

# 印发揭阳市城乡居民基本医疗保险实施意见 的 通 知

揭府办〔2011〕74号

各县（市、区）人民政府（管委会），市府直属各单位：

《揭阳市城乡居民基本医疗保险实施意见》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。执行过程中遇到的问题，请径向市人力资源社会保障局反映。

揭阳市人民政府办公室

二〇一一年八月十七日

## 揭阳市城乡居民基本医疗保险实施意见

为进一步完善基本医疗保险制度，整合基本医疗保障管理资源，实现城乡居民基本医疗保险一体化，根据《中华人民共和国社会保险法》、省政府办公厅《关于加快推进我省基本医疗保险和生育保险市级统筹工作的通知》（粤办函〔2010〕487号）及《揭阳市城乡一体化医疗保障管理服务实施方案》（揭府办〔2010〕20号）、《揭阳市社会保险市级统筹实施方案》（揭府办〔2010〕65号）等有关文件精神，结合我市

实际，制定本实施意见。

### 一、工作目标和原则

(一) 工作目标。完善基本医疗保险制度，实现城乡居民基本医疗保险一体化，最终实现“全民医保”目标。

(二) 工作原则。城乡居民基本医疗保险实行参保自愿、个人缴费和政府补贴相结合方法，建立城乡居民基本医疗保险统筹基金（以下简称“统筹基金”）。

### 二、实施范围和统筹层次

(三) 实施范围。城镇职工基本医疗保险覆盖范围以外的本市城镇和农村户籍居民（以下统称参保人）；本市行政区域内各高校、中等专业学校、中小学校在校学生和少年儿童；在本市暂住一年以上，且参加城镇职工基本医疗保险确有困难的非本市户籍外来务工人员。

(四) 统筹层次。城乡居民基本医疗保险实行市级统筹，基金纳入市城乡居民医疗保险基金财政专户管理，统一核算，各县（市、区）分别建帐，具体按揭府办〔2010〕65号文执行。

### 三、基金筹集与使用

(五) 筹集原则。城乡居民基本医疗保险是以基本医疗保险为主，大额医疗保险为补充的多层次医疗保障制度。基本医疗保险基金按照以收定支、收支平衡的原则筹集。

(六) 基金构成。城乡居民基本医疗保险基金由城乡居民缴纳的基本医疗保险费；财政补助资金；社会捐赠资金；医疗救助基金；利息收入及其他收入（益）构成。

(七) 基金筹集。城乡居民按年度缴纳医疗保险费。参保每人每年需缴纳医疗保险费30元。大额医疗保险费及普通门诊费由统筹基金支付。

(八) 基金使用范围。城乡居民基本医疗保险不设个人账户，所有

保险基金均纳入统筹基金。门诊统筹基金，住院统筹基金分别列帐，基金支付下列费用：

- 1、普通门诊统筹基本医疗费用；
- 2、门诊特定病种基本医疗费用；
- 3、在门（急）诊抢救无效死亡的基本医疗费用；
- 4、疾病、意外事故、符合计划生育政策规定的生育或者终止妊娠的住院基本医疗费用。

（九）根据我市社会经济发展、医疗消费水平变化和统筹基金支出等情况，需对城乡居民基本医疗保险缴费、医疗待遇作出调整的，由市人力资源社会保障局会同市财政局提出意见，报市人民政府批准后执行。

#### 四、缴费办法

（十）城乡居民按年度（每年1月1日至12月31日为一个年度）申报参保，应在每年9月1日至11月30日持有关资料（身份证、户口簿）到户籍所在地指定的机构办理下一年度参保登记和缴费手续。

城乡居民应缴纳的医疗保险费，由各镇（街道）指定专门机构按年度一次性直接收取。

（十一）财政补助参保人的资金除中央、省级财政补助外，市、县（市、区）财政分别按规定分担。对城镇户籍低保对象、重度残疾的学生和儿童、丧失劳动能力的重度残疾人、低收入家庭60周岁以上的老年人和未成年人等所需个人缴费部分除省级财政和当地社会医疗救助金补助后的差额部分，由县（市、区）财政分担。

