

韶关市城乡居民基本医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为完善我市医疗保障体系，统筹城乡居民基本医疗保险制度，促进经济发展与社会和谐，根据《中华人民共和国社会保险法》和《省人民政府关于印发“十二五”期间深化医药卫生体制改革实施方案的通知》（粤府〔2012〕154号）等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 建立城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）制度遵循下列原则：

- （一）坚持广覆盖、保基本、多层次、可持续的原则；
- （二）坚持筹资及保障水平与社会经济发展水平相适应的原则；
- （三）坚持个人缴费与政府补助相结合的原则；
- （四）坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则；
- （五）坚持市级统筹、分级核算、风险共担的原则。

第三条 本办法适用于城镇职工基本医疗保险覆盖范围以外的本市户籍居民和在本市就读的非本市户籍学生。

非本市户籍非从业人员的常住人口（学生除外）可参照

本办法规定参加我市城乡居民医保，其医疗保险费包括个人缴费和财政补助部分均由个人负担。

第四条 城乡居民医保实行“四统一分”的管理模式，即全市实行统一的医疗保险政策、业务管理模式、医保基金管理、信息系统管理，业务分级经办。

第五条 韶关市人力资源和社会保障局负责全市城乡居民医保的行政管理工作，县（市、区）人力资源和社会保障局在市人力资源和社会保障局指导下负责本行政区域内城乡居民医保的行政管理工作，市、县（市、区）医疗保险经办机构（以下简称医保经办机构）负责本辖区内城乡居民医保的经办管理和业务指导。镇（街道）人力资源和社会保障服务所具体负责辖区内居民参保登记、信息录入、缴费确认、待遇核发和业务咨询等工作。

第六条 县级人民政府为本辖区内城乡居民医保工作的第一责任人。各镇（街道）人民政府以及村（居）委会负责本辖区内城乡居民医保的宣传发动和组织参保缴费工作。

财政、卫生、人口和计生、食品药品监管、民政、教育、农业、公安、残联、审计等部门要加强沟通联系，实现信息互通、资源共享，并按照各自职责协同实施本办法。

第七条 城乡居民医保经办机构的人员工资、工作经费（包括市级专项经费和按参保人数人均不低于 1.5 元的配套

经费)和信息系统网络建设运行资金,列入同级政府财政预算。

第八条 城乡居民医保结算年度为自然年度,即每年1月1日起至12月31日止。

第二章 基金的筹集和管理

第九条 城乡居民医保基金由以下组成:

- (一) 参保居民个人缴纳的基本医疗保险费;
- (二) 各级财政补助;
- (三) 原城镇居民医保基金及新农合基金的历年结余;
- (四) 利息收入;
- (五) 社会捐赠;
- (六) 其他收入。

第十条 城乡居民医保个人缴费标准分两档:一档为每人每年60元;二档为每人每年120元,按以下方式缴纳:

(一) 城乡居民应以家庭(户籍)为单位参保,且须选择同一缴费档次。

(二) 全日制大学、中职、技校学生以学校为单位,统一按60元标准执行。

(三) 五保户、重点优抚对象、低保对象、重度残疾人、精神残疾人、农村残疾人及上述残疾人所生的新生儿、普通市民所生残疾新生儿、低收入家庭60岁以上的老年人和未成年

人等特殊人群的基本医疗保险费按 60 元标准由政府全额资助。

各级财政补贴标准按国家、省、市、县的有关规定执行。

第十一条 城乡居民医保基金主要用于支付参保居民符合医保规定的医疗费用、建立市级风险调剂金、筹集大病保险资金。

大病保险资金在城乡居民医保基金结余中筹集并控制在当年基金收入的 5% 左右，结余不足或没有结余时，通过提高当年城乡居民医保筹资水平解决，参保居民个人不缴费。市级风险调剂金为当年筹资总额的 3%。

第十二条 城乡居民医保基金及其利息免征税、费。其利息计算方法为：当年筹集的部分，按活期存款利率计息；上年结转的基金本息，按 3 个月期整存整取银行存款利率计息；存入社会保障财政专户的沉淀资金，比照 3 年期零存整取储蓄存款利率计息，并不低于该档次利率水平。

