

LYCR-2014-001008

**临沂市人民政府**  
**关于印发临沂市居民基本医疗保险**  
**暂行办法的通知**  
临政发〔2014〕34号

各县区人民政府，市政府各部门、各直属机构，临沂高新技术产业开发区管委会，临沂经济技术开发区管委会，临沂临港经济开发区管委会，各县级事业单位，各高等院校：

现将《临沂市居民基本医疗保险暂行办法》印发给你们，请认真贯彻实施。

临沂市人民政府  
2014年12月7日

# 临沂市居民基本医疗保险暂行办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为建立全市统一、城乡一体、惠民高效、公平可及的居民基本医疗保险制度，保障居民基本医疗需求，根据《中华人民共和国社会保险法》和《山东省人民政府关于建立居民基本医疗保险制度的意见》（鲁政发〔2013〕31号）等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 具有本市户籍且不属于职工基本医疗保险参保范围的城乡居民，本市行政区域内的各类全日制高等学校、中等职业学校和中小学校的非本市户籍学生，可以参加居民基本医疗保险。

**第三条** 居民基本医疗保险制度遵循以下原则：

- （一）全覆盖、保基本、多层次、可持续；
- （二）个人缴费与政府补助相结合，参保人员权利与义务相对等；
- （三）筹资标准和保障水平与经济社会发展水平及各方承受能力相适应，适度合理，重点保障参保居民基本医疗需求；
- （四）市级统筹，分级管理，有效衔接，协调发展；
- （五）居民基本医疗保险基金以收定支、收支平衡、略有结余。

**第四条** 人力资源社会保障部门是居民基本医疗保险的行政主管部门，负责居民基本医疗保险的政策制定、指导协调和监督管理工作，负责建立全市统一的居民基本医疗保险信息管理系统，其所属的社会保险经办机构（以下简称经办机构）具体负责业务经办工作。

各县区（含临沂高新技术产业开发区、临沂经济技术开发区、临沂临港经济开发区、蒙山旅游区，下同）人民政府（管委会）负责辖区内居民基本医疗保险的组织实施工作；乡镇人民政府（街道办事处）、村（居）委会负责居民基本医疗保险的政策宣传、参保信息采集及保险费收缴等工作。

发展改革部门负责将居民基本医疗保险纳入国民经济和社会发展规划，并督促落实。

财政部门负责会同有关部门制定居民基本医疗保险财政补助政策，做好医疗保险专户基金的保值增值管理、政府补助资金预算安排和拨付、医疗保险基金监管等工作。

卫生计生部门负责会同有关部门制定医疗机构管理服务配套政策，加强对医疗机构医疗服务行为和质量的监督检查。

教育部门负责组织协调在校学生统一参保缴费。

公安、民政、残联、审计、食品药品监管、物价等有关部门按照各自职责，协同做好居民基本医疗保险工作。

## 第二章 参保登记和基金筹集

**第五条** 参保登记和缴费方式。居民基本医疗保险实行属地管理，市属单位和中央、省属驻临沂单位（包括大中专院校）的居民参加基本医疗保险，到单位所在县区社会保险经办机构办理。

城乡居民以家庭为单位申报参加居民基本医疗保险，由户籍所在地乡镇政府（街道办事处）、乡镇（街道）人力资源社会保障服务机构，以及其所属村（居）委会负责参保信息采集、材料初审、费用代收代缴等工作；未参保的在校学生、托幼机构在册儿童，以学校为单位由所在学校、托幼机构负责参保信息采集和代收代缴基本医疗保险费。

乡镇政府（街道办事处）、村（居）委会、学校等居民基本医疗保险费代收单位应当及时向经办机构移交代收款项，不得截留、挪用。未及时上缴、影响参保居民按时享受医保待遇的，由代收单位负全责。

**第六条** 居民基本医疗保险基金由以下几项构成：

- （一）参保居民个人缴纳的基本医疗保险费；
- （二）政府补助资金；
- （三）社会捐助资金；
- （四）基金利息收入；
- （五）依法筹措的其他资金。

**第七条** 居民基本医疗保险执行全市统一筹资标准，实行

个人缴费和政府补助相结合的筹资方式，参保居民按规定缴纳基本医疗保险费，享受相应的医疗保险待遇。

（一）2015年居民基本医疗保险个人参保缴费标准为每人100元；政府补助标准为每人不低于360元，由各级财政予以保障。根据国家、省有关规定，以后逐步提高个人缴费标准和各级财政补助标准。

（二）农村五保供养对象、城乡最低生活保障对象、重点优抚对象、持证残疾人等特殊群体参保，由所在县区政府足额代缴个人缴费部分；70周岁以上老年人参保，由所在县区政府根据当地财力情况对其个人缴费给予补助。

