加10%。（五）凡不符合转院条件而患者或家属要求转到市外住院治疗的，需报市医疗保险经办机构备案，按自行转院处理。自行转院发生的基本医疗保险支付范围内的医疗费用，按本条第二项第3目的标准，统筹支付减少10%，个人支付增加10%，报销最高支付限额为上年度城镇职工参保人员人均住院统筹基金支付的数额。（六）因患非凡慢性病在定点医疗机构诊治，在申请年度内发生的符合慢性病报销范围的医疗费用视作一次住院累计，起付线按照一类参保人员在本市三级医疗机构首次住院的起付标准，起付标准以上的费用，按本条第二项第3目的标准支付。

第二十九条 在外地医疗机构或就近在本市非定点医疗机构急诊抢救所发生符合规定的医疗费用，先由个人现金垫支，出院后凭医疗机构出具的出院小结、疾病证实书、相关检查报告、医疗费用明细清单、发票等到市医疗保险经办机构报销。除急诊抢救外，在外地医疗机构或本市非定点医疗机构就医发生的医疗费用，统筹基金不予支付。

第三十条 凡跨年度住院的，其发生的医疗费用按自然年度一年一结。发生的住院医疗费用，自出院之日起3个月内结清，逾期视同放弃享受。

第三十一条 参保人员未按时足额缴纳次年基本医疗保险费的，从次年1月1日起自动停止基本医疗保险待遇；次年3月31日以前补足欠费的，从补足欠费次日起恢复基本医疗保险待遇，欠费期间发生的医疗费用由本人承担；逾期仍未缴纳的，视同自动退出，再次参保的，按新参保人员重新办理登记手续

续。第三十二条 参保人员参加居民医疗保险的缴费年限不能视同城镇职工基本医疗保险的缴费年限。第三十三条 参保人员非凡情况医疗费用支付原则：（一）违法犯罪、酗酒、吸毒、自残、自杀（精神病发作除外）等个人承担责任所发生的医疗费用，基本医疗保险基金不予支付；（二）医疗事故及工伤、生育等发生的医疗费用，按有关规定执行；（三）由他人承担责任的交通事故、他伤他杀等发生的医疗费用，自司法部门立案调查之日起一年内无法结案的，可先由基本医疗保险统筹基金按规定垫付。司法部门结案后，认定他人承担责任的，由承担责任人归还基本医疗保险统筹基金垫付的医疗费用。司法部门认定责任人无经济能力支付受害人医疗费用的，可由基本医疗保险统筹基金按规定报销。第七章 医疗保险服务治理和费用结算 第三十四条 居民医疗保险定点医疗机构治理按城镇职工基本医疗保险相关治理规定执行。市医疗保险经办机构应与定点医疗机构签订协议，明确双方的责任、权利和义务，双方应认真履行协议，违反协议规定的，承担相应的违约责任。第三十五条 一、二类参保人员凭《居民基本医疗保险证》和基本医疗保险结算卡在市内定点医疗机构就医并结算医疗费用。第三十六条 一、二类参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用，个人应负担的部分，由个人用现金支付；统筹基金应支付的部分，由参保人员用基本医疗保险结算卡记账。三类参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用，由个人用现金支付，再凭有效票据及材料到市医疗保险经办机构报销。第三十七条 市医疗保险经办机构与定点医疗机构结算居民基本医疗保险费用的方式，参照《梧州市城镇职工基本医疗保险费用结算暂行办法》规定执行。

第八章 治理与监督 第三十八条 市劳动保障行政部门对定点医疗机构和参保人员执行居民医疗保险规定的情况进行监督检查，查处各种违规行为。 第三十九条 市医疗保险经办机构受市劳动保障行政部门委托，进行居民医疗保险费征缴、治理、调查、检查工作。 第四十条 定点医疗机构违反居民医疗保险治理规定的，市医疗保险经办机构按协议规定处理。 第四十一条 参保人员弄虚作假，采取隐瞒、欺诈等手段骗取基本医疗保险基金的，市医疗保险经办机构不予支付医疗保险费用；已经支付的，予以追回并暂停其享受当年医疗保险待遇。 第四十二条 劳动保障行政部门、医疗保险经办机构的工作人员滥用职权、玩忽职守，损害参保人员合法权益，或造成居民医疗保险基金流失的，依法给予行政处分。 第四十三条 市劳动保障行政部门每年定期将基金收支、结余和参保等情况向市人民政府报告，并建立健全由政府机构、参保人员、社会团体、医药服务机构等方面代表参加的医疗保险社会监督组织，加强对城镇居民医疗保险治理、服务、运行的监督。 第九章 附则 第四十四条 市医疗保险经办机构开展居民医疗保险工作所需经费列入市财政预算。 第四十五条 各城区劳动保障部门、基层劳动保障机构开展居民医疗保险所需人员和经费，由各城区负责解决。 第四十六条 本暂行办法由市劳动保障行政部门负责解释。 第四十七条 若本暂行办法与上级新出台的文件相抵触，请按上级相关文件执行。 第四十八条 各县（市）居民医疗保险暂行办法由各县（市）人民政府根据本暂行办法并结合实际情况制定。 第四十九条 本暂行办法自2007年9月1日起施行。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com