

石家庄市人民政府办公厅关于印发石家庄市市区城镇居民基本医疗保险实施细则（试行）和大额补充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_ti2020/305/2021_2022__E7_9F_B3_E5_AE_B6_E5_BA_84_E5_c80_305547.htm

石家庄市人民政府办公厅文件石政办发〔2007〕83号 石家庄市人民政府办公厅关于印发石家庄市市区城镇居民基本医疗保险实施细则（试行）和大额补充医疗保险暂行办法的通知 市内五区人民政府，高新区管委会，市政府各部门，市属各单位：《石家庄市市区城镇居民基本医疗保险实施细则（试行）》、《石家庄市市区居民大额补充医疗保险暂行办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真抓好贯彻落实。二〇〇七年十月二十九日 石家庄市市区城镇居民基本医疗保险实施细则（试行）第一章 总则第一条 根据《石家庄市城镇居民基本医疗保险实施方案》制定本实施细则。第二条 本市市区（新华区、桥西区、长安区、桥东区、裕华区、高新技术开发区）内所有不属于城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）制度覆盖范围的，具有本市市区户籍的非从业居民，均可参加石家庄市市区的城镇居民基本医疗保险（以下简称居民医保）。户口在农村常年随父母在本市市区就学的中小学生、入托幼儿可自愿参加石家庄市市区居民医保。第三条 居民医保遵循“低水平、广覆盖、群众自愿、属地治理、统筹协调”的原则，重点保障城镇居民住院和门诊大病的医疗需求。第四条 居民基本医疗保险费（以下简称居民基本医保费）的筹集实行居民个人或家庭缴费、政府补助、社会捐助相结合的办法。居民基本医疗保险基金（以下简称居民基本医保基金）坚持

“以收定支、收支平衡、略有节余”的原则。第五条 居民医保由市劳动和社会保障局主管，由市财政局、市卫生局、市公安局、市民政局、市残联、市教育局及各区政府协管，由市医疗保险治理中心（以下简称医保中心）经办，由各区人事劳动和社会保障局组织本辖区劳动保障工作站开展居民医保工作。

第二章 治理机构职责

第六条 市劳动和社会保障局为全市居民医保的行政治理部门，其主要职责是：（一）制定居民医保试点的总体规划。（二）拟订居民医保的政策、规定。（三）负责居民医保政策的贯彻落实。（四）对居民医保的实施过程进行监督、指导。（五）负责市区定点医疗机构的资格审定。（六）协调处理有关居民医保的争议。（七）对执行居民医保政策的单位和个人实施奖惩。

第七条 市医疗保险治理中心（以下简称医保中心）为市区居民医保的经办机构，其主要职责是：（一）认真执行居民医保的政策、规定，提出改进和完善居民医保制度的建议。（二）编制居民基本医保基金收支预、决算。（三）负责居民基本医保基金的筹集、支付和治理。（四）选择和确定居民医保定点医疗机构。（五）会同物价部门监督、检查定点医疗机构的收费标准及药品价格。（六）负责对定点医疗机构医药费及相关资料的审核。（七）受市劳动和社会保障局委托，对定点医疗机构、社区劳动保障工作站和个人执行居民医保政策情况进行检查、考核和奖惩。（八）负责居民医保各项财务、会计报表、统计报表的汇总和填报工作。（九）承办社区劳动保障工作站和居民对居民医保的咨询、查询事宜。（十）负责全市居民医保经办业务的指导。

第八条 各区人事劳动和社会保障部门负责组织本辖区劳动保障工作站开展居民医保工

作。劳动保障工作站的主要职责是：（一）认真执行居民医保的政策、规定，并做好宣传教育工作。（二）负责居民医保入户调查、参保登记和计算机信息建立、上传工作。（三）负责协助收缴居民个人或家庭缴纳的医保费和申报居民医保政府补助资金工作。（四）负责居民医保有关报表的编制和呈报工作。（五）负责居民医保卡、病历本、医疗保险手册的发放等工作。（六）负责居民医疗费用的报销事宜。（七）负责居民医保的查询事宜。（八）承办有关居民医保的其他事宜。

第九条 定点医疗机构应设立医保科或确定专人负责居民医保工作。其主要职责是：（一）承办居民医保的医疗服务业务，并制定相关的治理制度。（二）认真执行居民医保的政策、规定，并做好宣传教育工作。（三）负责居民的健康档案建立、就医及医疗消费情况的登记和汇总，并按规定实行计算机信息化治理，及时向医保中心传输信息和报送有关报表。（四）负责按规定承办参保居民首诊定点、转诊工作；（五）负责对本单位工作人员执行居民医保政策、规定情况的监督、检查。（六）承办有关居民医保的其他事宜。

