

市政府关于发布《鄂州市城市居民最低生活保障对象参加医疗保险实施细则》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_ti2020/305/2021_2022__E5_B8_82_E6_94_BF_E5_BA_9C_E5_c80_305156.htm 市政府关于发布《鄂州市城市居民最低生活保障对象参加医疗保险实施细则》的通知 鄂州政发〔2007〕27号各区、乡、镇人民政府，各街道办事处，市政府各部门：《鄂州市城市居民最低生活保障对象参加医疗保险实施细则》经2007年10月9日（2007年第22次）市人民政府常务会议审议通过，现予发布，请遵照执行。二〇〇七年十月十一日 鄂州市城市居民最低生活保障对象参加医疗保险实施细则 第一条 为进一步完善医疗保险体系，切实解决城市居民最低生活保障对象（以下简称低保对象）的基本医疗保障问题，根据《省人民政府办公厅关于印发城市居民最低生活保障对象参加医疗保险暂行办法的通知》（鄂政办发〔2007〕68号）和《鄂州市城镇职工基本医疗保险制度实施办法（试行）》（鄂州政发〔2000〕54号）的有关规定，结合本市实际，制定本实施细则。 第二条 按照本办法参加医疗保险的对象是城镇职工基本医疗保险未覆盖的低保对象。低保对象以家庭为单位整体参保。 第三条 低保对象医疗保险，以保障住院和非凡慢性病门诊医疗为主，兼顾门诊医疗。 第四条 低保对象参加医疗保险，遵循以收定支、收支平衡、基本保障的原则；坚持缴费与待遇水平相挂钩；实行收支两条线，单独建帐，财政专户治理，专款专用。 第五条 低保对象医疗保险基金年人均筹资标准为150元，其中：省财政每人每年补助100元，市财政每人每年补助20元，所在区、街道办事

处财政每人每年补助10元，市民政从医疗救助资金中每人每年补助20元。基金超支部分由城镇职工医疗保险基金予以平衡。

第六条 市劳动保障、财政、民政、卫生等部门负责做好低保对象医疗保险工作。其主要职责是：（一）市劳动保障部门是低保对象医疗保险工作的主管部门，负责低保对象医疗保险政策的组织实施、业务经办和监督治理。（二）市财政部门负责建立低保对象医疗保险基金专户以及资金的筹集、划拨和治理。（三）市民政部门负责对低保对象进行资格确认，提供低保对象名单，组织集中办理低保对象参保手续。（四）市卫生部门配合相关部门制定有关具体措施，加强惠民医院的建设与治理，落实惠民医院对低保对象的医疗费用减免政策等。

第七条 低保对象参加医疗保险的程序：（一）市民政部门向市劳动保障部门提供低保对象名单。市劳动保障部门剔除其中已参加城镇职工基本医疗保险的人员后，将名单反馈给市民政部门。（二）市民政部门根据市劳动保障部门核实的低保对象名单，通知低保对象办理参加医疗保险的登记手续，并由市医疗保险经办机构在《社会救助证》上签章。（三）市劳动保障部门及时启动参保人员待遇，并将参保名单提供给惠民医院。

第八条 参加医疗保险的城镇低保对象资格由市民政、劳动保障部门每年认定1次，每年11月中旬完成。

第九条 按本实施细则参保的低保对象被取消低保待遇的，当年仍按本实施细则享受医疗保险待遇，次年应按规定参加城镇职工基本医疗保险或灵活就业人员医疗保险或城镇居民医疗保险。

第十条 参加医疗保险的低保对象自市医疗保险经办机构签章并办理完参保登记手续之日起，可按本实施细则享受医疗保险待遇；新增低保对象从次年1月1日起

按本实施细则享受医疗保险待遇。 第十一条 低保对象医疗保险基金的10%用于参保人员门诊补助。 低保对象按每人15元的标准建立门诊家庭账户，包干使用。每户年报销门诊医疗费用不得超过家庭账户总额，年末节余可转下年度使用。 低保对象在惠民医院就诊时，医务人员应记录其使用金额和费用明细等情况。 第十二条 惠民医院为低保对象定点医院。居住在乡镇的低保对象可就近选择乡镇卫生院“惠民医疗窗口”就诊。 第十三条 惠民医院应按照有关规定，具有基本医疗设施、技术水平及常见病的诊疗和抢救的必备条件和能力，保证常见病、多发病诊疗和诊断明确的慢性疾病及时有效的治疗。惠民医院应按《省人民政府办公厅关于建立城市惠民医院的指导意见》（鄂政办发〔2006〕122号）的规定，减免低保对象住院检查、护理、床位、手术、放射、B超、心电图、常规化验等费用；实行药品集中招标、统一配送、平价销售；积极探索医药分开、降低医药成本的有效办法，为低保对象提供优惠医疗服务。惠民医院应建立健全医疗质量、医疗安全、医疗服务、医疗收费、药品购销、财务治理等治理制度，明确各岗位职责；严格执行医疗服务规定、诊疗规范和操作规程；建立健全低保对象医疗记录、档案和服务信息网络体系，加强对低保对象就诊就医的全程监督，实行单独统计核算。 第十四条 参保人员应携带由市医疗保险经办机构签章的《社会救助证》到惠民医院就诊.惠民医院应严格查验《社会救助证》和参保名单，做到人证相符。 第十五条 参保人员在惠民医院住院及市内市外转院转诊的起付标准均为100元（对“三无人员”不设起付线），1个自然年度内统筹支付住院和非凡慢性病门诊补助之和最高限额为20000元。 第十六