第十三条 城乡居民医保基金实行财政专户管理，专款专用，收支两条线，任何部门、单位和个人不得挤占、挪用。

第十四条 县级财政部门应在每年第一季度按上年度实际参保缴费人数所承担的补助费用上解到韶关市财政专户。

第三章 参保缴费

第十五条 办理城乡居民医保参保或续保时间为每年

9月1日至11月30日。保费按年征收，一经缴费，待遇期内不予退费。未在规定时间内办理参保或续保手续的，只能于下一年度办理。

新生儿参保可不受时间限制。

参保居民医保转职工医保或外地医保、户籍等发生变化需及时到原户籍所在地人力资源和社会保障服务所办理减员相关手续。

第十六条 城乡居民参保缴费以户籍为单位到就近的人力资源和社会保障服务所办理,并提供户口簿原件、第二代居民身份证和可支持银行代扣的银行存折原件等资料。也可直接登录韶关 12333 人力资源社会保障服务网（www.e12345.gov.cn）首页“网上城居医保”窗口办理参保和缴费手续。还可以选择以下参保缴费方法：

（一）农村居民缴费可以由村委会具体负责，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。村委会将本村收缴的医保费存入指定的专用账户，并将存款单据和按实名制统一建立的参保登记花名册报送镇（街道）人力资源和社会保障服务所。

（二）全日制大学、中职、技校学生以学校为单位到学校所在地医保经办机构办理参保缴费登记手续。

（三）五保户、重点优抚对象、低保对象、重度残疾人、

精神残疾人、农村残疾人及上述残疾人所生的新生儿、普通市民所生残疾新生儿、低收入家庭 60 岁以上的老年人和未成年人等特殊人群由各县（市、区）民政、残联于每年 9 月 1 日前审核确认后统一报送纸质及电子名单到当地医保经办机构，由医保经办机构统一录入。

（四）新生儿参保缴费到户籍所在医保经办机构或镇（街道）人力资源和社会保障服务所办理。办理参保缴费须提供以下资料：

- 1、参保居民户口簿；
- 2、新生儿出生证、参保居民与监护人的关系证明；
- 3、新生儿父母或其他合法监护人可支持代扣的本市银行存折原件及复印件；
- 4、新生儿父母或其他合法监护人参加基本医疗保险的证明原件一份；
- 5、符合特殊人群中的新生儿参保还须提供监护人的《广东省城乡（村）居民最低生活保障金领取证》、低保金存折、民政部门或残联的相关证明文件。

第十七条 本市居民参加了职工医保或外地居民医保的，可以不随户籍参加我市城乡居民医保，但必须提供参保的缴费凭证或相关证明。

第十八条 参保居民可直接到市人力资源和社会保障局

直属社保卡受理窗口、各社会保险经办机构、各合作银行服务网点申请办理第二代社会保障卡。办卡手续按《韶关市社会保障卡管理办法》（韶府规审〔2012〕10号）执行。首次办卡不收取办卡工本费。

第四章 医疗保险待遇

第十九条 城乡居民参保缴费后，从次年1月1日起享受年度城乡居民医保待遇。

出生三个月内参保缴费的新生儿享受城乡居民医保待遇时限为从出生起至当年度12月31日止；出生三个月后参保缴费的，从缴费次月起至当年度12月31日止。

第二十条 城乡居民医保待遇主要包括：住院、门诊特定项目、门诊特殊病种、普通门诊医保待遇及大病保险待遇。城乡居民普通门诊统筹、大病保险具体办法由韶关市人力资源和社会保障局会同有关部门另行制订。

第二十一条 城乡居民医保基金支付范围按《广东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《广东省城镇职工基本医疗保险诊疗项目》、《广东省城镇职工基本医疗保险服务设施标准》等文件规定执行。

第二十二条 参保居民在定点医疗机构就医发生下列项目须由个人先自付部分费用：

- 1、使用乙类药品的，个人先自付 5%；
- 2、使用全血、血浆、成分血的，个人先自付 20%；
- 3、使用城镇职工基本医疗保险诊疗目录范围内的部分诊疗项目，个人先自付 20%；
- 4、使用医用进口材料的，个人先自付 40%；
- 5、使用人血白蛋白时，因肝脏疾病导致重度低蛋白血症的，个人先自付 50%。

第二十三条 符合政策规定的一般诊疗费项目纳入城乡居民普通门诊支付范围，基层卫生医疗机构一般诊疗费标准 10 元，村卫生站标准 5 元，城乡居民医保基金支付比例为 70%。

第二十四条 参保居民在定点医疗机构住院所发生医疗费用符合本办法规定的起付标准以上，统筹基金年度最高支付线以内部分，按比例由城乡居民医保基金支付：

（一）住院起付标准：一级及未定级基层医疗机构 100 元，二级专科医院 300 元，二级综合性医疗机构 400 元，三级医疗机构 800 元，市外三级医疗机构 1000 元。