第三章 保障范围及对象

第十条 居民医保的实施范围和具体对象包括：（一）在校的中小學生（含职业高中、中专、技校学生）。（二）户口在农村常年随父母在本市市区就学的中小學生、入托幼儿。（三）18周岁及以下年龄的非在校居民。（四）劳动就业年龄段（女18周岁以上至50周岁，男18周岁以上至60周岁）内，未参加职工医保，并持有《中华人民共和国残疾人证》，且属于一、二级残疾的居民；无用人单位，并持有《石家庄市城市居民最低生活保障金领取证》，领取最低生活保障金的居民。（五）在劳动就业年龄段内

有劳动能力，经政府就业扶持不能就业的居民，可以自愿参加居民医保，就业后必须参加职工医保。（六）女50周岁以上和男60周岁以上居民。

第十一条 居民医保对象不包括下列人员：（一）现役军人。（二）异地退休享受养老金或退休金待遇人员。（三）已参加新型农村合作医疗的人员。

第四章 参保登记第十二条 符合参保条件的居民，应凭本人家庭户口本及复印件、本人居民身份证及复印件、学生手册（学生证）、残疾证及复印件、低保证及复印件，户口在农村常年随父母在本市市区上学的中小學生、入托幼儿应凭父母一方《暂住证》、教育部门的相关证实，到本人户籍或暂住证所在地劳动保障工作站申请参加居民医保，并根据本人情况填报《石家庄市市区城镇居民医疗保险登记表》，办理基本医保登记（以下简称参保登记）。

第十三条 劳动保障工作站、医保中心受理居民参保登记、核定缴费标准和基本医保信息变更备案时，应按本实施细则第十条、第十二条的规定，严格审核申请人提供的有关部门认可的相关证件，对符合条件的予以登记和备案。

第十四条 居民年龄计算至参保登记当年的12月31日。

第十五条 劳动保障工作站根据参保登记获得的信息，按医保中心要求的内容及格式，为每个申请参保居民建立有关计算机信息，并及时向医保中心传输或报送有关信息。

第十六条 医保中心根据劳动保障工作站传输或报送的信息及时进行复核和确认，并根据确认的信息分别编制《石家庄市市区城镇居民医疗保险费征缴计划》和《石家庄市市区城镇居民基本医疗保险卡、病历本和医疗保险手册制发明细表》，反馈至相应劳动保障工作站，作为向居民收缴基本医疗保险费和发放医保卡、病历本、医疗保险手册的依据。第

十七条 居民就业、户籍迁移出本市市区、死亡等，应分别办理终止医保关系和医保卡注销手续。本人所缴纳的医保费，不予返还。劳动保障工作站应严格审核申请人提交的相关证件，对符合条件的于每月10日前到医保中心办理。（一）居民由无业变为就业，需办理终止医保关系的，应提交下列证件及材料：1就业的劳动合同。2医保卡。3居民身份证。（二）户籍迁出本市市区，需办理终止医保关系的，应提交下列证件及材料：1、医保卡。2、户籍迁移证及复印件。（三）居民死亡的，医保关系自行终止，直系亲属在30日内办理医保卡注销手续，办理时应提交下列证件及材料：1、医保卡。2、死亡证实。

第五章 基本医疗保险费的筹集

第十八条 居民基本医保费由居民个人或家庭缴费、政府补助资金和社会捐助构成。居民个人或家庭缴费，由医保中心负责收缴，劳动保障工作站协助收缴；政府补助资金，由市财政局负责归集。

第十九条 居民缴费和政府补助标准如下：一、在校的中小学生和18周岁及以下年龄的非在校居民，筹资标准为每人每年100元（其中6元用于意外伤害费用）。其中一、二级残疾人、领取城市最低生活保障金居民个人不缴费，全额由各级政府补助；其他人员个人缴纳50元，各级政府补助50元。二、18周岁以上居民筹资标准为每人每年300元（其中6元用于意外伤害费用）。其中：一、二级残疾人、领取城市最低生活保障金居民个人不缴费，由各级政府全额补助；低收入家庭的60周岁以上居民个人缴纳100元，各级政府补助200元；女50周岁以上、男60周岁以上居民个人缴纳200元，各级政府补助100元；其他人员个人缴纳250元，各级政府补助50元。

