

梅州市人民政府文件

梅市府〔2015〕10号

梅州市人民政府关于印发梅州市城乡居民 基本医疗保险暂行办法的通知

各县（市、区）人民政府，市府直属和中央、省属驻梅各单位：

现将《梅州市城乡居民基本医疗保险暂行办法》印发给你们，请认真贯彻执行。执行中遇到的问题，请径向市人力资源社会保障局反映。



梅州市城乡居民基本医疗保险暂行办法

第一章 总 则

第一条 为建立我市城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）制度，促进城乡经济社会协调发展，共享经济社会发展成果，根据有关法律法规和政策规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 城乡居民医保实施范围和对象，是指除城镇职工基本医疗保险制度覆盖范围以外的本市户籍居民、本市各类全日制大学和中职技校的非本市户籍学生（以下简称城乡居民）。

在本市就读的异地务工人员子女，符合条件的可以参加学校所在地区城乡居民医保。

按本办法参加城乡居民医保的城乡居民统称“参保人”。

城乡居民就业后应当参加城镇职工基本医疗保险。

第三条 城乡居民医保遵循下列原则：

（一）坚持广覆盖、保基本、多层次、可持续的原则，坚持政府主导、市场参与、民主管理、机制创新，坚持多元筹资、平稳运行、便民惠民的原则；

（二）筹资及保障水平与社会经济发展水平及各方面承受能力相适应的原则；

（三）个人缴费与政府补助相结合，权利与义务相对应的原则；

(四) 坚持以收定支、收支平衡、略有节余的原则；

(五) 属地管理的原则。

第四条 城乡居民医保实行全市统一制度和政策的市级统筹，分级管理。统一缴费标准和待遇水平、统一业务经办规程、统一信息系统、统一风险调剂金制度。

第五条 城乡居民医保制度包括住院统筹、大病保险、普通门诊统筹、特定病种门诊补助等。

第六条 各县(市、区)政府对本辖区城乡居民医保工作负责，应将城乡居民医保工作列入当地经济社会发展规划和年度工作计划，组织镇(街道)、村(居)委做好宣传发动和参保缴费工作，落实城乡居民医保经办服务所需的机构设置、人员编制以及经费。

各级人力资源社会保障局主管本行政区域内城乡居民医保工作，具体负责本办法组织实施、监督和指导。

各级社会保险基金管理局负责城乡居民医保业务经办。镇(街道)城乡居民医疗保险中心(简称“居民医保中心”)与人力资源和社会保障服务中心合署办公。

卫生、食品药品监督管理部门应配合城乡居民医保制度改革，加强医药卫生从业人员职业道德教育，规范医疗和经营行为，努力满足参保人医疗服务的基本需求，为城乡居民医保基金安全、有效运行提供基本保障。

发改、财政、地税、公安、物价、审计、监察、教育、民政、

计生、残联等部门，应当按各自职责协同实施本办法。

第二章 基金筹集和管理

第七条 建立城乡居民医保基金。城乡居民医保基金不设个人账户，主要用于支付参保人符合医保规定的医疗费用、建立市级风险调剂金、购买大病保险服务。

第八条 城乡居民医保基金的来源：

- （一）参保人个人缴费；
- （二）各级财政补助资金；
- （三）利息收入；
- （四）其他合法收入。

第九条 城乡居民医保实行个人缴费和财政补助相结合的筹资方式。

（一）个人缴费设置以下两个档次，参保家庭可根据自身实际进行选择，同一户口簿内符合参保条件的家庭成员按同一缴费档次同时参保：

- 1、A档：每人每年50元；
- 2、B档：每人每年90元；

（二）各级财政补助资金按照国家、省、市有关规定执行。

大学生、中职技校学生和符合条件的本市就读异地务工人员子女，参加城乡居民医保所需财政补助资金按照学校（含分校区）隶属关系，由同级财政负责安排。具体按照省、市有关规定执行。

第十条 鼓励有条件的农村集体经济组织，对本村居民参加城乡居民医保给予个人缴费补助。有条件的用人单位可对职工供养直系亲属参加城乡居民医保给予个人缴费补助。

第十一条 城乡居民医保年度为自然年度。每年9月1日至11月30日为城乡居民次年医保年度缴费期，参保人应按缴费标准，一次性足额缴纳全年城乡居民医保费。城乡居民原则上以户为单位参保。缴费办法如下：