五保户、重点优抚对象、低保对象、重度残疾人、精神残疾人、农村残疾人及上述残疾人所生的新生儿、普通市民所生残疾新生儿、低收入家庭 60 岁以上的老年人和未成年人等特殊人群的起付标准减半。

患同种疾病在 15 日内二次住院的，由定点医疗机构申

报，经医保经办机构审批后，只需缴交一次起付标准。

（二）参保居民住院医疗费用在起付标准以上、最高支付限额以下的部分，城乡居民医保基金支付比例见下表：

缴费档次	城乡居民医保基金支付比例		
	一级	二级	三级
一档	90%	75%	50%
二档	90%	80%	60%

（三）参保居民患病住院期间，不得同时享受特殊病种门诊和普通门诊统筹待遇。

第二十五条 参保居民在定点医疗机构门诊就医所发生符合门诊特定项目范围内的医疗费用，按比例由城乡居民医保基金支付：

（一）门诊特定项目范围：

- 1、在医疗机构对休克、昏迷、严重呼吸困难、自发性气胸、血气胸、内外大量出血、心脏骤停、急性心衰、急性肾衰、急性中毒等进行的急症抢救治疗；
- 2、恶性肿瘤的化学治疗、放射治疗；
- 3、尿毒症的透析治疗；
- 4、器官、造血干细胞移植术后进行的抗排异治疗及相关的检查；
- 5、再生障碍性贫血、血友病的治疗；

- 6、珠蛋白生成障碍(地中海贫血或海洋性贫血)的治疗;
- 7、乳腺癌、前列腺癌的内分泌治疗;
- 8、艾滋病病毒感染者、艾滋病患者的治疗;
- 9、部分医疗康复项目:残疾人的运动疗法、偏瘫肢体综合训练、脑瘫肢体综合训练、作业疗法、认知感觉功能障碍训练、言语训练、吞咽功能障碍训练、日常生活能力评定康复项目;
- 10、精神分裂症、分裂情感性精神障碍、偏执性精神病、双相障碍(含躁狂症、抑郁症)、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍等重性精神疾病的治疗。

(二) 支付比例:

- 1、透析治疗需使用进口医用材料和一次性国产材料的,免个人先自付部分;
 - 2、透析治疗需使用人血白蛋白的,个人先自付 30%;
 - 3、其他项目按照住院报销比例支付。
- 终生只自付首次起付标准。

乳腺癌和前列腺癌参保患者门诊使用激素类药物治疗年度最高支付限额为 1 万元。

第二十六条 参保居民在本市指定的定点医疗机构门诊就医所发生符合门诊特殊病种范围内的医疗费用,按比例由城乡居民医保基金支付。

(一) 门诊特殊病种范围:

- 1、高血压病（Ⅱ期）；
- 2、冠心病；
- 3、慢性心功能不全；
- 4、肝硬化（失代偿期）；
- 5、慢性病毒性肝炎（乙型、丙型，活动期）；
- 6、中度及中度以上慢性阻塞性肺疾病；
- 7、类风湿关节炎；
- 8、糖尿病；
- 9、帕金森病；
- 10、脑血管疾病后遗症（脑栓塞、脑出血和脑梗塞等疾病引起的后遗症）；
- 11、系统性红斑狼疮；
- 12、肺结核；
- 13、癫痫。

(二) 支付比例：符合上述门诊特殊病种有关费用按照一级医疗机构 55%、二级医疗机构 40%、三级医疗机构 35% 的报销比例支付。

符合上述门诊特殊病种的年度限额为 2 万元，并累计到城乡居民医保基金年度最高支付限额。

第二十七条 符合计划生育政策规定的生育或终止妊娠

在定点医疗机构所发生的医疗费用，按照住院、普通门诊报销比例支付。

参保居民在指定的婚检机构发生的婚检费用，按 120 元/人的标准由城乡居民医保基金列支。

第二十八条 参保居民在本市定点医疗机构因急诊、抢救、留院观察并收治入院治疗的医疗费用，符合政策范围内的由城乡居民医保基金支付，所发生的门诊和住院医疗费用合并计算，按一次住院处理。

第二十九条 参保居民跨年度住院为一次住院，只扣减一次起付线，按出院所属年度的医疗待遇标准结算，住院医疗费用超过统筹基金年度累计最高支付限额的，按实际发生费用所属年度的医疗待遇标准分别结算。