第二十条 居民个人或家庭缴费、政府补助标准需调整时，

在医保中心根据收支情况提出建议后，由劳动保障部门和财政部门提出调整方案，报石家庄市人民政府批准。第二十一条 居民基本医保费实行预缴费制，按年度缴纳。每年9月1日至11月25日为集中办理参保登记、缴费及居民医保信息变更时间。居民应按规定的时限参保，按规定的标准及时足额缴纳居民医保费。启动阶段自本实施细则发布之日起两个月内为集中办理参保登记和费用缴纳期。新生儿和新迁入中小學生、18周岁及以下年龄非在校居民，自户籍落户之日起3个月内可以参保和缴费，但未在集中办理期限办理的，当年居民基本医保费全部由个人或家庭缴纳。第二十二条 医保中心在石家庄市商业银行设居民医保基金收入过渡户。居民个人或家庭缴费由石家庄市商业银行代收，居民应在规定的参保登记缴费期内凭医保卡或居民身份证到石家庄市商业银行营业网点向收入过渡户缴费，医保中心月末将居民缴纳的医保费划入财政专户，月末收入户无余额。商业银行应满足居民缴费需求，及时向医保中心传输居民个人缴费信息。第二十三条 医保中心根据居民实际缴费情况分区编制居民缴费汇总表，各区人事劳动和社会保障局据此及时向本级财政申报居民医保政府补助资金，区财政局接到资金请示后20日内将本级政府补助资金上缴市财政局医保基金财政专户；市财政局应将中心、省、市政府补助资金及时划入财政专户，确保居民基本医保基金的正常使用。市、区两级财政负担的居民医保政府补助资金应足额列入同级财政预算。第六章 基本医疗保险基金治理和使用第二十四条 本市市区居民医保，不建立个人账户，用居民基本医保费为参保居民建立居民基本医保基金。第二十五条 居民基本医保基金设立财政专户，实行收支

两条线治理，单独设账，独立核算，专款专用，任何单位及个人不得挤占和挪用。第二十六条 医保中心设立居民基本医保基金支出户，每月根据上月支出情况编制居民基本医保基金拨款申请，由市财政局及时将居民基本医保基金划入医保中心居民基本医保基金支出户，确保按时结算。第二十七条 居民基本医保基金不计征各种税、费。第二十八条 居民基本医保基金的计息，参照职工医保基金计息办法执行。第二十九条 居民基本医保基金用于支付居民住院、门诊急诊抢救属于《石家庄市市区城镇居民基本医疗保险急诊抢救病种目录》所列病种、恶性肿瘤（含白血病）门诊放（化）疗、慢性肾功能不全门诊透析、白内障门诊超声乳化人工晶体置入术、器官移植后门诊使用抗排异药物的个人负担以外的费用。第三十条 居民基本医保基金支付住院医疗费用的起付标准按医疗机构的级别分别确定，具体数额如下：在一级医疗机构（含社区卫生服务中心）就医时为400元；在二级医疗机构就医时为600元；在三级医疗机构就医时为900元；医疗机构未评定级别的，参照基本标准相同的医疗机构级别执行。一例白内障门诊超声乳化人工晶体置入术视为一次住院，其起付标准执行就医定点医疗机构的数额。第三十一条 居民一次住院是指办理一次入院、出院手续的过程。急诊抢救与住院不间断的，视为一次住院。一次住院诊治过程跨年度的，按出院结算时间确定医保年度。第三十二条 居民住院超过起付标准部分的医疗费主要由居民基本医保基金支付，但个人也要负担一定比例，居民基本医保基金支付比例按医疗机构的级别分别确定。具体标准如下：在一级医疗机构（含社区卫生服务中心）就医为70%；在二级医疗机构就医为60%；在三级医

疗机构就医为50%。居民缴纳基本医保费的年限与居民基本医保基金支付比例挂钩，连续参保5年以上的，缴纳基本医保费年限每增加一年，居民基本医保基金支付比例可相应提高05个百分点，但提高的比例最高不超过10个百分点。居民医保与职工医保缴费年限互不视同。恶性肿瘤（含白血病）门诊放（化）疗、慢性肾功能不全门诊透析、器官移植后门诊使用抗排异药物、白内障门诊超声乳化人工晶体置入术的医疗费个人负担比例，执行就医定点医疗机构的标准。居民住院采用属于基本医保基金支付部分费用的诊疗项目，个人先自付15%，其余85%再按规定由个人和基本医保基金支付。使用属于基本医保药品目录中“乙类目录”药品的，个人先自付10%，其余90%再按规定由个人和基本医保基金支付。居民使用单价在1000元及以上一次性医用材料的费用，个人先自付50%，其余50%再按规定由个人和基本医保基金支付。