（三）新生儿出生后6个月内，其父母凭居民户口簿到户籍所在地的乡镇（街道）人力资源社会保障服务机构办理居民基本医疗保险参保手续，根据个人缴费标准缴纳新生儿出生当年的基本医疗保险费，自出生之日起享受出生当年度医疗保险相关待遇。未在规定时间内办理参保缴费手续的，不享受当年度医疗保险相关待遇。

**第八条** 鼓励村（居）委会对本村（居）民参保缴费给予资助。有条件的用人单位可对本单位职工供养的直系亲属参保缴费给予资助。

**第九条** 政府补助资金应当按年度列入财政预算安排，并及时、足额划入居民基本医疗保险基金专户。

**第十条** 参保居民实行年缴费制度，应于集中参保缴费期

内足额缴纳下一年度居民基本医疗保险费。集中参保缴费期为每年10月1日至12月31日，享受居民医疗保险待遇的时间为下年度的1月1日至12月31日。因特殊原因未能在集中参保缴费期内参保缴费的，可延长至下年度2月底以前办理参保缴费手续，享受医疗保险待遇的时间为下年度3月1日至12月31日。超过2月底一律不再受理当年度参保缴费事宜（新生儿除外）。

**第十一条** 居民实现就业的，应当参加职工基本医疗保险。居民基本医疗保险参保人员转为参加职工基本医疗保险、户籍迁离本市或者身故的，对涉及参保居民的相关医保事项，按有关规定程序办理，其居民基本医疗保险关系自动终止。

### 第三章 医疗保险待遇

**第十二条** 居民基本医疗保险待遇包括住院医疗待遇、普通门诊待遇、慢性病门诊待遇及特殊疾病医疗待遇等。

**第十三条** 参保居民就医发生的住院医疗费用、门诊统筹医疗费用和生育医疗费用，对政策范围内费用按照相应待遇标准从居民基本医疗保险基金中予以支付。一个医疗保险年度内，参保居民基本医疗保险统筹基金最高支付限额为15万元。

**第十四条** 参保居民在市内不同级别定点医疗机构住院设置不同起付标准。具体为：一级医疗机构每次 200 元、二级医疗机构每次 500 元、三级医疗机构每次 1000 元。

**第十五条** 参保居民在市内定点医疗机构发生的住院医疗

费用，按照不同医院级别、起付标准和支付比例从居民基本医疗保险基金中予以支付。政策范围内住院医疗费用的支付比例分别为：一级医疗机构80%（定点基层医疗机构实行零差率销售的基本药物为90%）、二级医疗机构65%、三级医疗机构55%。

参保居民到市内县域外定点医疗机构住院，须经县级综合或专科定点医院出具转诊证明、并在县级经办机构备案。未经县级转诊备案，直接到市内县域外定点医疗机构住院的，其相应级别医院的支付比例降低10个百分点。

**第十六条** 建立居民基本医疗保险门诊统筹制度。参保居民发生的普通门诊医疗费用、门诊慢性病及特种疾病医疗费用纳入居民基本医疗保险基金支付范围。

普通门诊统筹重点解决参保居民在县域内定点基层医疗机构（主要指社区卫生服务中心、站和乡镇卫生院、一体化管理村卫生室）门诊发生的一般诊疗费和医药费用。参保居民在普通门诊定点医疗机构发生的政策范围内普通门诊医疗费用按50%比例支付，一般诊疗费按规定收取和报销。2015年每人最高支付限额为120元，结余部分转入下年，与下年度支付限额合并使用。

门诊慢性病实行准入和定点限额管理制度。经认定对患肺源性心脏病、消化性溃疡（胃、十二指肠球部溃疡）、慢性支气管炎、银屑病、溃疡性结肠炎、肺结核（两年有效期）、脑出血（后遗症）、脑梗塞（后遗症）、系统性红斑狼疮、前列腺增生、

糖尿病（并发症）、颈腰椎病（椎间盘突出、椎管狭窄）、冠心病、高血压、类风湿性关节炎活动期（强直性脊柱炎）、甲亢、甲低、慢性肝炎（乙型、丙型病毒性肝炎）、慢性肾炎、肾病综合征、股骨头无菌性坏死、垂体瘤（催乳素瘤）、帕金森氏病、肝豆状核变性、垂体性侏儒症、癫痫、硬化病、重症肌无力、四氢生物蝶呤缺乏症、苯丙酮尿症（不含6周岁以下免费治疗者）等30个病种的参保居民，累计年内起付标准为500元（患多种疾病的合并执行一个起付标准），政策范围内医药费用的支付比例为60%。一个医保年度内最高支付限额为8000元。