农村户籍的五保户、低保对象参保需个人缴纳的基本医疗保险费，由当地财政或当地的社会医疗救助基金负担。

（十二）财政承担的城乡居民基本医疗保险费补贴，由各级财政部门按参保人员名册统一核拨，每年从财政专户中一次性直接划拨代缴。

（十三）城乡居民基本医疗保险基金单独设账管理，按国家有关规

定计息，基金及其利息免征税费。

## 五、医疗保险待遇

(十四) 参保人按年度参保缴费后，享受缴费年度城乡居民基本医疗保险待遇。

(十五) 参保人就医，实行定点医疗制度。

(十六) 参保人在定点医院门诊，享受普通门诊统筹待遇。每次门诊就医发生的医保甲类药品（含基本药物）、一般诊疗费和其他符合规定的诊疗费用，在起付标准100元以上部分，由医疗保险基金按40%比例给予支付，年度累计支付限额30元，基本医疗保险费用限额在当年度使用，不结转。

(十七) 建立城乡居民基本医疗保险门诊特定病种补偿制度。办法另行规定。

(十八) 参保人在本市定点医疗机构住院发生的符合基本医疗保险政策范围内的医疗费用，在起付标准以上、最高限额以下的由个人、统筹基金按比例承担，超最高限额以上由大额医疗保险按比例赔付。

1、本市定点一、二、三级医院的起付标准分别为200元、300元和400元。

2、参保人年度内每次住院基本医疗费用在起付标准以上最高限额6万元以下的由住院统筹基金分别按比例支付：一级医院75%、二级医院65%、三级医院50%。

3、年度累计基本医疗费用6万元以上部分由大额医疗保险按60%比例赔付，年度累计实际最高赔付限额为6万元以上（具体赔付额以医保经办机构与商业保险公司签订的服务协议为准）。

4、市外就医的参保人住院基本医疗费用起付标准按本市同等医疗机构级别相应增加一倍，基金支付比例扣减5%支付。

(十九) 符合计划生育政策、已领取生育服务证（手册）的参保产

妇，在住院分娩时所发生的符合规定的医疗费用纳入住院统筹基金支付范围，按城乡居民基本医疗保险待遇标准支付。参保孕妇在参保缴费截止日后分娩的，其婴儿的医疗保险待遇按母亲的待遇标准执行，但母婴两人享受的统筹基金支付总额不能超过其母亲的最高支付限额。

城乡医疗救助对象在市内定点医疗机构住院治疗的，住院实行零起付并由定点医疗机构根据其住院费用情况减收（或免收）住院押金，其个人自付的医疗费用，按市城乡医疗救助有关规定执行。

（二十）有下列情形之一的，城乡居民基本医疗保险基金不予支付：

- 1、明确由工伤保险基金支付的医疗费用；
- 2、交通事故（能提供公安交通管理部门出具肇事方逃逸的相关证明除外）、意外事故、医疗事故等明确由第三方负责的；
- 3、应当由公共卫生负担的；
- 4、在境外就医的；
- 5、法律法规规定的其他不予支付的费用。

## 六、医疗保险管理

（二十一）城乡居民基本医疗保险实行定点医疗机构协议管理。定点医疗机构由各县（市、区）人力资源和社会保障局进行资格审核，市人力资源和社会保障局确定；县（市、区）社会保险经办机构与定点医疗机构签订服务协议。

（二十二）社会保险经办机构与普通门诊定点医疗机构按“定额包干、年度结算、超支不补”的方式进行结算（具体按服务协议执行）。

参保人应在参保时选择一家定点基层医疗机构作为本人普通门诊定点医院，如未选定的由经办机构按参保人户籍所在地就近确定一家。

（二十三）参保城乡居民在定点医疗服务机构或异地就医，其医疗费用应当符合本省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施目录的管理规定。

(二十四) 参保人住院就医, 须持参保证件到定点医院就诊(危、急病人不受此限制); 需往市外转诊的, 由二级以上定点医院负责办理, 医疗保险经办机构确认, 支付比例按市内相同级别医院支付。转诊手续不齐全, 往异地就医的, 按市外就医规定支付。除急诊和急救外, 参保人员在本市非定点医院就医的医疗费用, 基金不予支付。

参保人常住异地(连续一年以上)的, 须在当地的基本医疗保险定点医疗机构中选择一至三家作为本人的定点医疗机构, 报所属医保经办机构备案, 起付标准、报销比例按我市相同级别医院支付。

(二十五) 参保人在本市定点医院住院就医, 出院时须结清个人应付的医疗费(含住院统筹基金和大额医疗保险支付范围以外的费用、起付标准和个人按比例自付部分), 其余部分由医疗保险经办机构与定点医院同步结算。

