

# 鹤壁市城镇居民 基本医疗保险暂行办法

## 鹤壁市人民政府 关于印发鹤壁市城镇居民基本医疗保险暂行办法 的通知

各县、区人民政府,市人民政府各部门:  
《鹤壁市城镇居民基本医疗保险暂行办法》已经市政府同意,现印发给你们,请结合实际,认真组织实施。

二〇〇八年六月二十五日

### 第一章 总则

**第一条** 为保障城镇居民的基本医疗需求,根据《河南省人民政府关于建立城镇居民基本医疗保险制度的实施意见》(豫政[2007]68号),结合我市实际,制定本暂行办法(以下简称《办法》)。

**第二条** 建立城镇居民基本医疗保险(以下简称居民医保)制度要坚持以下原则:

(一)低水平起步,筹资水平、保障标准与我市经济社会发展水平和各方面承受能力相适应,重点保障城镇居民的大病医疗需求,逐步提高保障水平;

(二)城镇居民基本医疗保险基金(以下简称居民医保基金)以收定支、收支平衡、略有结余;

(三)参保自愿,权利与义务相对应。

**第三条** 全市执行统一的居民医保政策,实行属地管理,统筹层次实行市区和县分别统筹,逐步过渡到全市统筹。

**第四条** 劳动保障部门是居民医保工作的行政主管部门,负责居民医保政策的制定和组织实施;教育部门负责在校(托幼机构)学生、少年儿童的登记参保、医疗保险费的代收代缴等工作;财政、卫生、公安、民政等有关部门及残联等社会团体,按照各自职责协同做好居民医保工作。

市、县医疗保险经办机构负责本统筹地区居民医保业务经办工作。

各区医疗保险经办机构负责本辖区居民医保业务经办、督促本级财政补助资金匹配等工作。

街道办事处、乡(镇)医疗保险经办机构负责本辖区居民登记参保、信息录入、医疗保险费代收代缴等工作。

### 第二章 参保范围

**第五条** 不属于城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围的中小学阶段学生(包括各类职业教育、特殊教育的学生)、少年儿童和其他具有本市城镇户籍的非从业居民。

### 第三章 基金筹集

**第六条** 居民医保基金筹资标准为:

(一)中小学阶段的学生(包括各类职业教育、特殊教育的学生)

、少年儿童和其他18周岁以下城镇居民筹资标准为每人每年90元,其中:

1. 低保对象的或重度残疾的学生和少年儿童个人不缴费,由财政全额负担。其中,市直学校(托幼机构):中央财政补助45元、省财政补助20元、市财政补助25元;除市直学校(托幼机构)外:中央财政补助45元、省财政补助20元、市财政补助10元、县(区)财政补助15元。

2. 其他学生、少年儿童和18周岁以下城镇居民,个人缴纳10元,财政补助80元。其中,市直学校(托幼机构):中央财政补助40元、省财政补助20元、市财政补助20元;除市直学校(托幼机构)外:中央财政补助40元、省财政补助20元、市财政补助8元、县(区)财政补助12元。

(二)18周岁(含18周岁)以上城镇居民筹资标准每人每年150元,其中:

1. 丧失劳动能力的重度残疾人和低收入家庭60周岁以上的老年人个人不缴费,由财政全额负担。其中,中央财政补助70元、省财政补助20元、市财政补助24元、县(区)财政补助36元。

2. 低保对象个人缴纳10元,财政补助140元。其中,中央财政补助70元、省财政补助20元、市财政补助20元、县(区)财政补助30元。

3. 其他城镇居民个人缴纳70元,财政补助80元。其中,中央财政补助40元、省财政补助20元、市财政补助8元、县(区)财政补助12元。

**第七条** 在校(托幼机构)学生、少年儿童的财政补助资金按学籍匹配,不按户籍匹配。

**第八条** 有条件的用人单位可以对职工家属参保缴费给予补助。

### 第四章 基金使用

**第九条** 建立居民医保统筹基金和居民门诊账户。

统筹基金用于支付参保居民住院医疗费用、门诊重大疾病医疗费用。居民门诊账户用于支付门诊医疗费用。

参保居民门诊账户划入数额每人每年20元。

### 第五章 医疗保险待遇

**第十条** 居民医保年度为自

然年。

参保居民在定点医疗机构发生符合规定的住院医疗费用,起付标准以下部分由个人负担,起付标准以上至最高支付限额以下部分由统筹基金按比例支付:

一年内首次住院的,统筹基金起付标准分别为一级医院(含社区卫生服务机构)200元、二级医院300元、三级医院400元、异地转诊600元;一年内第二次及以后住院的起付标准减半。

一年内统筹基金累计最高支付限额为3万元(包括住院和门诊重大疾病医疗费用,下同)。

参保居民在本市一级、二级、三级医院住院治疗,统筹基金分别支付65%、60%、55%;异地转诊住院治疗,统筹基金支付50%。

**第十一条** 参保居民跨年度住院的,起付标准按一次计算,医疗费按年度分别结算。

**第十二条** 在一年内,下列重大疾病符合规定的门诊医疗费用,统筹基金支付比例为50%:

(一)慢性肾功能衰竭的透析;

(二)恶性肿瘤的放疗、化疗;

(三)器官移植术后的抗排异反应治疗。

**第十三条** 参保居民在定点医疗机构经门诊紧急治疗后住院的,其符合规定的急诊(危、急、重病人的紧急治疗)费用可并入住院费用;经门诊紧急抢救无效死亡的,其符合规定的急诊费用按住院有关规定从统筹基金中支付。

**第十四条** 参保居民因探亲、旅游等在异地急诊需住院治疗的,须在5个工作日内向统筹地区医疗保险经办机构报告,其发生的符合规定的住院医疗费用按异地转诊有关规定审核报销。

**第十五条** 参保居民需在异地居住1年以上的(含1年),须到统筹地区医疗保险经办机构办理备案手续。因病需要住院治疗的,须在10个工作日内向统筹地区医疗保险经办机构报告,其发生的符合规定的住院医疗费用按统筹地区定点医疗机构住院有关规定审核报销。