参保居民因患恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、血友病、重性精神病人药物维持治疗、耐药肺结核、儿童脑瘫、儿童智障、儿童孤独症等特殊病种，经县级经办机构批准，到具备诊疗条件的定点医疗机构（须单独确定公布）门诊就医治疗，累计年内起付标准为500元，政策范围内医疗费用的支付比例为70%，支付限额与住院医疗费用合并计算，累计不超过年度最高支付限额。

**第十七条** 符合计划生育政策的参保孕产妇，其住院生育医疗费用，按照自然顺产每人500元、符合指征的剖宫产手术每人1000元定额，从居民基本医疗保险基金中支付，在定点医疗机构实行定额即时结算。

**第十八条** 参加居民基本医疗保险的居民同时享受居民大病保险待遇，参保个人不另外缴费，统一执行省里的居民大病



保险相关政策规定，采取按医疗费用额度补偿的办法。

**第十九条** 参保居民患有国家认定的甲类传染病和大规模流行疾病发生的医疗费用，不属于居民基本医疗保险报销范围的，由市、县区人民政府（管委会）按照有关规定另行解决。

#### **第四章 医疗服务管理**

**第二十条** 居民基本医疗保险的药品目录、诊疗项目目录、高值医用耗材目录和医疗服务设施目录，执行省、市有关规定。目录范围以外的费用，居民基本医疗保险基金不予支付。

**第二十一条** 居民基本医疗保险实行定点医疗机构服务和管理。市人力资源社会保障部门负责对全市定点医疗机构进行管理，建立定点医疗机构准入和退出机制。按照先纳入、后规范的原则，将原城镇居民医保和新农合定点医疗机构整体纳入居民基本医疗保险定点范围。经考核符合定点标准条件的，确定为居民医保定点机构，并向社会公布；凡不符合定点标准条件的，取消定点资格。

**第二十二条** 居民基本医疗保险经办机构应当与定点医疗机构签订服务协议书，明确双方的权利和义务，实行协议管理。加强基金收支预算管理，全面开展医保付费总额控制工作，制定科学合理的费用结算支付办法，强化对定点医疗机构的监管，完善考核指标，并将考核结果与费用结算支付挂钩，严格控制医药费用不合理增长，保障参保居民合法权益。

**第二十三条** 定点医疗机构应当成立医疗保险管理办公室，配备专职工作人员，完善内部管理制度，执行居民医保各项政策规定和住院医师护士双审核制度，认真履行医疗服务协议和转诊告知义务，严格控制出入院标准，规范诊疗服务行为。

定点医疗机构应全面执行执业医师处方、检查等医疗费用信息上传制度，尊重患者或其亲属的知情权，在使用目录外药品和非报销检查项目时，应事先书面告知患者及其家属，由其签字同意，并向参保患者提供住院医药费用一日清单。定点医疗机构在使用和提供自费药品、医用材料、诊疗项目时，未征得患方同意的费用由定点医疗机构承担。

定点医疗机构应配合人力资源社会保障部门建立全市统一的居民医保信息管理系统，实现信息系统与所有经办机构、定点医疗机构互联互通，不断完善系统服务功能，提高服务效率和质量。

定点医疗机构应落实参保居民就医报销公示制度，公开报销信息，接受社会监督。

**第二十四条** 参保居民持社会保障卡（或二代居民身份证，但仅限未制发社保卡人员）到定点医疗机构就医，并由定点医疗机构负责核实参保身份后按政策规定实行出院即时结算。发生的应当由居民基本医疗保险基金支付的费用，由县级医保经办机构与定点医疗机构结算。

参保居民在不具备即时结算功能的定点医疗机构就医（含

异地就医)发生的住院医疗费用,先由参保居民个人垫付,治疗终结后应及时持有关资料到参保地医保经办机构办理审核报销手续,最迟应于次年2月底以前上报,逾期不再办理。

**第二十五条** 参保居民就医应实行基层首诊、分级诊疗、逐级转诊制度,一般应遵循“先县内、再市内、后市外”的原则。参保居民因病情特殊需要转市外定点医疗机构住院治疗的,应由参保地二级及以上综合或专科定点医疗机构出具转院证明,并报县级医保经办机构备案。参保居民在异地或因急、危病症需住院(转院)治疗的,应当自住院(转院)之日起5个工作日内凭急诊门诊病历等,按上述规定到参保地医保经办机构补办相关手续。

转往市外联网医院住院治疗的,按省结算平台统一规定执行。转往市外非联网定点医院住院治疗的,发生的政策范围内医疗费用,执行市内三级定点医院住院起付标准,按规定办理转诊备案手续的住院支付比例为45%,未按规定办理转诊备案手续的住院支付比例为35%。

**第二十六条** 参保居民发生的无责任人或无法确定责任人(第三人)的意外伤害的医疗费用,须由个人提出书面申请,并提供公安交警、单位或村(居)委会等出具的证明材料。经县级经办机构认定符合居民基本医疗保险支付政策规定的,其政策范围内的医疗费用由个人自负40%后,剩余部分按照相应医院级别和待遇标准支付。