(二十六) 参保人异地住院发生的医疗费用或在本市非定点医疗机构住院(只限急诊、急救)发生的医疗费用, 先由个人垫付, 出院后凭参保证件和加盖公章的疾病诊断证明、住院费用明细清单、住院发票等就医资料到当地医疗保险经办机构办理报销。应由大额医疗保险承担的费用由医疗保险经办机构按月与大额医疗保险经办机构结算。参保人按本项规定住院医疗费报销须在出院后60日内到医疗保险经办机构办理。

(二十七) 参保人住院就医的时间跨自然年度但未缴纳下一个自然年度医疗保险费的, 其享受医疗保险待遇的截止时间为自然年度内的最后一日。

(二十八) 定点医院要严格按照住院统筹基金待遇支付范围提供医疗服务, 严格把握出入院标准, 做到因病施治、合理诊疗、合理用药、合理收费、优质服务, 要为参保人提供每日费用明细清单。定点医院使用住院统筹基金支付范围外的药物和治疗时, 要征得参保人同意方能使用, 发生的相应费用由参保人个人承担。

(二十九) 医疗保险经办机构对定点医疗机构进行检查监督, 定点医疗机构要予以配合, 及时提供检查所需资料等。

(三十) 建立城乡居民基本医疗保险信息平台, 完善与定点医疗机构的网络建设, 逐步实施城乡居民基本医疗保险一卡通服务, 实现医疗保险信息化管理。

(三十一) 城乡居民基本医疗保险基金存入市社会保险基金财政专户, 专款专用, 任何单位和个人不得挤占挪用。

(三十二) 各有关部门工作人员应遵守基金管理及其他财经制度、医疗保险政策规定, 确保基金安全, 有违反规定的, 视情节轻重, 给予行政处分; 构成犯罪的, 依法移交司法机关处理。

(三十三) 医疗保险定点医院及其工作人员违反服务协议的, 由医疗保险经办机构依据协议处理; 参保人以各种非法手段骗取住院统筹基金的, 医疗保险经办机构有权追回所发生的费用, 停止参保人享受当年的城乡居民基本医疗保险待遇; 构成犯罪的, 依法移交司法机关处理。

## 七、组织领导

(三十四) 各级人力资源和社会保障局是城乡居民基本医疗保险的行政主管部门, 负责本意见的组织实施; 医疗保险经办机构负责城乡居民基本医疗保险统筹基金的具体运作; 各镇(乡)、街道办负责本辖区内城乡居民基本医疗保险的宣传发动、具体办理参保人的身份认证、参保登记、个人缴费征收等工作。

财政、卫生、食品药品监管、民政、教育、农业、公安、残联等部门按照各自职责协同做好城乡居民基本医疗保险工作。

(三十五) 城乡居民基本医疗保险业务所需经费, 由各级财政核定列入预算安排。

(三十六) 城乡居民基本医疗保险工作实行目标责任管理, 纳入年度考核内容。市政府每年对城乡居民基本医疗保险工作进行全面考核,

对成绩显著的单位及个人给予表彰和奖励，对工作不落实、违反城乡居民基本医疗保险政策规定的单位及有关责任人进行通报批评，并按有关规定作出处理。

(三十七) 市、县(市、区)城镇居民基本医疗保险联席会议办公室和新型农村合作医疗领导小组办公室合并更名为城乡居民基本医疗保险领导小组办公室；各镇(街道)新型农村合作医疗办公室更名为城乡居民基本医疗保险办公室，其原有职能不变。

#### 八、其他事项

(三十八) 本意见自2012年1月1日起执行，《揭阳市城镇居民基本医疗保险暂行规定》(揭府〔2007〕89号)及新型农村合作医疗有关规定同时废止。原城镇居民基本医疗保险基金、新型农村合作医疗基金统一合并为市城乡居民基本医疗保险基金。

(三十九) 本意见未涉及的其它问题，按现行相关办法执行。

(四十) 本意见由市人力资源社会保障局负责解释。

## 印发揭阳市政府信息公开工作考核办法

### (试行) 等制度的通知

揭府办〔2011〕77号

各县(市、区)人民政府(管委会)，市府直属各单位：

《揭阳市政府信息公开工作考核办法(试行)》、《揭阳市政府信息公开社会评议办法(试行)》、《揭阳市政府信息公开工作过错责任追究办法(试行)》、《揭阳市政府信息发布协调制度(试行)》业经市人民政