**第十六条** 参保学生及少年儿童发生意外伤害且无其他责任人的住院医疗费用,列入统筹基金支付范围。

**第十七条** 有下列情形之一的,参保居民就医发生的医疗费用统筹基金不予支付:

(一)在国外或港、澳、台地区治疗的;

(二)自杀、自残的;

(三)斗殴、酗酒、吸毒或因违法违规造成伤害的;

(四)医疗事故、交通事故治疗的;

(五)按规定不予支付的其他情形。

### 第六章 参保程序

**第十八条** 居民登记参保和缴费

(一)城镇居民以家庭为单位

到户籍所在地街道办事处或乡(镇)医疗保险经办机构登记参保,到指定银行网点缴费。各区医疗保险经办机构对街道办事处或乡(镇)医疗保险经办机构上报的相关资料复核汇总后,到市医疗保险经办机构办理参保手续。

(二)在校(托幼机构)学生、少年儿童按学籍参保,由所在学校(托幼机构)负责参保资料审核、信息录入、医疗保险费代收代缴等工作。

**第十九条** 居民医疗保险费按年一次性缴纳,每年9月1日至10月31日为登记参保缴费期限,次年1月1日起至12月31日享受居民医保待遇,当年不再办理参保手续。

**第二十条** 医疗保险经办机构将汇总的参保人数和财政补助资金数额上报同级财政部门,财政部门将补助资金拨付医疗保险经办机构。县(区)财政补助资金到位后,市级及时下拨配套资金,并申报中央、省补助资金。

### 第七章 医疗服务管理

**第二十一条** 参保居民因病到定点医疗机构就医、经诊断确需住院治疗的,凭本人医疗保险手册、医疗保险IC卡办理住院手续。

参保居民在定点医疗机构发生的住院医疗费用,个人负担部分由个人自付;统筹基金支付部分,由定点医疗机构先记账,然后与统筹地区医疗保险经办机构直接结算。

参保居民因病需转往异地住院治疗的,由定点医疗机构提出转诊意见,报统筹地区医疗保险经办机构备案后方可外转。

参保居民在本市市区、县统筹地区定点医疗机构之间转诊的,按规定办理转诊手续,起付标准和统筹基金支付比例不按异地转诊对待。

**第二十二条** 符合第十四条、第十五条和第二十一条三款、四款的参保居民出院后30个工作日内,凭出院证、医疗费有效收据、医疗保险手册、医疗保险IC卡、病历复印件、医疗费用总清单等材料到登记参保部门申请报销,由登记参保部门到统筹地区医疗保险经办机构办理结算手续。

**第二十三条** 统筹地区医疗保险经办机构每月与定点医疗机构结算一次医疗费用,实际拨付医疗费用为应拨付医疗费用的95%,预留5%作为质量保证金。质量保证金根据日常监督检查及年度考核结果确定返还比例。

**第二十四条** 统筹地区医疗保险经办机构在具备医疗保险定点资格的医疗机构范围内确定居民医保定点医疗机构,并与其签订医疗服务协议,明确双方的责任、权利和义务。

**第二十五条** 居民医保药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围,暂参照城镇职工基本医疗保险

的相关规定执行。统筹基金支付的儿童用药、诊疗项目、特殊医用材料范围,按照国家、省有关部门的相关规定执行。

### 第八章 基金管理与监督

**第二十六条** 市、县(区)居民医保财政补助资金,列入同级财政预算。

**第二十七条** 居民医保基金纳入社会保障基金财政专户统一管理,单独列账,专款专用,不得挤占挪用。

**第二十八条** 居民医保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。基金利息收入并入居民医保基金。

**第二十九条** 劳动保障部门、财政部门要加强对居民医保基金的监督管理,审计部门要定期对居民医保基金的收支和管理情况进行审计。

**第三十条** 统筹地区医疗保险经办机构要定期向劳动保障部门、财政部门和社会保险基金监督部门报告居民医保基金的筹集、管理和使用情况,及时反映存在的问题并提出解决办法。

**第三十一条** 劳动保障部门要建立对定点医疗机构的考核机制。考核办法参照城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理的有关规定制定。

**第三十二条** 定点医疗机构、参保居民违反本《办法》规定,或者以其他不正当手段骗取居民医保基金的,由劳动保障部门责令退还,并按照相关规定予以处理。情节严重构成犯罪的,依法追究刑事责任。

**第三十三条** 劳动保障部门、医疗保险经办机构工作人员滥用职权、玩忽职守、违规操作致使居民医保基金流失的,由劳动保障部门追回流失的基金,并视情节轻重对责任人给予批评教育、行政处分,构成犯罪的依法追究刑事责任。

### 第九章 附则

**第三十四条** 市劳动保障部门、财政部门可根据基金运行情况,对居民医保基金筹集标准、地方财政补助标准、统筹基金起付标准、最高支付限额和支付比例等提出调整意见,报市政府批准后执行。

**第三十五条** 市劳动保障部门可根据本《办法》制定相应的配套政策。

**第三十六条** 参保居民因重大疫情、灾情及突发事件发生的医疗费用,由同级人民政府解决。

**第三十七条** 劳动保障部门、医疗保险经办机构开展居民医保工作所需人员和经费,由市、县(区)人民政府解决。

**第三十八条** 本《办法》由市劳动保障部门负责解释。

**第三十九条** 本《办法》自发布之日起施行。