第三十三条 经批准转往外地医疗机构发生的医疗费，居民基本医保基金支付比例较在本市相应级别定点医疗机构就医时的比例降低5个百分点。

第三十四条 按年度计算，居民基本医保基金支付医疗费的最高限额为25000元。超过最高限额以后，按《石家庄市市区居民大额补充医疗保险暂行办法》执行。

第三十五条 居民意外伤害住院费用另行制定支付治理办法。

第七章 医疗服务治理

第三十六条 居民就医实行首诊定点制度。

第三十七条 居民应根据本人实际情况，就近就便选定一家一级定点医疗机构，作为本人的首诊定点医疗机构，一定一年不变。居民患病需要住院治疗时，必须首先在本人选定的首诊定点医疗机构就医。因病情需要确需转院诊治的，应由首诊定点医疗机构提出意见，方可在二级及以上定点医疗

机构就医。首诊定点医疗机构有条件诊治的，不得随意转出。

第三十八条 居民患病时凭医保卡和病历本就医。第三十九条 居民就医时，定点医疗机构应当核验患者的病历本和医保卡，发现冒用的，应扣留病历本和医保卡，并及时报告医保中心。

第四十条 居民因急诊抢救属于《石家庄市市区城镇居民基本医疗保险急诊抢救病种目录》所列疾病病种的，可以就近就便就医，但应在五日内到医保中心办理急诊抢救病种认定手续，认定后，住院费可以使用医保卡在就医医疗机构记账结算。不符合急诊抢救要求或未办理认定手续的，发生的医疗费用居民基本医保基金不予支付。

第四十一条 居民未经首诊定点医疗机构批准，擅自到其他医疗机构就医的医疗费用，居民基本医保基金不予支付。

第四十二条 医保中心应与定点医疗机构签定有关医疗保险服务项目范围、服务质量标准、监督检查、费用结算等内容的协议，明确双方的责任和义务。

第四十三条 居民使用基本医保基金就医，所用药品、所采用诊疗项目、所使用的医疗服务设施和收费标准参照石家庄市市区职工基本医疗保险的规定执行。

第四十四条 首诊定点医疗机构要按医保中心要求为居民建立健康档案、医疗服务治理资料和病历。

第四十五条 为便于医疗费用的结算和医疗服务治理，定点医疗机构应按医保中心的要求建立居民医保计算机系统，并与医保中心联网。

第四十六条 定点医疗机构应严格执行医疗保险的有关规定，规范医疗行为，根据就医居民的实际病情，按照合理检查、合理治疗、合理用药的原则，提供相应的医疗服务，并严格执行住院、出院标准和转诊、转院制度，不得无故拒绝、推诿、滞留和转让就医居民。

第四十七条 在居民住院时，定点医疗机构应按要求进

行登记,及时准确地将居民住院的医疗费用明细输入计算机,并通过计算机网络系统上传医保中心。居民出院时,定点医疗机构应让患者或其亲属核实住院医疗费用明细并签字,未经患者或其亲属签字的医疗费用,居民基本医保基金不予支付。如有争议,报医保中心处理。居民出院或急诊抢救终结带药量,急性病不得超过7日量,慢性病不得超过15日量,中草药不得超过7天剂量。

第四十八条 居民因所住定点医疗机构条件所限,在不转院情况下,需到其他医疗机构检查、治疗、购药的,需经所住定点医疗机构医保科审批。

第四十九条 恶性肿瘤(含白血病)门诊放(化)疗、慢性肾功能不全门诊透析、器官移植后门诊使用抗排异药物,实行定点治理,所患病种经医保中心认定后到指定的定点综合医疗机构或专科医疗机构治疗。定点治理结算办法另行制定。

第五十条 居民因本市市区定点医疗机构条件所限,需转往外地诊治的,应由三级医疗机构副主任及以上医师提出意见,医保科审核,主管领导签署意见,报医保中心核准,方可转院。

第五十一条 居民医保不办理常驻外地和异地安置人员就医。

第五十二条 居民出国以及赴港、澳、台地区期间发生的医疗费用,居民基本医保基金不予支付。

第五十三条 居民因违法犯罪、交通肇事、打架斗殴、酗酒、自杀、故意自伤自残、医疗事故等由他方承担责任的医疗费用,居民基本医保基金不予支付。

第八章 医疗费用的结算与报销

第五十四条 居民在定点医疗机构住院发生的医疗费,应由居民基本医保基金支付的费用由本人凭医保卡与定点医疗机构记账结算;应由个人负担的费用,由本人与定点医疗机构结算。