条 参保人员在惠民医院住院，起付标准以上、最高支付限额以下，在享受减免优惠政策后，符合医疗保险住院规定的住院费用由统筹基金按60%报销。 第十七条 参保人员自住院之日起，发生的所有医疗费用均由惠民医院填写《费用清单》，并由患者本人或其成年亲属签名；凡未经患者本人或其成年亲属签名的医疗费用，统筹基金不予支付，患者也有权拒付。 第十八条 参保人员在惠民医院住院，应向定点医疗机构缴纳一定数额的预付金。参保人员住院治疗终结后，由惠民医院按规定与患者个人结算，患者只需承担按比例自负的费用，个人预付金多退少补。 第十九条 惠民医院每月集中将参保人员住院病历、费用清单、相关票据等资料，送市医疗保险经办机构审核。符合结算要求的，及时予以结算。 第二十条 参保人员患癌症、肾移植抗排、慢性肾功能衰竭透析等3种非凡慢性病的，其门诊费用给予定额补助。定额补助标准为：癌症150元/月；肾移植抗排500元/月；肾功能衰竭透析600元/月。参保人员患上述3种疾病，可申报非凡慢性病门诊治疗，其程序为：本人申请、专家委员会评审、市医疗保险经办机构审批。评审通过后，门诊医疗费用由市医疗保险经办机构每季度报销1次。市医疗保险经办机构每季度评审公布1次。 第二十一条 参保人员实行定点对口转诊制度。本市对口转诊医院为市中心医院，省级对口转诊医院为湖北省人民医院。参保人员因病确需转诊转院的，由惠民医院或首选定点医院提出转院意见报市医疗保险经办机构备案后，可转市中心医院治疗；市中心医院提出转院意见报市医疗保险经办机构备案后，可转湖北省人民医院治疗。转市中心医院的，起付标准以上、最高支付限额以下，在享受减免优惠政

策后，符合医疗保险住院规定的住院费用由统筹基金按50%报销；转省人民医院的，起付标准以上、最高支付限额以下，符合医疗保险住院规定的住院费用由统筹基金按40%报销。在非医疗保险定点医疗机构就诊或未办理转诊手续的，所发生的住院费用不予报销。转诊转院发生的费用，先由患者个人垫付，出院后15日内将本人《社会救助证》、专用病历、出院小结、医嘱、每日费用清单、有效报销凭证（发票）等相关资料送市医疗保险经办机构审核后按规定报销。

第二十二条 参保人员的医疗费用超过最高支付限额的部分，按《湖北省城乡贫困群众医疗救助实施方案》等有关规定给予医疗救助。

第二十三条 低保对象医疗保险严格按照城镇职工基本医疗保险甲类药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准执行，非凡疾病、紧急抢救用药可放宽至乙类药品目录（具体办法由市劳动保障部门另行制定）。国家和省、市基本医疗保险明确不予支付的费用不予报销。

第二十四条 惠民医院应遵守医疗保险定点医疗机构的有关规定，配合市医疗保险经办机构加强对参保人员医疗费用成本的控制与治理；应建立医疗保险信息平台，每日按时传输有关数据，及时提供参保人员就诊等有关信息。惠民医院应配备专职医保人员，制定具体治理办法，建立首院、首科、首诊负责制；对医疗和药品费用实行价格公开，上墙公示；并积极主动与市医疗保险经办机构共同做好服务工作。

第二十五条 市医疗保险经办机构应与惠民医院按照“服务优质、降低成本、总额控制、收支平衡”的要求，签订定点医疗机构服务协议书，明确双方权利与义务，并就服务内容、服务质量、结算方式、考核标准及奖惩办法等方面制定切实可行的措施，确保低保对象医

疗保险待遇的落实。第二十六条 参保人员必须遵守医疗保险的有关规定。有下列情形之一的，除责令退回已报销的费用外，可依照有关规定对参保人员和相关责任人员进行处罚；构成犯罪的，依法追究法律责任：（一）将本人证件提供给他人用于就医、购药或冒名住院、开药、检查等医疗行为的；（二）利用他人证件冒名就诊的；（三）挂床住院的；（四）其他违反基本医疗保险有关规定的情形。第二十七条 市政府组织卫生、财政、劳动保障、民政、物价等部门加强对惠民医院及经办机构的监管，严格会计核算，规范财务治理，并建立日常检查和年终考核制度，严格兑现奖惩。第二十八条 市劳动保障部门和财政部门可根据社会经济发展及低保对象医疗保险基金运行情况，对低保对象医疗保险费缴费标准提出调整意见，报市政府批准后实施。第二十九条 本实施细则由市劳动保障部门负责解释。第三十条 本实施细则自发布之日起施行。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