（一）农村居民缴费。由村委会具体负责，根据参保缴费标准，统一向农户收取或从村集体经济收益分配中代扣代缴城乡居民医保费，并统一建立参保登记花名册。村委会将本村收缴的医保费存入当地指定的专用账户，并将参保登记花名册和存款单据报送镇（街道）居民医保中心。镇（街道）居民医保中心应按规定及时将参保人员资料录入信息数据库。

（二）城镇居民缴费。城镇居民持本人户口簿、身份证或上一年度缴费单到人力资源社会保障部门委托的商业银行办理参保缴费。受委托的商业银行应按规定将参保人员的资料录入信息数据库。

（三）在校学生缴费。全日制大学、中职技校的学生、在本市就读的异地务工人员子女，由学校统一组织、统一收费、统一登记造册。学校将收缴的医保费存入当地指定的专用账户，并将花名册（纸质和电子格式）和存款单据送学校所在镇（街道）人力资源社会保障部门或委托的商业银行办理参保缴费登记手续。

有条件的农村居民和在校学生，可逐步实行按城镇居民缴费办法到银行办理参保缴费或由银行代扣代缴。

（四）特殊人群缴费。城乡五保供养对象、享受当地最低生活保障家庭成员、重度残疾人员、农村纯生二女结扎的夫妇双方及其年龄在 14 周岁以内的女孩，其个人缴费由县级政府统筹安排，按 A 档缴费标准给予全额补助。县级民政、残联、计生部门以镇（街道）为单位按农村居民、城镇居民分类造册，报送财政部门核准，经核准后的财政补助资金于 9 月底前拨付到县级民政、残联、计生部门，由其按农村居民、城镇居民缴费办法办理参保缴费手续。

由市民政部门发放低保金的低保家庭成员，其个人缴费由市级政府统筹安排，按 A 档缴费标准给予全额补助。市民政部门统一造册登记，报市财政局核准，经核准后的财政补助资金于 9 月底前拨付到市民政部门，由其按农村居民、城镇居民缴费办法办理参保缴费手续。

第十二条 参保对象在规定的缴费期间未按时缴费的，视为自动弃保，不能补缴，只能在下一年度参保缴费。已参保缴费的不予退费。

第十三条 缴费期结束后，各镇（街道）收缴的城乡居民医保费、征收机构委托商业银行代收的城乡居民医保费全部划入县级社会保险基金管理局城乡居民医疗保险基金收入户，县级城乡居民医疗保险中心核对无误后，再转入县级城乡居民医保基金财

政专户。

第十四条 各级财政补助资金应纳入当地年度财政预算安排。每年市、县（市、区）财政根据核定的参保人数，应于9月底前将财政补助资金全部划入县级城乡居民医保基金财政专户。

第十五条 城乡居民医保基金建立周转金制度，财政部门按上年度基金月均支付额的两倍作周转金拨付社会保险基金管理局支出户，确保医保待遇按时足额支付。

第十六条 建立城乡居民医保基金市级风险调剂金制度。

（一）市级风险调剂金从各县（市、区）城乡居民医保基金中提取，用于防范城乡居民医保基金风险，调剂解决各县（市、区）城乡居民医保基金缺口。

（二）每年度市级风险调剂金规模保持在当年筹资总额的8%。各县（市、区）每年按照市下达的上解任务于9月底前将风险调剂金上解至市社会保障基金财政专户。市根据各县（市、区）基金管理使用及业务规范管理的考核情况（考核办法另行制订），确定每年上解任务。

（三）各县（市、区）城乡居民医保基金出现收支缺口的，在历年结余基金中支付，历年结余不足支付的，按下列办法调剂解决：

每年市向各县（市、区）下达收入控制指标。完成当年收入指标，出现支出缺口的，缺口资金由县级财政负担50%，市级风险调剂金负担50%；未完成当年收入指标，出现支出缺口的，缺

口资金由县级财政负担 80%，市级风险调剂金负担 20%。

第十七条 由城乡居民医保基金购买大病保险，对参保人在城乡居民医保基金支付后需个人负担的符合城乡居民医保规定范围内的医疗费用（以下简称个人自付费用）给予保障。

市社会保险基金管理局根据大病保险服务需求，依法确定全市统一的承保商业保险机构，各县（市、区）社会保险基金管理局与商业保险机构签订承保协议书。

第十八条 城乡居民医保基金纳入社会保障基金财政专户，实行收支两条线管理，单独记账、核算，专款专用，并按国家有关规定计息，实现保值增值，任何单位和个人不得改变其性质和用途，不得拖欠、挪用、截留或侵占。

