

湖州市人民政府办公室文件

湖政办发〔2014〕120号

湖州市人民政府办公室关于印发湖州市区 城乡居民基本医疗保险暂行办法的通知

各县区人民政府，市府各部门，市直各单位：

《湖州市区城乡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，请认真贯彻执行。

湖州市人民政府办公室

2014年12月10日

湖州市区城乡居民基本医疗保险暂行办法

第一章 总 则

第一条 为完善基本医疗保障制度，建立统筹城乡的医疗保险政策体系，促进社会和谐稳定，根据《中华人民共和国社会保险法》及国家有关基本医疗保障体系建设的规定，结合市区实际，制定本办法。

第二条 市区城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗整合为城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）。

第三条 居民医保制度坚持以下基本原则：

- （一）全覆盖、多层次、保基本、可持续的原则；
- （二）以收定支、收支平衡、略有结余的原则；
- （三）权利与义务相对等，个人缴费和政府补助相结合的原则。

第四条 居民医保参保范围和对象：

（一）具有本市区户籍，未参加本统筹地职工基本医疗保险或异地基本医疗保障的城乡居民；非本市区户籍的市区中小学校（含幼儿园）的在校学生。

（二）市区普通高等院校的全日制在校学生（以下统称大学生）。

第五条 市区居民医保工作在市区范围内统一参保范围、筹资标准和待遇水平，由各级政府分别管理、独立核算、组织实施。

第六条 市社会保险行政部门负责市区居民医保政策制定和工作指导；市社会保险经办机构负责对区社会保险经办机构业务指导。区社会保险行政部门负责本辖区居民医保管理工作；区社会保险经办机构负责具体实施工作。

市发改、财政、卫生、计生、市场监管、教育、公安、民政、审计、工会、残联等部门按照各自工作职责，协同做好居民医保有关工作。

第七条 市社会保险行政部门根据国家规定及经济社会发展、城乡居民医疗费用增长等因素，会同市财政部门提出调整居民医保筹资标准和待遇水平的意见，报经市政府同意后实施。

第二章 基金筹集和管理

第八条 居民医保基金由以下组成：

- （一）参保个人缴纳的基本医疗保险费；
- （二）各级政府补助资金；
- （三）社会捐助资金；
- （四）居民医保基金利息收入；
- （五）其他收入。

第九条 个人缴费和政府补助按下列标准筹集：

- （一）个人缴费：成年人缴费 290 元/人·年；18 周岁以下未

成年人缴费 190 元/人·年；大学生缴费 100 元/人·年。

持有效期内《最低生活保障证》的低保户、《残疾人证》的重度残疾人和享受残疾人基本生活保障工程的困难残疾人、《困难群众救助证》的低保边缘户等特殊困难群体个人缴费部分，由当地政府承担。

（二）政府补助：各级政府补助 590 元/人·年（含健康体检费和大病保险费）。除国家和省财政补助部分外，大学生的政府补助，由市财政承担；其他参保人员的政府补助，由市、区财政各承担 50%。

第十条 参保人员应以户为单位在户籍所在地（或居住地）办理参保缴费手续；大学生在所在学校办理参保缴费手续。

第十一条 居民医保个人参保费用每年缴费一次，参保人员应在规定时间内缴纳个人参保费用。

大学生参保缴费期为 8 月 1 日至 9 月 30 日，待遇享受期为当年 9 月 1 日至次年 8 月 31 日；其他人员参保缴费期为 10 月 1 日至 12 月 20 日，待遇享受期为次年 1 月 1 日至 12 月 31 日。待遇结算期统一为 1 月 1 日至 12 月 31 日。

第十二条 居民医保中途参保缴费的办理及待遇享受：

（一）当年新取得市区户籍的新生儿，出生 3 个月内参保并全额缴纳当年度个人缴费的，自出生之日起享受医保待遇；

（二）当年新取得市区户籍人员，在取得户籍的 30 日内参保

并缴纳当年度剩余月份个人缴费的，从缴费次月起享受医保待遇；

（三）在外地就读的大学毕业生回市区的，在取得毕业证书30日内参保并缴纳当年度剩余月份个人缴费的，从缴费次月起享受医保待遇；

（四）参加职工基本医疗保险的人员，在终止职工医保关系30日内参保并缴纳当年度剩余月份个人缴费的，从缴费当月起享受医保待遇；

（五）除上述情形外，未在规定时间内参保缴费而中途参保的，需全额缴纳当年度个人缴费和政府补助，并从缴费满3个月后享受医保待遇。

第十三条 参保人员转移或终止居民医保关系的，其缴纳的医保费用不予退还。

第十四条 居民医保基金当年收入不足支付的，由历年结余基金支付；历年结余基金不足支付的，由区级财政补助解决，市财政根据实际情况给予适当补助。

第三章 医疗保险待遇

第十五条 参保人员在定点医疗机构就医发生的符合基本医疗保险支付范围（按照《浙江省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》规定）

