

淄博市人民政府办公厅文件

淄政办发〔2017〕49号

淄博市人民政府办公厅 关于印发淄博市城乡居民基本医疗保险 办法的通知

各区县人民政府,高新区、经济开发区、文昌湖区管委会,市政府各部门,各有关单位,各大企业,各高等院校:

《淄博市城乡居民基本医疗保险办法》已经市政府同意,现印发给你们,请遵照执行。

淄博市人民政府办公厅

2017年12月30日

(此件公开发布)

淄博市城乡居民基本医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为推进城乡统筹,健全医疗保障体系,提高城乡居民基本医疗保险水平,根据国家、省有关规定,结合本市实际,制定本办法。

第二条 本市行政区域内,职工基本医疗保险制度覆盖范围外的城乡居民参加基本医疗保险,适用本办法。

第三条 城乡居民基本医疗保险制度遵循以下基本原则:

(一)筹资标准和保障水平与经济发展水平及各方承受能力相适应,重点保障城乡居民的大病医疗需求,适当保障门诊需求,逐步提高筹资标准和保障水平;

(二)个人缴费与政府补助相结合、权利与义务相对应、待遇与缴费相挂钩;

(三)按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则筹集基金和支付待遇。

第四条 人力资源社会保障部门主管城乡居民基本医疗保险工作。医疗保险经办机构负责城乡居民基本医疗保险的经办工作。

各区县人民政府,高新区、经济开发区、文昌湖省级旅游度假区

区管委会(以下统称区县政府)负责城乡居民参保组织工作。街道办事处、镇人民政府、村(居)委会按照本办法规定,负责城乡居民基本医疗保险的申报登记、材料审核、信息录入、费用代缴等工作。

财政部门、审计机关负责城乡居民基本医疗保险基金监管工作。卫生计生部门负责城乡居民就医医疗机构管理服务。公安部门负责提供参保人员户籍信息。教育、民政、食品药品监管、物价、残联等部门按照各自工作职责,做好城乡居民基本医疗保险相关工作。

第二章 基金管理

第五条 城乡居民基本医疗保险实行市级统筹,市及区县政府应明确职责,实行目标责任制和工作考核奖惩制。各区县医疗保险经办机构开展城乡居民基本医疗保险所需日常工作经费,由区县财政按服务人口每人每年不低于1元标准纳入财政预算;市医疗保险经办机构所需征缴经费由市财政给予安排。

城乡居民基本医疗保险基金纳入社会保障基金财政专户统一管理,按照国家、省和市有关规定实施监督。

第六条 城乡居民基本医疗保险基金的来源:

- (一)个人缴纳的基本医疗保险费;
- (二)各级财政补助资金;
- (三)基金的利息收入;
- (四)社会捐助资金;
- (五)其他公共资金;

(六)其他收入。

城乡居民基本医疗保险基金免征税费。

第七条 财政、人力资源社会保障部门按规定编制城乡居民基本医疗保险基金预决算。

第三章 基金筹集

第八条 参加城乡居民基本医疗保险的人员应按照本办法规定缴纳基本医疗保险费。政府按规定给予财政补助。

第九条 城乡居民个人缴费标准为：

(一)成年居民每人每年 280 元；

(二)学生和儿童每人每年 180 元。

第十条 城乡最低生活保障居民、农村特困供养人员、重度残疾人、城市“三无人员”、孤儿以及建档立卡贫困人口(以 2015 年底数为基数)个人不缴费,由政府按规定予以代缴。

抚恤定补优抚对象个人缴费部分按照《淄博市抚恤定补优抚对象医疗保障办法》有关规定执行。

第十一条 鼓励有条件的区县政府或用人单位、镇(街道)、村(居)集体经济组织等单位和个人对特殊人群或其他城乡居民个人缴费部分给予全部或部分代缴。

职工基本医疗保险参保人员个人账户资金的结余部分,可用于缴纳家庭成员的城乡居民基本医疗保险费。

第十二条 新生儿父(母)参加本市基本医疗保险的,新生儿出生当年不缴费,办理参保登记手续后,享受当年城乡居民基本医

疗保险待遇。

第十三条 高等院校学生及市属以上中专和技校学生财政补助资金由市及以上财政按规定承担；其他城乡居民的财政补助资金由区县财政承担，市及以上财政按规定比例给予补助。政府代缴个人缴费所需资金，按参保人员管理级次由同级财政负担。