第十九条 城乡居民医保基金按照国家、省的有关规定执行会计制度和财务管理制度，并建立健全城乡居民医保基金预决算制度和内部审计制度。财政、审计部门依法对城乡居民医保基金收支情况进行审计监督，并及时向社会公布基金的运行情况。

第三章 医疗待遇支付

第二十条 参保人按年度参保缴费后，按规定享受缴费年度内的城乡居民医保待遇。

第二十一条 参保人实行定点就医制度。在定点医疗机构住院时发生的符合城乡居民医保规定范围内的医疗费用，由个人、城乡居民医保基金按规定负担。

(一)基本医疗保险基金的住院起付标准分别为市内一级医院 300 元、市内二级医院 500 元、市内三级医院 800 元、市外医院 1000 元；支付比例分别为市内一级医院住院支付 80%、市内二级医院住院支付 70%、市内三级医院住院支付 55%、市外医院支付 50%。

(二)城乡居民医保基金年最高支付限额按照参保人员缴费档次确定。

缴费档次为 A 档的，年度累计最高支付限额为 20 万元。

缴费档次为 B 档的，年度累计最高支付限额为 22 万元。

第二十二条 2015 年 1 月 1 日起，参保人在城乡居民医保基金支付后需个人自付费用，年度累计超过 15000 元以上部分，由大病保险按 50%比例补偿；年度累计超过 60000 元以上部分，由大病保险按 60%比例补偿。年度补偿累计最高限额为 120000 元。

第二十三条 五保供养对象在县内住院免付住院起付金，住院医疗保险基金支付比例增加 10 个百分点。

第二十四条 缴费期结束后，符合计划生育政策出生的新生儿，可随父或随母享受缴费空缺时段的医保待遇，待遇支付额列入父或母医保基金年最高支付限额内。如父母均未参加城乡居民医疗保险的，新生儿可在出生后三个月内凭户口簿参保缴费，可享受出生之日起至缴费年度内的城乡居民医保待遇；超过三个月参保缴费的，从缴费次月起享受年度剩余时间的城乡居民医保待遇。

第二十五条 0—14 周岁（含 14 周岁）参保儿童患白血病、先天性心脏病两类重大疾病的可提高报销比例，诊断标准、治疗申报程序、定点医治医院、治疗标准、支付标准和结算办法按梅州市卫生局、民政局《关于开展提高农村儿童先天性心脏病和白血病重大疾病医疗保障水平试点工作的通知》（梅市卫字〔2011〕11 号）文件规定执行。

第二十六条 下列项目可享受一次性补助：

（一）符合计划生育政策分娩的，在定点医疗机构发生的生育医疗费用，顺产补助 700 元、剖宫产补助 1000 元。分娩同时出现并发症的，在享受一次性补助后仍可享受住院医疗保险待遇，医疗费用超过顺产 3000 元、剖宫产 5000 元以上部分的，符合规定的进入医疗保险基金按比例支付；

（二）符合国家法律法规结婚的，婚检每人补助 119 元；符合计划生育政策生育的，产检补助 205 元、新生儿疾病筛查补助 100 元；

（三）对符合有关规定的到有资质的定点医疗机构安装假肢的，大腿假肢补助 9000 元、小腿假肢补助 6000 元、前臂假肢补助 5000 元、上臂假肢补助 7000 元；

（四）在定点医疗机构进行白内障手术的，每例补助 1700 元；

（五）接受狂犬疫苗注射的，补助 80 元。

上述实际费用额低于补助标准的按实际费用额支付，高于补

助标准的按补助标准支付。一次性补助金额列入本人医疗保险年最高支付限额内。

第二十七条 参保人住院时间跨年度的，按参保人实际出院日期的年度享受相应待遇。

参保人住院治疗符合出院但仍不出院的，经医疗机构医疗技术鉴定小组或医务科鉴定，被确认符合出院条件的，从确认之日起，参保人所发生的住院医疗费用由本人负担。

第二十八条 参保人因就业等原因参加职工基本医疗保险期间，享受职工医疗保险待遇。

第二十九条 城乡居民医保建立普通门诊统筹制度和特定病种门诊医疗费报销制度，具体办法由市人力资源社会保障局另行制订。

第四章 医疗费用结算

第三十条 参保人在市内定点医疗机构住院登记及费用结算办法如下：

（一）住院登记。参保人应在入院 72 小时内，向医疗机构提交本人身份证、社会保障卡或医保证（未成年人要提供户口簿、监护人身份证）办理住院医保记账手续；

（二）费用结算。参保人出院时，医疗费用中应当由个人负担的费用，由个人支付；应当由医疗保险基金支付的部分，由定点医疗机构与社会保险基金管理局按有关规定结算。

第三十一条 参保人因转院或在异地居住、探亲等原因在异地定点医疗机构住院治疗的医疗费用，需由个人先垫付现金，出院后持疾病诊断证明书、费用明细清单、收费收据的原件及其他相关资料，在规定时间内到参保地的县或镇（街道）居民医保中心办理报销申报手续。