的医疗费用，列入居民医保基金支付范围，享受医疗保险待遇。

第十六条 住院医疗待遇：

（一）市区定点社区卫生服务中心（站）住院起付标准为 300 元，300 元以上至最高支付限额部分报销 90%；

（二）市区二级以下（含二级）定点医疗机构住院起付标准为 600 元，600 元以上至最高支付限额部分报销 75%；

（三）市区三级定点医疗机构住院起付标准为 1500 元，1500 元以上至最高支付限额部分报销 60%；

（四）市内三县医疗机构（须为当地医保定点单位）住院，按市区三级定点医疗机构住院标准执行；

（五）市外定点医疗机构住院起付标准为 2000 元，2000 元以上至最高支付限额部分报销 45%；

（六）市外非定点医疗机构（须为当地医保定点单位）住院医疗费用自理 40%后，按市外定点医疗机构住院标准执行；

（七）同一医保年度内，住院设一次起付标准；转上级医疗机构就医的，起付标准按转入医疗机构标准执行；

（八）医保年度住院最高支付限额为上年度市区城镇居民可支配收入的 6 倍（以出院日期为准累计计算）。

第十七条 特殊病种门诊医疗待遇：

将恶性肿瘤、尿毒症透析、器官移植后抗排异、重症瘫痪、重症精神类疾病、再生障碍性贫血、血友病、系统性红斑狼疮、

结核病、儿童孤独症、艾滋病机会性感染以及在市中心医院开发区分院乙肝患者抗病毒药物治疗纳入特殊病种管理，其在门诊发生的符合居民医保规定支付范围的针对性治疗费用，按住院医疗待遇予以支付。

患特殊病种的参保人员，须到当地社会保险经办机构办理备案手续。

第十八条 重大疾病住院医疗待遇：

将儿童先天性心脏病、急性心肌梗塞、脑梗死、I型糖尿病、甲亢、唇腭裂、儿童苯丙酮尿症、儿童尿道下裂纳入重大疾病保障范围，其住院治疗发生的符合基本医疗保险支付范围的医疗费用，列入居民医保基金支付范围，基金支付在原有报销比例的基础上上浮10%。

第十九条 普通门诊医疗待遇：

- （一）市区定点社区卫生服务中心（站）门诊报销55%；
- （二）市区二级以下（含二级）定点医疗机构门诊报销30%；
- （三）市区三级定点医疗机构门诊报销20%；
- （四）医保年度门诊最高报销额为1200元；
- （五）个人缴费由政府承担的特殊困难群体参保人员，其门诊报销超过最高报销额部分，由医疗救助资金按同一比例给予支付。

第二十条 长期异地居住的参保人员，经本人申请，社会保

险经办机构核准，可在居住地定点医疗机构就医，所发生的医疗费用按相应的级别标准给予报销。

大学生假期返乡期间在户籍地就医，所发生的医疗费用按相应的级别标准给予报销。

第二十一条 参保人员发生符合法定条件生育的住院分娩的医疗费用（含妊娠并发症），未享受职工生育医疗费定额补偿的，在市区二级以下（含二级）定点医疗机构的享受定额补偿 1000 元，在其他医疗机构的享受定额补偿 500 元，列入居民医保基金支付范围。

第二十二条 参保人员在医保结算年度内，发生的住院医疗费用按本办法报销后，如符合《湖州市大病保险办法（试行）》的，按大病保险办法执行。

第四章 医疗费用结算

第二十三条 逐步推进居民医保费用总额控制结算办法，积极引导定点医疗机构建立自我管理、自我约束机制，有效控制医疗费用不合理增长。

第二十四条 参保人员使用乙类药品和接受乙类医疗服务项目的，个人先自理 20%；使用乙类医用材料的，个人先自理 35%。如职工基本医疗保险政策对使用乙类药品、乙类医疗服务项目、

乙类医用材料个人自理比例超过上述规定比例的，按职工基本医疗保险政策执行。

住院床位费标准为每日最高 30 元。物价部门规定的普通病房床位费标准不到 30 元的，按实际标准支付。

第二十五条 参保人员在二级以下（含二级）定点医疗机构门诊，使用中药饮片、院内中药制剂、针灸推拿等传统中医药服务项目的，基金支付在原有报销比例的基础上上浮 20%。