第三十条 参保居民在市外定点医疗机构就医所发生的住院、门诊特定项目医疗费用，属于以下情形的，先由个人自付 5%，再按本办法有关规定由城乡居民医保基金支付：

（一）已办理了长期异地就医手续的参保居民，在异地选定定点医疗机构就医的；

（二）经审批同意转诊到市外定点医疗机构的；

（三）异地急诊、抢救的；

（四）异地求学的在当地定点医疗机构就医的；

（五）在本市就读学生寒暑假、因病休学期间，回到户

籍所在地定点医疗机构就医的。

除上述情形外在市外定点医疗机构住院、门诊特定项目治疗的，先由个人自付 25%，再按本办法有关规定支付。

第三十一条 县（市）参保居民在韶关市区定点医疗机构就医，需办理转诊转院手续，无正当理由要求前往的，先由个人自付 10%，再按本办法有关规定支付。

第三十二条 城乡居民就业后应当参加城镇职工基本医疗保险。同一缴费年度内同时参加了职工医保和城乡居民医保的，不能同时享受城乡居民医保和职工医保待遇，只能在两者中任选一个险种报销。

第三十三条 城乡居民医保基金年度最高支付限额为：缴费一年的 8 万元，连续缴费两年的 12 万元，连续缴费三年的 16 万元，连续缴费四年及四年以上的 20 万元，最高支付限额以上的医疗费用，城乡居民医保基金不予支付。

原城镇居民医保、原新农合连续参保缴费年限累计计算。中断后重新参保的，按新参保居民享受待遇。

第三十四条 下列医疗费用不纳入城乡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) 除急诊、急救外,在非定点医疗机构就医的;
- (六) 不符合计划生育政策的;
- (七) 国家、省、市规定不予支付的其他情形。

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,由城乡基本医疗保险基金先行支付。城乡基本医疗保险基金先行支付后,有权向第三人追偿。

第五章 医保服务管理

第三十五条 参保居民到定点医疗机构就医,须提供社会保障卡就诊(办卡期间可使用临时社会保障卡或参保凭证)。临时社会保障卡可到社会保险经办机构办理。

对符合计划生育规定的生育或终止妊娠的,需提供计划生育部门的计生证明原件及复印件。

第三十六条 经我市人力资源和社会保障局确认并公布的医疗机构为我市城乡居民医保定点医疗机构。

第三十七条 医保经办机构应与定点医疗机构签订包括服务人群、医疗保险服务范围、费用结算方式、费用的支付标准以及费用审核和控制等内容的协议,明确双方的责任、权利和义务。

第三十八条 定点医疗机构应当实行医疗保险信息化管

理，并与医保经办机构信息平台联网。

第三十九条 定点医疗机构要严格按照协议提供医疗服务，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。

第四十条 定点医疗机构应认真核实患者资料，按照医保经办机构的要求及时将医疗费用明细表录入信息系统。在使用自费药、自费项目等时，应事先告知患者，并由患者或家属签名同意。

第四十一条 实行分级诊疗转院制度。参保居民因病情需要转往上级医疗机构诊治的，须经转出医疗机构的副主任医师以上或科主任提出转院意见，并经转出医疗机构医保部门或医务部门审核，主管院长签署意见，然后报医保经办机构备案。对于急、危重病例可视病情先行转诊转院，但应在3个工作日内补办上述手续。

第四十二条 参保居民在定点医疗机构就医所发生的医疗费用，实行即时结算，参保居民结清个人自付部分的医疗费用后，属城乡居民医保基金支付的，由医保经办机构与定点医疗机构结算。积极探索城乡居民医保与医疗救助即时结算相衔接。

第四十三条 参保居民凭本市定点二级以上医疗机构（含二级）疾病诊断书到户籍、本市学校所在地医保经办机

构办理门诊特殊病种申请，经审批后方可享受待遇，审批三年有效。

第四十四条 对在境内同一异地居住三个月以上的参保居民，按长期异地就医管理，应当到户籍所在地医保经办机构办理长期异地就医手续，填写《韶关市居民医疗保险参保人员异地定点医院登记表》，规范异地就医信息记录。

