

# 汕头经济特区城乡居民基本医疗保险办法

(2018年8月15日汕头市人民政府令第184号公布 自2018年10月1日起施行)

## 第一章 总 则

**第一条** 为建立健全本市城乡居民基本医疗保险制度，保障城乡居民基本医疗需求，根据国家和省的有关规定，结合本市实际，制定本办法。

**第二条** 本市行政区域内的城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医疗保险）工作，适用本办法。

**第三条** 本市行政区域内的下列人员，可以按照本办法参加居民医疗保险：

（一）具有本市户籍且不属于职工基本医疗保险保障范围的城乡居民；

（二）在本市行政区域内各类高等学校、科研机构、中等职业技术学校、技工学校、中小学校就读的全日制非本市户籍在校

学生；

(三)不属于职工基本医疗保险保障范围的本市居住证持有人；

(四)已在本市参保的外来务工人员其共同生活的学龄前子女。

按照本办法参加居民医疗保险的人员统称参保人。

**第四条** 居民医疗保险制度遵循个人缴费与政府补助相结合、权利和义务相对等、保障水平与社会发展水平相适应、基本医疗保险和大病保险相结合的原则。

**第五条** 市人民政府统一领导、协调居民医疗保险工作。

市社会保险行政部门负责全市居民医疗保险工作,组织实施本办法。

各区(县)人民政府、镇人民政府、街道办事处负责辖区内居民医疗保险工作。各村(居)民委员会协助做好辖区内居民医疗保险工作。

社会保险经办机构负责承办城乡居民医疗保险基金(以下简称医疗保险基金)的筹集、待遇的给付及经办工作协调等居民医疗保险业务。

发展改革、财政、卫生计生、食品药品监督、农业、公安、

审计、民政、教育、税务、残联等部门，按照各自职责做好居民医疗保险工作。

## **第二章 医疗保险基金征缴**

**第六条** 本市设立医疗保险基金，主要由居民医疗保险费和政府的补助组成。

**第七条** 医疗保险基金按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，并实行市级统筹，财政专户管理，专款专用。

医疗保险基金出现收不抵支时，由市、区（县）财政按一定比例分担，具体办法另行制定。

**第八条** 参保人应当缴纳的居民医疗保险费（以下简称保险费）按年度筹集。逐步建立个人缴费标准与本市上年度城乡居民可支配收入相挂钩机制。个人缴费和财政补助标准根据国家 and 省相关规定和基本医疗保险基金收支情况等确定并向社会公布。

大中专院校在校学生参保的财政补助资金按所在院校隶属关系，由同级财政安排。

**第九条** 符合条件享受政府资助参加城乡居民基本医疗保险的本市户籍城乡居民，个人应缴纳的保险费由户籍所在区（县）

的城乡医疗救助基金全额资助。

**第十条** 市、区（县）政府在参保人缴纳保险费和国家、省给予定额补助的基础上，按不低于省、市规定的标准，以市与区（县）政府现行财政分担体制为基础，给予定额补助。

**第十一条** 参保人参加居民医疗保险时，原则上应当以家庭为参保单位，向户籍所在地镇（街道）人力资源和社会保障服务所办理参保手续，在社会保险经办机构指定的银行开设缴费账户后，城乡居民个人缴纳的保险费由社会保险经办机构在其缴费账户直接扣取。参保人也可向村（居）民委员会统一登记、造册，由村（居）民委员会凭名册到户籍所在地镇（街道）人力资源和社会保障服务所办理参保手续，并由村（居）民委员会代收代缴保险费。

本市居住证持有人及符合条件的非本市户籍学龄前儿童由其监护人向居住地所在辖区镇（街道）人力资源和社会保障服务所办理参保手续，并按规定缴纳保险费。

在校学生由所在学校统一向学校所在区（县）社会保险经办机构申报参保缴费。

**第十二条** 参保人办理参保手续、缴纳保险费的期间为每年9月1日至12月10日。已办理保险费由指定银行代扣的参保人

未在规定的时间内办理停保手续的，保险费由社会保险经办机构继续按规定扣取；因参保人账户问题而未能成功扣费的，视为自动停保。

**第十三条** 下列居民可以在当年度或者办理相关手续的3个月内办理中途参保手续，缴纳剩余月份的保险费：

- （一）困难居民；
- （二）新入（迁入）本市户籍人员；
- （三）中途转入本市就读的在校学生或者当年度毕业的本市户籍大中专院校学生；
- （四）终止职工基本医疗保险关系的本市户籍人员；
- （五）本市户籍的退役士兵；
- （六）本市户籍刑满释放人员；
- （七）其他符合规定的人员。