定点医疗机构须合理控制中药饮片费用，三级定点医疗机构均费用不得超过 40 元、二级以下（含二级）定点医疗机构均费用不得超过 30 元；单帖费用不得超过 50 元。

第二十六条 参保人员的住院医疗费结算采用出院结算制，其医保待遇按医疗结算时可享受的规定执行。

第二十七条 下列医疗费用不纳入居民医保基金支付范围：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外就医的；
- （五）法律法规规定的其他情形。

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付；基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

第二十八条 参保人员就医发生的符合基本医疗保险规定的医疗费用，按下列规定结算：

（一）参保人员在实行计算机联网管理的定点医疗机构就医发生的医疗费用，个人应承担的部分，由个人与医疗机构结算；医保基金应支付的部分，由社会保险经办机构与医疗机构结算。

（二）参保人员在未实行计算机联网管理的定点医疗机构就医发生的医疗费用，先由个人垫付，再凭本人有效身份证明、社保卡、医疗费用发票原件、医疗费用汇总清单、出院小结、门诊病历等相关材料，到社会保险经办机构服务窗口结报。

（三）参保人员确因病情需要转市外定点医疗机构就医的，须提供本市定点三级医疗机构的转诊转院证明，并报所属的社会保险经办机构备案；未提交转诊转院证明的，按市外非定点医疗机构标准报销。

第五章 基金管理监督

第二十九条 居民医保基金纳入社会保障基金财政专户统一管理，严格实行收支两条线，单独列账，独立核算，专款专用，严禁截留、挤占和挪用，确保基金安全。

第三十条 市、区财政部门负责居民医保有关财务会计管理制度的制定和监督检查、居民医保基金财政专户的核算、居民医

保基金支出账户所需资金的按时拨付。

第三十一条 市、区审计部门负责居民医保基金收支和管理情况的审计监督。

第三十二条 设立由人大代表、政协委员、政府有关部门代表、医疗机构代表、参保人员代表和有关专家组成的居民医保基金监督组织，定期检查居民医保基金的收支和管理情况。

第三十三条 社会保险经办机构应执行统一的医疗保险基金预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。

第六章 附则

第三十四条 湖州开发区、太湖度假区辖区内的城乡居民参加吴兴区居民医保。区管委会负责做好本辖区居民医保的宣传发动、资金筹集工作，并做好应承担的政府资金与吴兴区的结算工作。

第三十五条 居民医保参保人员就业后参加职工基本医疗保险的，在退休时，其居民医保累计缴费年限（原城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗的缴费年限可视作居民医保累计缴费年限）可折算为职工基本医疗保险缴费年限（未成年人及在校学生的居民医保缴费年限不列入折算职工基本医疗保险年限）。具体折算办法为：每4年居民医保实际缴费年限折算为1年职工基本医疗保险实际缴费年限；不满4年的，折算到月（折算后不满1个月的按1个月计算）。

第三十六条 适用于本办法的定点医疗机构名单，由市社会保险行政部门按相关规定确定后予以公布。

第三十七条 本办法自公布之日起开展有关整合及缴费的组织工作。

市区城乡居民基本医疗保险待遇享受自 2015 年 1 月 1 日起施行。《湖州市人民政府办公室关于印发湖州市区城镇居民基本医疗保险暂行规定的通知》（湖政办发〔2007〕100 号）、《湖州市人民政府办公室关于进一步做好市区学生参加城镇居民基本医疗保险工作的通知》（湖政办函〔2008〕20 号）、《湖州市人民政府办公室关于完善湖州市区未成年人和在校学生参加城镇居民基本医疗保险政策的通知》（湖政办函〔2008〕21 号）、《湖州市人民政府办公室关于大学生参加城镇居民基本医疗保险及调整市区未成年人和在校学生医保有关政策的通知》（湖政办发〔2009〕81 号）、《湖州市人民政府办公室关于调整市区城镇居民基本医疗保险有关政策的通知》（湖政办发〔2009〕119 号）、《湖州市人民政府办公室关于市区实施城镇居民基本医疗保险门诊医疗统筹制度及调整医保有关政策的通知》（湖政办发〔2010〕110 号）、《湖州市人民政府办公室关于印发湖州市区新型农村合作医疗暂行办法的通知》（湖政办发〔2013〕174 号）、《湖州市人民政府办公室关于调整湖州市区新型农村合作医疗暂行办法部分内容的通知》（湖政办发〔2014〕50 号）同时废止。

抄送：市委各部门，市人大常委会、市政协办公室，市纪委，湖州军分区，
市中级人民法院，市检察院，各群众团体，各民主党派。

湖州市人民政府办公室

2014年12月23日印发