第四十五条 符合以下条件发生的医疗费用可作返回结算：

（一）经核准，参保居民确因急诊或抢救，在非本市医保定点医疗机构住院发生的符合规定的医疗费用；

（二）出生三个月内参保的新生儿在参保前所发生的住院费用；

（三）符合本办法第三十、三十一条规定的异地就医范围的基本医疗费用。

第四十六条 参保居民符合返回结算条件的，应当自医疗费用结算之日起3个月内向户籍所在地医保经办机构或人力资源和社会保障服务所提出申请，并提供以下资料：

（一）社会保障卡原件及复印件；

（二）财税部门统一监制的住院票据、疾病诊断证明、住院费用汇总清单的原件；门诊急诊病历、医院住院病历、特殊检查报告等的复印件。所有材料须盖医院公章；

- (三) 转市外就诊的需提供转院的特殊情况审批表;
- (四) 异地求学的需提供学校证明;
- (五) 本人银行帐户原件及复印件。

第四十七条 建立城乡居民医保公示制度，各居（村）委会须每月公示辖区内参保居民就医报账情况，尤其对大额费用等进行重点公示，保证参保居民的参与权、知情权和监督权。公示制度由各县（市、区）人力资源和社会保障局监督实施。

第四十八条 深化医保支付制度改革，以基金预算管理下总额控制为基础，实行总额预付、按人头、按服务单元、按病种付费等复合支付方式改革，有效控制医疗费用不合理增长。具体办法由市人力资源和社会保障局会同市物价局、市财政局、市卫生局另行研究制订。

第六章 基金监督管理

第四十九条 医保经办机构应严格执行社会保险基金财务会计制度和预结算制度，建立健全内部管理制度，建立财政、经办机构和银行的收缴对账制度，加强基金收支管理。财政、审计、监察等部门按照各自职责，依法对城乡居民基本医疗保险基金实施监督；社会保险行政部门对城乡居民基本医疗保险基金收支、管理和使用情况进行监督检查，检查结果应定期向社会公开，接受社会监督。

第五十条 韶关市社会保险基金监督委员会听取和审议同级城乡居民基本医疗保险费征收机构、经办机构对基金的收支、管理的专项报告，组织对城乡居民医保基金支出、监督的重大事项进行研究，督促落实社会保险基金安全责任制。

第五十一条 医保经办机构、定点医疗机构、商业保险机构要建立信息互通制度，有责任共同维护统筹基金合理使用和安全运作。

第五十二条 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标准，给予经办机构 2 个月的周转金，确保医保待遇按时足额支付。

第五十三条 当年城乡居民医保基金收支平衡时，出现赤字的县（市、区）政府按赤字 5% 的比例承担。

当年城乡居民医保基金收不抵支时，由出现赤字的县（市、区）政府按赤字比例共同承担 40%；剩余的 60% 由城乡居民医保基金历年结余和风险调剂金承担，仍不足以解决时，由市、县两级政府共同解决。

第七章 法律责任

第五十四条 任何组织或个人均有权举报、投诉定点医疗机构、医保经办机构、相关部门工作人员及参保居民违反基本医疗保险有关规定的行为。

第五十五条 医保经办机构、医疗机构以及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》第八十七条的规定处理。

第五十六条 城乡居民以欺诈、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》第八十八条的规定处理。

第五十七条 医保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》第八十九条的规定处理：

- （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。

第五十八条 违反《社会保险法》有关规定，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》第九十一条的规定处理。

第八章 附 则

第五十九条 城乡居民大病保险的招标由市人力资源和社会保障局按照《中华人民共和国政府采购法》以及政府公开招标程序规定等法律法规，委托具有资质的机构组织公开招标活动，随机抽取 15 个参保单位和居（村）委会代表参与评标，财政、纪检监察等韶关市社会保险基金监督委员会代表全程参与监督。实行政府主导、专业运作的模式引入市场机制。

第六十条 城乡居民医保缴费标准和待遇标准随着社会经济发展和城乡居民医保基金运作状况适时调整。调整方案由市人力资源和社会保障局会同有关部门提出，报市政府批准后实施。

第六十一条 突发性流行疾病和自然灾害等因素造成城乡居民医保基金缺口的，由地方政府综合协调解决。

第六十二条 本办法自发布之日起实施，有效期 5 年。原城镇居民医保、原新农合政策执行至 2013 年 12 月 31 日。

分送：省政府办公厅，省政府法制办。市委常委，市长、副市长，市政府秘书长、副秘书长。
各县、市、区人民政府，市政府各部门、各直属机构。
市纪委，市委办公室，市人大办公室，市政协办公室，市法院，市检察院。韶关军分区。中省驻韶各有关单位。

韶关市人民政府办公室

2013 年 9 月 17 日印发