### **第三章 居民医疗保险待遇和就医管理**

**第十四条** 参保人在规定时间内缴纳下一年度保险费的，自下一年度的1月1日起至12月31日止，享受相应的居民医疗保险待遇。参保人年度中途办理参保手续的，自缴纳保险费的当月

1 日起至当年 12 月 31 日止，享受相应的居民医疗保险待遇。

**第十五条** 新生儿出生时其母亲已参加本市居民医疗保险或者职工基本医疗保险的，新生儿在出生年度内按规定享受居民医疗保险待遇。

新生儿在出生 3 个月内参保的，其居民医疗保险待遇可追溯至其出生之日。

**第十六条** 参保人在参加居民医疗保险期间就业（含灵活就业）并参加本市职工基本医疗保险且符合条件可享受医疗保险待遇的，只能享受职工或者居民医疗保险待遇，不得同时享受该两项基本医疗保险待遇。

**第十七条** 居民医疗保险的保障范围：

- （一）普通门诊统筹基本医疗费用；
- （二）门诊特定病种基本医疗费用；
- （三）在门（急）诊抢救无效死亡的基本医疗费用；
- （四）家庭病床基本医疗费用；
- （五）住院基本医疗费用；
- （六）国家、省、市规定的其它医疗费用。

**第十八条** 下列情况发生的基本医疗费用，属于居民医疗保险保障范围的，由医疗保险基金和参保人按规定共同支付：

(一) 参保人在本市协议医疗机构就医的；

(二) 参保人因急诊（症）抢救需要就近在非本市协议医疗机构就医的；

(三) 因病情需要，参保人按规定转到外地定点医疗机构就医的。

参保人已办理常住异地就医手续并在选定的定点医疗机构就医的，视同在本市协议医疗机构就医。

**第十九条** 参保人住院发生的基本医疗费用，起付标准以下的由参保人自付。

参保人在本市协议医疗机构住院的起付标准为：一级医疗机构 200 元，二级医疗机构 400 元，三级医疗机构 1000 元。参保人在非本市协议医疗机构住院的起付标准为 1000 元。

参保人一个年度内因恶性肿瘤、精神病、血友病或者再生障碍性贫血在本市协议医疗机构多次住院就医的，只需支付首次住院时起付标准以下的费用。

参保人在本市协议医疗机构之间转院治疗的，按一次住院支付起付标准以下费用，转入医院起付标准高于转出医院的，应当补缴差额部分费用。

**第二十条** 参保人住院发生的起付标准以上基本医疗费用，

由医疗保险基金按以下比例支付：

（一）参保人在本市协议医疗机构或者因急诊（症）抢救需要而在本市非协议医疗机构住院就医的，三级、二级、一级及以下医院对应的支付比例分别为 65%、80%、90%；

（二）参保人办理异地转诊手续在外地定点医疗机构住院就医的，支付比例为 55%；

（三）参保人未办理异地转诊手续在外地定点医疗机构住院就医的，或者因急诊（症）抢救需要在外地非定点医疗机构住院就医的，支付比例为 40%。

**第二十一条** 参保人在门（急）诊抢救无效死亡发生的基本医疗费用，不设起付标准，由医疗保险基金按本办法第二十条规定的报销比例支付。

**第二十二条** 医疗保险基金支付参保人门诊特定病种、门（急）诊抢救无效死亡、设立家庭病床、住院等发生的基本医疗费用，年度累计最高支付限额根据其连续参保缴费时间确定，具体是：

（一）连续参保缴费时间在 12 个月以下的，年度累计最高支付限额为 10 万元；

（二）连续参保缴费时间在 12 个月以上的，年度累计最高

支付限额为 20 万元。

连续参保缴费时间是指从参保缴费当月至其医疗费用发生当月的实际参保缴费时间。参保人由职工医保转为居民医保且中断缴费时间不超过 3 个月的，计算支付限额时，其原职工医保的连续缴费时间可以累计计算。