第五十五条 医保中心与定点医疗机构的医疗费结算参考《石家庄市市区城镇职工

《医疗保险医疗费结算办法》。第五十六条 居民一次住院医疗费_{在起付标准以下（含起付标准）的}，不视为一个住院人次。第五十七条 居民外出期间因诊治急诊抢救病种目录所列疾病而发生的医疗费，通过所在社区劳动保障工作站，凭当地医院全部病历资料、住院医疗费明细、医疗费收据、医保卡，到医保中心按规定审核报销。第五十八条 居民在定点医疗机构住院期间，经批准到其他医疗机构检查、治疗、购药的，其费用先由个人垫付，由批准医疗机构按规定报销，并列入本次住院费用。第五十九条 转往外地医疗机构诊治的医疗费，先由个人垫付，诊治终结后，通过所在社区劳动保障工作站，凭转往外地审批表、全部病历资料、住院医疗费明细、医疗费收据、医保卡，到医保中心按规定审核报销。

第九章 监督考核第六十条 各劳动保障工作站应当每年向本辖区居民公示低收入家庭60周岁以上年龄居民参保名单，接受群众监督。第六十一条 居民有权对医保中心、劳动保障工作站、定点医疗机构执行居民医保政策的情况实施监督，群众对有关单位及人员的投诉和举报受法律保护。第六十二条 成立由劳动保障主管部门、财政部门、审计部门、经办机构、医疗机构和居民代表参加的居民医保基金监督委员会，对居民医保基金运营情况实施监督。第六十三条 医保中心负责对参保居民、定点医疗机构和劳动保障工作站执行居民基本医保政策、规定的情况进行监督、检查和考核。参保居民、定点医疗机构和劳动保障工作站应积极配合。

第十章 奖惩第六十四条 符合下列情况且成绩突出的，予以表彰或奖励。（一）定点医疗机构认真执行居民医保的政策规定，按照要求及时、准确地提供居民就医的各种信息，积极配合有关检查和考核

，为保障居民基本医疗作出贡献的。（二）劳动保障工作站认真执行居民医保的政策规定，认真进行入户调查，按时办理参保登记，及时足额收缴居民医保费，及时呈送各种报表，如实提供居民在非定点医疗机构就医情况，对其医疗费报销严格把关的。（三）医保中心工作人员积极宣传和认真执行居民医保政策、规定，坚持原则，敢于抵制不正之风，及时纠正或处理违反政策、规定的行为，为居民医疗保险事业做出突出成绩的。（四）居民主动检举和揭发定点医疗机构、劳动保障工作站、医保中心违反居民医保政策、规定的行为，使居民医保基金免受损失的。

第六十五条 定点医疗机构及其工作人员有下列行为之一的，医保中心应按合同规定，追究违约责任，并给予通报批评；通报批评超过3次的，停机限期整改；整改无效的，中止协议；情节严重的，取消其定点；必要时，提请有关部门依法对责任人给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。（一）不核实患者是否属于参保居民，造成冒名顶替就医的。（二）采用挂名住院、编造病历、住院病历与住院医疗费明细不符的。（三）推诿、滞留或转让病人的。（四）不能保证居民必需的检查、治疗和用药，造成不良后果的。（五）串换诊疗项目和药品，将不符合规定的诊疗项目和药品列入居民医保基金支付医疗费范围的。（六）违反诊疗项目收费标准和药品价格规定乱收费的。（七）检查、治疗、用药与病情不相符的。（八）利用工作之便搭车开药的。（九）其他违反居民医保政策规定的。

第六十六条 居民有下列行为之一，造成居民医保基金损失的，医保中心除追回损失外，可给予通报批评，并可暂停其享受医保待遇。必要时，提请有关部门对责任人依法予以

处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。（一）向他人提供本人医保卡和病历本，造成冒名顶替就医的。（二）虚报冒领医疗费用的。（三）其他违反居民医保政策、规定的。第六十七条 医保中心工作人员有下列行为之一的，由所在单位或劳动保障部门追回非法所得，并视情节轻重，给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。（一）在医疗保险治理工作中徇私舞弊，损公肥私的。（二）利用职权和工作之便索贿受贿，谋取私利的。（三）违反规定，将居民医保基金挪作他用的。（四）因渎职造成居民医保基金损失的。第十一章 附则第六十八条 居民因突发性、流行性疾病和自然灾害等不可抗力因素造成的大范围急、危、重病患者的救治医疗费，由政府综合协调解决。第六十九条 本细则由石家庄市劳动和社会保障局负责解释。第七十条 本细则自二〇一七年十二月二十六日起实施。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