第三十二条 社会保险基金管理局与定点医疗机构住院费用结算办法，按国家、省、市有关规定执行。结算标准由人力资源社会保障局会同财政局根据各定点医疗机构前三年平均人次住院费用等情况综合核定。

第五章 医药管理和监督

第三十三条 城乡居民医保的药品目录、诊疗目录、医疗服务设施标准、参保人就医管理、定点医疗机构管理和考核、特殊检查和特殊治疗管理、医疗费用支付范围管理、用药管理依照我市城镇职工基本医疗保险有关规定执行。

第三十四条 定点医疗机构要严格按照城乡居民医保待遇支付范围和规定提供医疗服务，严格掌握出入院标准，做到因病施治、合理诊疗、合理用药、合理收费、优质服务，要为参保人提供医疗费用明细清单，凡使用医保规定范围外的治疗时，要征得参保人或其家属同意。

第三十五条 人力资源社会保障局、社会保险基金管理局、镇（街道）居民医保中心在核查城乡居民基本医疗保险情况时，

各定点医疗机构、有关单位和个人应该予以配合。

第三十六条 定点医疗机构应该建立医院信息管理系统,按有关要求与社会保险基金管理局基本医疗保险信息系统联网,确保就医及结算的信息及时、准确和完整。

第三十七条 社会保险基金管理局根据管理服务的需要,应与定点医疗机构签订服务协议,规范医疗服务行为。

第三十八条 加强镇(街道)城乡居民医保网点公共服务平台和经办能力建设,配备所需专业人员,为参保人提供方便快捷服务。

第三十九条 各级政府应建立城乡居民医保联席会议制度和年度考核管理制度,定期研究分析城乡居民医保的运行情况,及时解决存在问题,对医保基金的管理、使用和贯彻医保政策的情况进行监督,协调推进城乡居民医保制度顺利实施和平稳运行。

第四十条 城乡居民医保的缴费标准、财政补助、待遇支付范围和标准应根据国家、省有关规定,结合我市经济社会发展、医疗消费水平和基金收支情况,由市人力资源社会保障局会同财政局提出调整方案,报市政府批准后公布实施。

第六章 法律责任

第四十一条 任何组织或个人有权举报、投诉定点医疗机构、用人单位、参保人员、医疗保险经办机构和相关工作人员

员涉及基本医疗保险违法违规行为。

第四十二条 医疗保险经办机构以及医疗机构、药品经营单位等医疗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，由医疗保险行政主管部门依据《社会保险法》第八十七条的规定责令退回骗取的医疗保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；属于医疗保险服务机构的，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。

第四十三条 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保险待遇的，由医疗保险行政主管部门依据《社会保险法》第八十八条的规定，责令退回骗取的医疗保险金，处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款。

第四十四条 医疗保险经办机构及其工作人员有下列行为之一的，由医疗保险行政主管部门依据《社会保险法》第八十九条的规定责令改正；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）未履行医疗保险法定职责的；
- （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医疗保险待遇的；
- （四）丢失或者篡改缴费记录、享受医疗保险待遇记录等医疗保险数据、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。

第四十五条 单位或者个人违反本办法规定隐匿、转移、侵占、挪用医疗保险基金或者违规投资运营的，由医疗保险行政主管部门、财政部门、审计机关依据《社会保险法》第九十一条的规定责令追回；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。

第七章 附 则

第四十六条 城乡居民医保经办机构的人员经费和经办运行经费、管理费用，由同级财政列入预算安排。

第四十七条 市政府每年向各县（市、区）政府下达城乡居民医保收支控制指标。各县（市、区）政府应当确保完成任务指标和当期医保基金收支平衡。

第四十八条 本办法自印发之日起施行，有效期三年，《梅州市人民政府关于印发梅州市城乡居民基本医疗保险暂行办法的通知》（梅市府〔2012〕69号）同时废止。

公开方式：主动公开

抄送：市委各单位，市人大常委会办公室，市政协办公室，
市纪委办公室，梅州军分区，市法院，市检察院。

梅州市人民政府办公室

2015年5月28日印发