第十四条 城乡居民基本医疗保险费由下列单位负责收缴：

(一)成年和未入学(园)的城乡居民以家庭为单位，由其户籍所在地或者居住地街道办事处、镇人民政府、村(居)委会负责代收代缴；

(二)区县属中专和技校学生、中小学阶段学生和入园儿童由教育部门负责代收代缴；

(三)高等院校学生、市属以上中专和技校学生由所属院校负责代收代缴。

第十五条 建立城乡居民基本医疗保险参保登记制度。设立缴费期，与城乡居民基本养老保险集中缴费，每年缴费期为上年的10月1日至12月31日。

第十六条 参加城乡居民基本医疗保险，应当足额连续缴纳基本医疗保险费。城乡居民实现就业的，应参加相应的职工基本医疗保险。

第四章 基本医疗保险待遇

第十七条 城乡居民基本医疗保险待遇包括住院医疗待遇(含居民生育住院)、门诊医疗待遇。在一个年度内，基本医疗保险

基金最高支付限额为 20 万元。

第十八条 住院医疗待遇：

城乡居民在本年度首次住院的，医疗费用起付标准分别为：一级医院 100 元、二级医院 300 元、三级医院 700 元。

学生和儿童住院医疗费用起付标准统一为 100 元。

在一个年度内第二次住院的，起付标准减半，第三次住院的，取消起付线。城乡最低生活保障居民、农村特困供养人员在指定优惠就医医院住院的，医疗费用取消起付线。

起付标准以上至最高支付限额之间符合政策规定的住院医疗费用，实行基本药物制度的一级医院（社区卫生服务中心、镇卫生院）报销比例为 85%，其他一级医院报销比例为 75%，二级医院报销比例为 70%，三级医院报销比例为 55%。

第十九条 门诊慢性病医疗待遇：

经确认患有恶性肿瘤（包括白血病）、尿毒症、脏器官移植、糖尿病（合并感染或有心、肾、眼、神经并发症之一者）、高血压病Ⅲ期（有心、脑、肾并发症之一者）、类风湿病（活动期）、肺源性心脏病（出现右心室衰竭）、脑出血（包括脑梗塞）恢复期、慢性病毒性肝炎、冠心病（出现左心室衰竭）、阻塞性肺气肿、结核病、再生障碍性贫血、重性精神疾病、癫痫、血友病、苯丙酮尿症等规定慢性病所发生的门诊医疗费用，城乡居民基本医疗保险基金给予适当补助。

在一个年度内，门诊慢性病医疗费用起付标准为 500 元，与住院起付标准分别计算，起付标准以上至最高支付限额之间符合政

策规定的门诊慢性病医疗费用最高补助比例不超过 50%，具体比例和病种调整由市人力资源社会保障部门根据年度基金结余情况确定。

第二十条 普通门诊统筹医疗待遇：

在一个年度内，门诊医疗费用起付标准为 50 元，参保人本年度内门诊统筹基金最高支付限额为 900 元，起付标准以上至最高支付限额之间符合政策规定的普通门诊统筹医疗费用报销比例为 50%。

第二十一条 学生和儿童因意外伤害发生的符合政策规定支付的门诊医疗费用，按照门诊统筹规定支付，最高支付限额相应提高。

第五章 医疗服务管理

第二十二条 逐步建立基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的分级诊疗制度。城乡居民基本医疗保险医疗服务管理比照职工基本医疗保险医疗服务管理有关规定执行。

第二十三条 城乡居民基本医疗保险实行定点医疗管理。执行职工基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准。

第二十四条 定点医疗机构应建立健全医疗保险内部管理制度，提供合理、必要的医疗服务，尊重参保人员的知情权，履行相关告知义务。

第二十五条 医疗保险经办机构与定点医疗机构签订服务协议，实行协议管理，及时按规定与定点医疗机构结算医疗费用。

第二十六条 参保人住院就医按照基层首诊、遵循签约、逐级上转原则,选择本市住院定点医疗机构,门诊就医应选择签约医疗机构。就医时,应出示社会保障卡,凭卡就医、联网结算。

第二十七条 定点医疗机构未履行联网结算手续等告知义务或在使用和提供自费药品、医用材料、诊疗项目时,未征得患方同意的费用由定点医疗机构承担。

参保人未按照相关规定办理联网结算手续,符合政策规定的医疗费用先由参保人自负 10%后,医疗保险经办机构再按规定进行报销。

第二十八条 参保人市外就医的,应履行相关转诊就医手续。经指定转诊医院同意,医疗保险经办机构办理转诊手续,到市外协议医疗机构就医的,先由个人负担符合政策规定医疗费用的 15%,到市外非协议医疗机构就医的,先由个人负担符合政策规定医疗费用的 30%,个人负担后符合政策规定的余额部分,按城乡居民基本医疗保险有关规定报销。

未办理转诊手续的,先由个人负担符合政策规定医疗费用的 40%,个人负担后符合政策规定的余额部分,按城乡居民基本医疗保险有关规定报销。

第二十九条 门诊慢性病实行签约医疗服务、限额管理;普通门诊统筹实行签约医疗服务、基层医疗机构首诊、双向转诊制度。

第三十条 参保人、定点医疗机构、人力资源社会保障部门和医疗保险经办机构工作人员违反本办法规定的,依据有关法律法

规政策规定承担相应的责任。

第六章 附 则

第三十一条 城乡居民基本医疗保险个人缴费和财政补助标准、待遇标准需调整时,由市人力资源社会保障部门会同市财政部门提出具体方案,经市人民政府同意后执行。

第三十二条 本办法由市人力资源社会保障部门负责解释,并会同有关部门制定具体的实施细则。

第三十三条 本办法自 2018 年 1 月 1 日起施行,有效期至 2022 年 12 月 31 日。

抄送：市委各部门，市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市法院，市检察院，淄博军分区。
各民主党派市委。