随母享受待遇的新生儿，年度最高支付限额按第一款第（一）项执行。

**第二十三条** 居民医疗保险实行协议医疗机构管理。除病情需要、急诊（症）抢救、参保人常住异地外，参保人应在本市协议医疗机构就医。参保人异地就医的，应按规定办理相关手续。具体规定如下：

（一）参保人因病情需要转往外地医疗机构就医的，应办理异地就诊手续并必须转往当地的定点医疗机构，且优先转往本市异地就医联网结算医疗机构。

（二）大学生在假期、休学或者实习期间，在家庭所在地或者实习所在地当地的定点医疗机构住院就医的，视为在本市协议医疗机构就医。

（三）参保人常住异地（连续 6 个月以上）的，可向户籍所在地区（县）社会保险经办机构申请办理常住异地就医备案手续。

**第二十四条** 参保人在协议医疗机构发生的基本医疗费用，属于个人支付的，由协议医疗机构与个人结算；属于医疗保险基金支付的，由协议医疗机构按规定记账，再与社会保险经办机构结算。特殊情况下，基本医疗费用不能记账的，由参保人先垫付后，再到社会保险经办机构办理现金报销手续。

**第二十五条** 参保人住院就医发生的基本医疗费用由参保人垫付的，应当于出院之日起 12 个月内到社会保险经办机构办理报销手续，逾期不予受理。

**第二十六条** 参保人住院就医的时间跨年度，并已按规定缴纳下一个年度保险费的，其居民医疗保险待遇按年度分段计算，跨年度住院发生的基本医疗费用只计算一次起付标准。

参保人住院就医的时间跨年度，但未缴纳下一个年度保险费的，其享受医疗保险待遇的截止时间为缴费年度最后一日。

**第二十七条** 参保人因下列情况发生的医疗费用，不纳入居民医疗保险的保障范围：

- （一）应当由公共卫生负担的；
  - （二）非因急诊（症）抢救在非协议医疗机构就医的；
  - （三）交通事故、意外事故、医疗事故等按规定由第三方支付
- 付的；

(四) 在境外就医的；

(五) 国家或者省规定不属居民医疗保险基金支付范围的。

**第二十八条** 医疗保险基金支付参保人就医的药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施标准，按照国家、省和市基本医疗保险有关规定执行。

## 第四章 法律责任

**第二十九条** 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取居民医疗保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。

**第三十条** 社会保险经办机构以及协议医疗机构、协议零售药店等社会保险服务机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险基金支出的，由社会保险行政部门责令退回骗取的保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；属于协议医疗机构、协议零售药店等社会保险服务机构的，解除服务协议。直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，依法吊销其执业资格。

**第三十一条** 社会保险经办机构及其工作人员有下列行为

之一的，由社会保险行政部门责令改正；给医疗保险基金、用人单位或者个人造成损失的，依法承担赔偿责任；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分：

（一）未履行法定职责的；

（二）未将医疗保险基金存入财政专户的；

（三）克扣或者拒不按时支付居民医疗保险待遇的；

（四）丢失或者篡改缴费记录、享受居民医疗保险待遇记录等社会保险数据、个人权益记录的；

（五）有违反社会保险法律、法规的其他行为的。

**第三十二条** 违反本办法，隐匿、转移、侵占、挪用医疗保险基金或者违规投资运营的，由社会保险行政部门、财政部门、审计机关责令追回；有违法所得的，没收违法所得；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

**第三十三条** 社会保险行政部门和其他有关行政部门、社会保险经办机构、保险费征收机构及其工作人员泄露用人单位和个人信息的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分；给用人单位或者个人造成损失的，应当承担赔偿责任。

**第三十四条** 国家工作人员在医疗保险管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分。

**第三十五条** 违反本办法规定，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

#### **第四章 附则**

**第三十六条** 居民医疗保险按自然年度结算，每年的1月1日至12月31日为一个结算年度。

**第三十七条** 参保人普通门诊、门诊特定病种、设立家庭病床发生的基本医疗费用，纳入医疗保险基金支付范围，具体办法另行制定。城乡居民大病保险办法另行制定。

参保人常住异地、异地就医转诊、备案及现金报销等具体办理程序、管理办法由市社会保险经办机构另行制定。

**第三十八条** 保险费、居民医疗保险待遇等需要调整时，由市社会保险行政部门拟订调整方案，报市人民政府批准后公布执行。

**第三十九条** 本办法所称基本医疗费用是指符合基本医疗保险诊疗项目目录、医疗服务设施标准和药品目录范围内的费用。

本办法所称的参保人医疗费用发生当月，按医疗费用实际发生的时间计算。除特别说明外，本办法所称的“以上”不包括本

数、“以下”包括本数。

**第四十条** 国家和省对特殊群体享受基本医疗保险待遇另有规定的，从其规定。

**第四十一条** 本办法自 2018 年 10 月 1 日起施行。