**第二十七条** 居民基本医疗保险基金不予支付的医疗费用：

（一）出国（境）期间发生的医疗费用；

（二）因交通事故、医疗事故及工伤事故等发生的医疗费用；

（三）因违法犯罪、酗酒醉驾、戒毒戒瘾、打架斗殴、自杀自残等发生的医疗费用；

（四）不符合计划生育政策的生育医疗费用；

（五）非功能性整形、整容、减肥、增高等各类矫形类手术以及验光配镜、视光矫正发生的费用；

（六）挂号费、出诊费、救护车费、空调费、会诊费、陪护费、交通费、自购药品费用、收费票据中注有“其他”字样的费用以及个人生活用品等费用；

（七）在非定点医疗机构及定点医疗机构承包出租科室就诊发生的费用；

（八）其他不属于居民基本医疗保险基金支付范围的医疗费用。

## **第五章 基金管理和监督**

**第二十八条** 居民基本医疗保险基金严格实行收支两条线管理，纳入财政专户，专款专用，任何单位、组织和个人不得挤占挪用。

**第二十九条** 居民医疗保险基金实行市级统筹、分级管理。建立居民基本医疗保险基金预决算制度、财务会计制度和内部审计制度，实行“统一政策、分级管理，统一调剂、分级平衡，统一考核、分级负责”的运行机制。

**第三十条** 建立居民基本医疗保险市级统筹调剂金制度。各县区应当按照居民基本医疗保险年筹资总额的2%上缴调剂金，调剂金规模达到当年全市医疗保险基金收入总额的20%后暂停提取。

县区上缴的调剂金纳入市级财政专户管理，专款专用。如县区居民基本医疗保险基金当年收不抵支，先动用县区基金历年结余解决；历年结余不足的，从县区上缴调剂金总额中予以解决；县区上缴调剂金不能弥补差额的，市级可在该县区上缴调剂金总额50%内给予垫付；仍有缺口的，由县区自行解决。市级调剂金垫付部分，由县区在上缴下一年度调剂金时一并上缴。

**第三十一条** 居民基本医疗保险基金按照国家规定免征各种税费；按照社会保险基金优惠利率计息，利息收入并入居民基本医疗保险基金。

**第三十二条** 居民基本医疗保险经办机构负责医疗保险基金预决算草案编制、基金筹集和会计核算以及医疗保险费用的结算支付等工作。

经办机构应当建立健全内部管理制度，加强医疗保险基金收支管理，并接受人力资源社会保障、财政、审计等部门的监

监督检查。

**第三十三条** 居民基本医疗保险经办机构开展工作所需经费，由同级财政予以保障，不得从居民基本医疗保险基金中提取。

**第三十四条** 市、县区应当成立由政府部门、人大代表、政协委员、医疗机构、参保居民、有关专家等参加的居民基本医疗保险基金监督委员会，对居民基本医疗保险基金的筹集、运行、使用和管理进行监督。

人力资源社会保障、财政、审计部门要按照各自职责，对居民基本医疗保险基金的收支、管理和投资运营情况进行监督检查。人力资源社会保障部门要定期向社会公布基金收支情况。

成立市居民基本医疗保险咨询专家委员会，实行医疗重大问题专家咨询、评估制度。

**第三十五条** 对违反上述规定的单位和个人，依照有关法律法规追究相应责任；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

## **第六章 基本医疗保险制度的转接**

**第三十六条** 建立居民基本医疗保险与职工基本医疗保险转移接续机制，方便参保人员根据实际需要转移和接续基本医疗保险关系，享受基本医疗保险待遇。

**第三十七条** 居民基本医疗保险参保居民转为参加职工基本医疗保险时，按照首次参加职工基本医疗保险的有关规定办

理，并按规定享受职工基本医疗保险相关待遇。参保人员达到规定退休年龄办理退休手续时，同时办理医保缴费年限接续手续。

自 2015 年起，在本市范围内参加居民基本医疗保险的累计缴费年限，按每足额缴费一年视同职工基本医疗保险缴费 4 个月折算。视同缴费年限不计补职工基本医疗保险个人账户资金。

## 第七章 附 则

**第三十八条** 居民基本医疗保险待遇水平，根据我市经济社会发展、居民收入、医疗服务水平和基金收支平衡情况作相应调整。调整工作由市人力资源社会保障部门会同财政等部门提出意见，报市政府批准后实施。

**第三十九条** 本办法自2015年1月1日起施行，有效期至2016年12月31日。市政府及有关部门以前发布的有关城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗政策规定与本办法不一致的，以本办法为准。

-